

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2014

Markéta Texlerová

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**  
**MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**  
2012 - 2014

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Markéta Texlerová**

**Kvalita života klientů s Alzheimerovou demencí  
v domovech se zvláštním režimem očima pracovníků  
zařízení**

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Věra Kovářiková, PhD.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**  
**MASTER PRESENTATION PART TIME STUDIES**  
2012 - 2014

**DIPLOMA THESIS**

**Markéta Texlerová**

**The quality of life of patients with Alzheimer's  
dementia in nursing homes with special regimen from  
the point of view of the staff**

Prague 2014

The Diploma thesis Work Supervisor:  
PaedDr. Věra Kovářiková, PhD.

## Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....

Markéta Texlerová

Poděkování:

Tímto velmi děkuji paní PaedDr. Věře Kovářikové, PhD. za odborné vedení diplomové práce, ochotu a poskytnutí cenných rad a připomínek, které daly mé práci směr. Dále děkuji zaměstnancům a klientům Alzheimer center za spolupráci a trpělivost. V neposlední řadě patří velké díky i mé rodině, za podporu během celého studia.

## **Anotace**

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem a zjištěním, jaký pohled na tuto tematiku mají pracovníci přímé péče. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V teoretické části jsou detailně zmíněny pojmy související s Alzheimerovou demencí, domovy se zvláštním režimem a aktivizačními činnostmi. V empirické části je pak využito kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod k potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

## **Klíčové pojmy**

Alzheimerova demence, domov se zvláštním režimem, pracovník přímé péče, aktivizační činnost.

## **Annotation**

The present thesis deals with the quality of life of seniors with Alzheimer's dementia in nursing homes with special regimen, and with the perception of the issue by direct care staff. The thesis consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part, terms relating to Alzheimer's dementia, nursing homes with special regimen and stimulating activities are referred to in detail. In the empirical part, qualitative and quantitative research methods are utilized to confirm or disprove the proposed hypotheses.

## **Key words**

Alzheimer's dementia, home with a special regime, direct care staff, activation activity.

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKO – METODOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1. KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 POTŘEBY OSOB S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ</b> .....	<b>13</b>
<b>2. ALZHEIMEROVA DEMENCE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DEMENCE</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4 KLASIFIKACE ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4.1 Alzheimerova demence I. typu</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4.2 Alzheimerova demence II. typu</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4.3 Alzheimerova demence III. typu</b> .....	<b>18</b>
<b>2.4.4 Demence smíšené etiologie</b> .....	<b>18</b>
<b>3. NEGATIVNÍ DOPADY ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 AGRESIVITA</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2 DEPRESE A ÚZKOSTNÉ STAVY</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3 PORUCHA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ</b> .....	<b>20</b>
<b>3.4 PORUCHY SPÁNKU</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH</b> .....	<b>22</b>
<b>5. DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ A ROLE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA</b> .....	<b>25</b>
<b>6. UCELENÁ REHABILITACE</b> .....	<b>27</b>
<b>7. AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI</b> .....	<b>28</b>
<b>7.1 MUZIKOTERAPIE</b> .....	<b>29</b>
<b>7.2 BIBLIOTERAPIE</b> .....	<b>29</b>
<b>7.3 REMINISCENČNÍ TERAPIE</b> .....	<b>30</b>
<b>7.4 TRÉNINK KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ</b> .....	<b>31</b>
<b>7.5 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>32</b>
<b>7.6 TERAPEUTICKÉ PANENKY</b> .....	<b>35</b>
<b>7.8 NÁCVIK DENNÍCH ČINNOSTÍ</b> .....	<b>37</b>
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
<b>8. CÍL PRÁCE</b> .....	<b>39</b>
<b>9. HYPOTÉZY</b> .....	<b>39</b>



<b>11. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ.....</b>	<b>41</b>
<b>12. VLASTNÍ VÝZKUM .....</b>	<b>42</b>
<b>12.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>42</b>
12.1.1 Zpracování údajů.....	42
12.1.2 Tabulkové a grafické znázornění návratnosti dotazníků.....	43
12.1.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	44
<b>12.2 ROZHOVOR S KLIENTY ALZHEIMERCENTRA.....</b>	<b>58</b>
<b>12.3 KAZUISTIKY .....</b>	<b>59</b>
12.3.1 Kazuistika č. 1 .....	59
12.3.2 Kazuistika č. 2 .....	63
12.3.3 Kazuistika č. 3 .....	66
12.3.4 Kazuistika č. 4 .....	70
<b>12.4 ROZHOVOR S PRACOVNÍKY PŘÍMÉ PÉČE .....</b>	<b>72</b>
<b>13. SHRnutí VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>75</b>
<b>14. DISKUZE .....</b>	<b>77</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>83</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>91</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>92</b>

## ÚVOD

Péče o seniory a kvalita jejich života ve specializovaných zařízeních patří mezi často diskutovaná společenská témata. Podíváme-li se do nedávné historie, můžeme vypořádat, že péče o seniory se výrazně zlepšila. V minulosti končili lidé s různým typem postižení i stárnoucí, nesoběstační senioři často v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde čekali na umístění do ústavní péče, která ovšem musela být ve spádové oblasti jejich trvalého místa bydliště. Rodina takto nemocného seniora si nemohla zvolit lukrativní, zajímavé, nebo specializované zařízení. Stáří, nemoc, nebo postižení bylo tabuizované téma a proto byli senioři často izolováni v ústavech kdesi za městem, v lesích nebo pohraničí, tak aby o nich široká veřejnost nevěděla a nebyla obtěžována jejich pouhou existencí. Senioři byli zpravidla umisťováni do více lůžkových pokojů bez sociálního zařízení. Existenci tehdejších domovů důchodců financoval stát a proto lze polemizovat o kvalitě poskytované péče. Ergoterapie a škála aktivizačních činností byla minimální, ba téměř žádná. Senior často strávil celý den u okna pozorováním dění v okolí, či byl upoután pro imobilitu na lůžko a pouze se spoléhal na pravidelné polohování, umytí a nakrmení personálem. Po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. ledna 2007, se situace výrazně zlepšila. Zákon o sociálních službách napomohl ke zkvalitnění života všech osob v nepříznivé životní situaci a též zajistil integraci výše zmíněných osob do společnosti. Domovy důchodců se začaly oficiálně označovat jako Domovy pro seniory. Pro klienty s demencí pak bylo zajištěno vytvoření Domovů se zvláštním režimem, které jsou svým vybavením a specializovanou péčí zaměřené přímo na péči o psychiatrické klienty, tedy i osoby trpící tímto syndromem. Díky Standardům kvality sociální péče, které vycházejí ze zákona o sociálních službách, došlo k vytvoření nových pravidel poskytované péče. Každý pracovník přímé péče Domova se zvláštním režimem je tedy obeznámen a poučen o kvalitě poskytované péče. Měl by být pověřen funkcí klíčového pracovníka, měl by mu být přidělen určitý počet klientů a měl by vytvořit individuální plán dle přání, potřeb a cílů klienta. S rozmachem fyzioterapie a ergoterapie je klientům v rámci udržení stávajících schopností a nácviku kognitivních funkcí a soběstačnosti nabízeno nepřeborné množství aktivizačních programů, které krom účelného nácviku a udržení schopností zaplňují volný čas.

Téma diplomové práce „Kvalita života klientů s Alzheimerovou demencí v Domovech se zvláštním režimem očima pracovníků zařízení“, bylo zvoleno záměrně. V popředí výzkumného šetření je snaha zjistit na jaké úrovni se pohybuje nabídka a kvalita aktivizačních činností a též jakým způsobem napomáhají klientům pracovníci přímé péče se zvládnutím běžných denních činností. Zda je jejich péče nadměrná, či naopak nedostačující. Jelikož i přes individuální plánování a rozlišení zaměstnanců na tzv. klíčové pracovníky nelze ani dnes, po téměř sedmileté působnosti zákona č. 108/2006 Sb. s určitostí tvrdit, že je péče v domovech se zvláštním režimem ideální. Každý pracovník má samozřejmě povinnost dodržovat ony zmíněné standardy. Otázkou ale zůstává, zda v rámci plnění pracovních povinností není poskytována péče „přehnaná“. Zda nadměrnou snahou a vykonáváním základních úkonů neubírají klientům základní schopnosti.

Cílem diplomové práce je tedy zjistit, jak vnímají klienti v počátečních stádiích Alzheimerovy demence přístup pracovníků a způsob poskytované péče a též jak jsou spokojeni s nabídkou aktivizačních programů ve dvou vybraných, specializovaných zařízeních v Jižních Čechách. Druhou otázkou je i to, jaký názor na kvalitu života klientů mají sami zaměstnanci. Pro výzkumné šetření byly zvoleny metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Prostřednictvím dotazníkového šetření a polostrukturovaného rozhovoru bylo zjištěno jaký je subjektivní názor pracovníků přímé péče na nabídku a kvalitu aktivizačních činností a jaký mají pohled na jimi poskytovanou přímou péči. U zvolených klientů byla využita kvalitativní metoda prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a studie kazuistická. Osoby stížené touto chorobou totiž mají často sklon k bagatelizaci zdravotních obtíží, a též pro kognitivní deficit nemusí být dotazníkové šetření vždy relevantní a objektivní.

# TEORETICKO – METODOLOGICKÁ ČÁST

## 1. KVALITA ŽIVOTA

Definovat přesně slovní spojení „kvalita života“ není jednoduché a to hned z několika důvodů, předně pro jeho abstraktnost a též i kvůli různým úhlům pohledu. Každý člověk ji totiž může vnímat a definovat jiným způsobem, neboť má jiné představy o hodnotách lidského života. Důležité však je pohlížet na tento termín z hlediska objektivního, pod čímž lze posoudit úroveň fyzického zdraví, materiálního zajištění, či sociální pozice atd., a taktéž z hlediska subjektivního, tedy jak soudí kvalitu života každý jedinec v nitru své duše. Kvalita života je do jisté míry ovlivněna subjektivním pohledem každého jedince. Pro někoho může být důležité materiální zajištění, sociální status, nebo psychická pohoda. Lze tedy říci, že kvalita života je výsledkem prolínajících se faktorů, které ovlivňují lidský život. (Dvořáčková, 2012) Proto lze tento termín také chápat a definovat z různých úhlů pohledů napříč mnoha vědními obory, a to sice z hlediska sociologického, kupříkladu dle Matouška zahrnuje tento termín fyzické zdraví, materiální podmínky, sociální status, či schopnost být soběstačný. Dále pak z hlediska psychologického, (kupříkladu vyjádřením, že kvalita života je „*vyjádření pocitu životního štěstí.*“<sup>1</sup>) filozofického, či medicínského. Z posledního jmenovaného pohledu, který je především pro seniory a osoby s těžšími jakoukoli nemocí asi nejnepříjemnější, ji lze nejlépe chápat jako definici zdraví, která byla roku 1948 navržena a schválena světovou zdravotnickou organizací a sice „...*zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody*“<sup>2</sup>. Žádná z definic však nedokáže tento pojem přesně vystihnout. Na tento fakt poukazuje ve své publikaci Sociální péče o seniory i dvojice odbornic M. Hrozenská a D. Dvořáčková. „*Hodnota života je dána tím samým a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálního humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění.*“<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. opravené vyd., Praha: Portál, 2004, s. 13

<sup>2</sup> HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd., Praha: Slon, 2012, s. 32

<sup>3</sup> HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., *Sociální péče o seniory*. 1. vyd., Praha: Grada, 2013, s. 21

## **1.1 Kvalita života seniorů**

V seniorském věku, kdy dochází k úbytku fyzických sil a celkovému zpomalení organismu, je zdraví a schopnost být soběstačný zpravidla nejdůležitější hodnotou. Osoby, jež v této etapě života onemocní Alzheimerovou demencí, se musí kromě výše uvedených problémů vyrovnat také s postupnou ztrátou kognitivních a funkčních schopností. Pokud pro dezorientaci a sníženou soběstačnost není možná domácí péče, je často nezbytné umístit takto nemocného do specializovaných zařízení – Domovů se zvláštním režimem. Dochází tak ale k zásadnímu zlomu v dosavadním životě. Takto nemocní jsou v novém prostředí ještě více dezorientováni, mohou trpět pocity úzkosti, strachu, či depresemi, eventuálně mohou strach z nové změny projevovat pasivním přístupem k okolí, ba dokonce agresivitou. Je proto nezbytné ve výše uvedených zařízeních vytvořit příjemné přátelské prostředí, podporovat a napomáhat klientům v plnění běžných denních činností a snažit se co nejsmysluplněji vyplnit volný čas, kupříkladu aktivizačními činnostmi.

## **1.2 Potřeby osob s Alzheimerovou demencí**

Potřeby geriatrických klientů (tedy i osob stížených demencí) se dají obecně rozdělit do tří skupin. Často jsou vyobrazovány jako pyramida, jejíž spodní základnu tvoří tzv. základní biologické potřeby. Rodina nemocného, eventuálně pracovníci jednotlivých zařízení musejí dbát na to, aby senior netrpěl fyzickou bolestí, hladu, žízní, aby měl dostatek fyzické aktivity, zvládal regulovat tělesnou teplotu, byl v rámci možností zdravotního stavu co nejvíce soběstačný a nestrádal případně i po stránce sexuální. Pod pojmem psychosociální potřeby si lze představit střed výše zmíněné pyramidy a možnost sociální interakce, psychické pohody, pocit jistoty a bezpečí, těšit se z rodiny a okolí a pociťovat potřebné uznání a lásku – zkrátka faktory ovlivňující psychiku osobnosti. Na vrcholu pyramidy pak stojí potřeby spirituální, tedy možnost víry a jejího naplnění, dále pak potřeby estetické a to nejen v rámci umění, ale i prostřednictvím příjemného prostředí, čistého vkusného oblečení atd., a v neposlední řadě též potřeba seberealizace a rozvíjení. (Kalvach, Onderková, 2006) Ve všech

zařízeních, jež se starají o seniory stížené Alzheimerovou demencí, by měl být brán v potaz výše uvedený výčet potřeb. Proto je velmi žádoucí snažit o zlepšení, či alespoň udržení stávajícího zdravotního stavu, posilování psychických a kognitivních funkcí a nacvičovat běžné denní činnosti, tak aby byla zachována stávající soběstačnost po co nejdelší možnou dobu tak, aby klienti prožívali co nejkvalitnější stáří. Na tento fakt poukazuje i MuDr. Holmerová: „*Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života.*“<sup>4</sup>

## 2. ALZHEIMEROVA DEMENCE

*„Alzheimerova choroba není nemocí jednoho člověka, nýbrž celé rodiny. Může být milosrdná pro samotného nemocného, ale rodina trpí!“*

*(Ilona Zahradnická)*

### 2.1 Demografie a epidemiologie Alzheimerovy demence

Stáří a stárnutí s sebou často přináší zdravotní komplikace a onemocnění. Mezi ty nejrozšířenější patří nejrůznější formy a typy demencí. Dle statistik, svou četností (100 000 osob v České Republice), již převyšují i onemocnění jakým je kupříkladu diabetes mellitus, či cévní mozková příhoda. V povědomí společnosti je demence škatulkována jako onemocnění úzce spjaté se stářím, což je do jisté míry pravda. Podle odborné literatury trpí tzv. sporadickou formou demence, u které hraje velkou roli především věk, 30 – 50% jedinců starších 85 let. Prevalence a incidence tohoto závažného onemocnění dle statistik však stále více postihuje i mladší osoby, ba dokonce jedince v mladém, produktivním věku. V těchto případech mluvíme o familiární formě demence, kdy mají jedinci k tomuto onemocnění genetické předpoklady. (Jiráček, 2009)

Demence Alzheimerova typu je veřejnosti známá zřejmě nejvíce. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění mozkové tkáně vedoucí k úbytku mozkových neuronů a následné atrofii, jež má za následek vznik syndromu demence. Prvotním

---

<sup>4</sup> HOLMEROVÁ, E., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3.vyd., Praha: Gerontologické centrum, 2007, s. 66

projevem možného onemocnění je narušení kognitivních schopností, tedy porucha krátkodobé paměti, časoprostorové orientace, či pozornosti. Toto závažné neurologické onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1906 v odborné kazuistice německého neuropatologa a psychiatra Aloise Alzheimerera, který symptomy pro toto onemocnění dnes již typické diagnostikoval u pacientky Augusty Deterové. U osob stížených touto chorobou dochází k postupnému ukládání bílkoviny beta amyloidu v mozkové tkáni, což vede ke vzniku neuritických plaků. Svůj vliv na genezi tohoto onemocnění má též degenerativní proměna bílkoviny tau-proteinu, která vytváří v neuronech neurofibrilární klubka. S postupnou progresí demence pak dochází i k poruše transportu excitačních aminokyselin, k výraznému snížení odbourávání volných kyslíkových radikálů a i k poruše buněčného zpracování nervových růstových faktorů. (Jiráček, 2009)

## **2.2 Rizikové faktory vzniku demence**

Přestože medicína urazila za poslední století velký kus cesty, ani dnes v éře moderního lékařství není možné s určitostí říci, jak a proč toto onemocnění vzniká. Lze však alespoň vytyčit rizikové faktory, které mohou mít vliv na jeho genezi a rozvoj. Vedle již zmíněné genetické predispozice a vyššího věku, to může být i nadměrný stres, obzvláště pokud je dlouhodobý, stejně jako deprese, či úzkost. Podceňovat nelze ani poranění hlavy, kontuzi, či komoci mozku. Svůj podíl k rozvoji onemocnění mohou sehrát i vnější faktory okolí, nadužívání alkoholu a cigaret, či nevyvážené stravování a neblahý účinek může vyvolat i nadměrné užívání protizánětlivých přípravků a hormonálních léků. Naopak tělesná a duševní aktivita je schopná rozvoj demence zčásti zpomalit. (Atchinson et al., 2007)

## **2.3 Diagnostika Alzheimerovy demence**

Jak již bylo výše zmíněno, samotnému vzniku Alzheimerovy demence nejčastěji předchází porucha kognitivních funkcí projevující se potížemi s krátkodobou pamětí, časoprostorovou orientací, či vyjadřováním. Pokud nemocný, či rodina zpozoruje tyto

příznaky, je velmi žádoucí vyhledat lékařskou pomoc. Včasná farmakologická léčba může průběh a rychlost nástupu demence zpomalit. (Pfeiffer, 2006) K diagnostikování onemocnění je nezbytná účast minimálně tři osob. Nemocní, jež demencí trpí, totiž mají časté sklony k bagatelizaci obtíží. Je tedy důležitá spoluúčast rodiny a to nejen pro objektivnost, ale i pro odběr anamnézy. Lékař musí od nemocného prostřednictvím rodinné, osobní a sociální anamnézy zjistit, zda se již v rodině demence vyskytla, zda vyšetřovaný neprodělal úraz hlavy, či jiné onemocnění a v neposlední řadě zjišťuje sociální situaci, tedy zda potenciální pacient žije sám, či s rodinou a zda je pobyt v domácnosti s postupnou progresí choroby i nadále bezpečný a pro rodinné příslušníky únosný. (Malone et al., 2004)

Po základním vyšetření praktického lékaře by měla následovat série přístrojových vyšetření. Nejčastěji užívanou metodou je magnetická rezonance, která díky radiofrekvenčním pulsům zjišťuje případné změny ve statickém magnetickém poli. Stejně jako rezonance umožňuje diagnostiku úbytku mozkové tkáně, či diagnostiku patologických útvarů též computerová tomografie, zkráceně CT. (Mumenthaler, Bassetti, Daetwyler, 2008) Jako doplňující vyšetření lze použít jednofotonové emisní tomografie, zkráceně SPECT, jež nás informuje o změnách průtoku krve v mozku. Pro zjištění snížené aktivity mozku lze užít elektroencefalografu a v neposlední řadě se na diagnostice demence může podílet i odběr likvoru Sprottovou jehlou, laicky známý jako lumbální punkce. (Berlit, 2007)

Pokud je nemocný přijat k ústavní péči například do Domova se zvláštním režimem lze diagnostikovat demenci i z hlediska neuropsychologického za pomoci nejrůznějších testů a škál, které povětšinou provádí kvalifikovaný ergoterapeut. V České republice patří mezi nejznámější vyšetření hodnotící zrakově prostorové schopnosti bezpochyby Clock completion test neboli Test hodin. Úroveň paměti, pozornosti a vyjadřování hodnotí Mini mental state examination, eventuálně rozšířená verze v podobě Adenbrookského testu kognitivních funkcí. (Krivošíková, 2011) Nezbytnou součástí neuropsychologické diagnostiky je i zhodnocení úrovně soběstačnosti. Zda je nemocný schopen se bez pomoci druhé osoby obléci, nasytit, umýt, a jak komunikuje s okolím, hodnotí Barthelova škála, eventuálně Functional independence measure, zkráceně test FIM. (Kolář et al., 2009)



## **2.4 Klasifikace Alzheimerovy demence**

S postupnou progresí Alzheimerovy demence dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, úbytku sil a zhoršení schopnosti být soběstačný. Na rozdíl od demence vaskulární přichází Alzheimerova choroba pomalu a plíživě. Podle závažnosti a průběhu ji Česká alzheimerovská společnost rozděluje do tří stádií. Každá fáze onemocnění má typické příznaky.

### **2.4.1 Alzheimerova demence I. typu**

Postupná ztráta zájmů, izolovanost, porucha logického úsudku, obtíže v komunikaci a náznaky dezorientace. I takto se ve stručnosti dá charakterizovat první stádium Alzheimerovy demence. Nemocnému činí obtíže vstípení a vybavení myšlenek z krátkodobé paměti, oproti tomu paměť retrogradní narušena v první fázi nebývá. Snižuje se schopnost smysluplného vyjadřování. Nemocný obtížně hledá správná slova, snižuje se slovní zásoba. Ačkoliv takto postižená osoba je zpočátku relativně soběstačná a může žít ve společné domácnosti, je však zapotřebí ze stran rodinných příslušníků občasné kontroly nemocného. Výše uvedené příznaky často vedou k pocitům úzkosti, depresím ale i negativistickým postojům, či projevům agrese. Je proto nezbytné projevit takto nemocnému pomoc a podporu. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

### **2.4.2 Alzheimerova demence II. typu**

Dle odborné literatury lze toto stádium označit jako syndrom rozvinuté demence. Přejít mezi prvním a druhým stádiem může (zejména při včasné farmakologické léčbě a tréninku kognitivních funkcí) trvat i několik let. Charakteristické pro toto období je především postupné zhoršování krátkodobé i dlouhodobé paměti, zhoršení komunikace s možným rozvojem afázie. Komunikace se často omezí jen vykřikování nesmyslných hesel. „*Chování pacienta je často pro lidi v jeho okolí nesrozumitelné. Co*

*mate lidi kolem něho nejvíc, je nepředvídatelnost jeho chování*<sup>5</sup> Dále pak porucha orientace v čase, prostoru a osobě. Nemocný často nepoznává svou vlastní domácnost, či rodinu. Snižuje se schopnost soběstačnosti. Je zapotřebí druhé osoby, aby pomohla takto nemocné osobě s oblékáním, nebo hygienou. Velmi často se objevují též obtíže s kontinencí a defekací. V neposlední řadě se v tomto období mohou vyskytovat halucinace, neklid, či agresivita. (Holmerová a kol., 2008)

### **2.4.3 Alzheimerova demence III. typu**

Vlivem postupně rozvíjející se choroby dojde k úplnému rozpadu osobnosti. Komunikace je ve třetím stádiu, označovaném jako terminální, již plně narušena, ne-li vlivem afázie zcela znemožněna. Takto stížená osoba obtížně zvládá i zcela banální úkony jako sebesycení, nebo vyměšování, je zcela imobilizována a odkázána na péči druhé osoby. Z důvodu imobilizace je omezena veškerá aktivita, a proto je nutná neustálá ošetrovatelská péče pro snížení rizika vzniku dekubitů, dehydratace, nebo imobilizačního syndromu. (Vágnerová, 2004)

### **2.4.4 Demence smíšené etiologie**

S postupným rozvojem vědy a lékařské péče došlo k mnoha změnám v nazírání na vznik a rozvoj demence. V odborné literatuře se tak často i dnes setkáváme s nejednotným přístupem při rozlišování jednotlivých typů demence. MUDr. Helena Kučerová například ve své publikaci „Demence v kazuistikách“ z roku 2006 podobně jako již dříve Doc. MUDr. Roman Jirák CSc. rozděluje demence tří skupin dle etiologie vzniku. První, do které se dá zařadit i Alzheimerova choroba, podle ní vzniká na atroficko-degenerativním podkladu. Literatura uvádí i další možné podoby demencí, často vznikající jako důsledek primárního onemocnění. Kupříkladu demence Pickovy, Parkinsonovy, či Huntingtonovy choroby atd. (Kučerová, 2006)

---

<sup>5</sup> BUIJSSEN, H., *Demence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006. s 19.

V povědomí laické populace je známá i demence vznikající na ischemicko – vaskulárním podkladu. Hlavním rizikovým faktorem pro její rozvoj je zhoršení cévního zásobení mozku po prodělané cévní mozkové příhodě, embolii, nebo dlouhodobě neléčené hypertenzi, či ischemické srdeční chorobě. Percentuálně tvoří asi 20 % všech demencí a je po Alzheimerově chorobě druhou nejčastější formou tohoto onemocnění. Od Alzheimerovy demence se odlišuje zejména rychlostí nástupu choroby. Prvotní příznaky vaskulární demence lze zpozorovat totiž již po dvou měsících od prodělané primární nemoci. Intelekt není tak brzy a natolik narušen jako u Alzheimerovy demence, avšak takto stížená osoba si zhoršení kognitivních schopností více uvědomuje a často proto upadá do depresí, či stavů úzkosti. (Preiss, Kučerová, 2006)

Třetí skupinou demencí jsou dle Romana Jiráka ty, které vznikají na podkladě prvotního onemocnění organismu, při němž krom zbytku těla dojde i k poškození mozku. Takto lze rozlišit demenci jako důsledek infekčního onemocnění centrální nervové soustavy, demence traumatické, metabolické, prionové, nebo ty, jež vzniknou na podkladě nádorového bujení v mozku. Tato skupina však tvoří přibližně 10% všech demencí, není tedy příliš častá a v laické společnosti známa. (Jirák et al., 2013)

### **3. NEGATIVNÍ DOPADY ALZHEIMEROVY DEMENCE**

#### **3.1 Agresivita**

*„Termín agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem agrese charakterizuje reálný projev takového chování, který má charakter násilí.“<sup>6</sup>* Osoba stížená Alzheimerovou demencí často využívá agrese jako formy obrany před něčím novým, neznámým. Vlivem kognitivní poruchy vnímání svého okolí a reality může klient užít agrese. Svou roli zde může sehrát i nepřiměřené chování ze strany druhé osoby. Kupříkladu zvýšení tónu hlasu, nevhodný způsob komunikace, či neznámé prostředí. (Benešová, 2001) Je proto žádoucí sledovat varovné prvky signalizující možný atak ze stran nemocného. Lze zpozorovat nervózní podupávání, či gestikulaci, semknutí rtů, nebo zrychlené dýchání. Při komunikaci

---

<sup>6</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vydání. Praha: Portál s.r.o., 2004, 757 s.

s takto nemocným je nezbytné jej vždy vyslechnout, nepouštět se do slovní přestřelky a omezit rušivé stimuly zvenčí. Pokud dojde k ataku, nesmí druhá osoba dávat příliš najevo svůj strach a měla by raději pozornost nemocného upoutat jiným směrem, kupříkladu vložit mu do dlaní oblíbený předmět, či obrátit konverzaci jiným směrem. (Látalová, 2013)

### 3.2 Deprese a úzkostné stavy

Agresivní a podrážděné chování může být i formou reakce na pocit úzkosti a deprese. Osoba s Alzheimerovou chorobou může vlivem zmatenosti a poruchy orientace v časoprostoru pociťovat beznaděj, smutek a úzkost. Postupně ztrácí zájem o své dřívější koníčky a jiné činnosti, které jej těšili. Často odmítá komunikovat s okolím a uzavírá se do sebe. Pokud si uvědomuje svůj zdravotní stav, může se jeho psychický stav zhoršovat i více. Pro osobu, jež pečuje o takto nemocného, je nezbytné, aby sledovala rizikové příznaky. Ať už uzavřenost a smutek nemocného, nebo odmítání stravy s následným hubnutím aj. (Křivohlavý, 2011) Při zpozorování výše uvedených příznaků je žádoucí nemocného pozitivně podporovat. Komunikovat s ním, odvádět negativní myšlenky jiným směrem, dohlížet na to aby jedl a pil, minimalizovat aby pobýval během dne sám mezi čtyřmi zdmi. Místo toho jej vhodně zaměstnat a snažit se tak zlepšit jeho náladu. „*Pokud se Vám podaří dosáhnout toho, aby se nálada nemocného zlepšila, zvýší se i kvalita jeho života.*“<sup>7</sup>

### 3.3 Porucha kognitivních funkcí

Kognitivní funkce je soubor poznávacích schopností lidského mozku. Řadíme sem schopnost řeči, pozornosti, paměti, nebo zrakově – prostorové schopnosti a myšlení. Každá složka je pro kvalitní a plnohodnotný život velice důležitá. (Orel, Facová, 2009) „*K tomu, abychom jako lidské bytosti byli schopni vytvářet si správné názory, potřebujeme právě kognitivní schopnosti. Musíme umět využít pozornost,*

---

<sup>7</sup> HOLMEROVÁ, I., a kol. *Alzheimerova nemoc v rodině*. 2. vyd., Praha: Pfizer, 2008. s 53.

postoje a relevantně zpracovávat informace.“<sup>8</sup> S postupnou progresí Alzheimerovy choroby dochází ke zhoršování výše uvedených schopností. U takto nemocné osoby lze zpozorovat poruchy paměti. Paměť je charakterizována jako schopnost lidského mozku přijímat, uchovat a zpracovávat získané informace z okolí. „Bez paměti bychom museli neustále znovu objevovat své okolí, význam předmětů denní potřeby, stále bychom se museli vyptávat na jména či telefonní čísla.“<sup>9</sup> Postižena je ponejvíce anterográdní, neboli krátkodobá paměť. Oproti tomu retrográdní, dlouhodobá, paměť bývá zachována. Osobě s demencí se proto často vybavují staré vzpomínky a proto může působit navenek zmateně, když si například plete své děti s dávnými přáteli, nebo poukazuje na fakt, který se stal před dávnými časy. Mezi další poznávací funkce, jež bývají při Alzheimerově demenci výrazně narušeny lze zařadit i pozornost, neboli schopnost vnímat jeden, či více podnětů. Nemocní pak působí roztržitě a často jim může kvůli deficitu poznávacích funkcí hrozit i nebezpečí, (např. při přecházení ulice se jejich pozornost nedokáže zaměřit na bezpečnost provozu atd.) (Tiefenbacher, 2010)

### 3.4 Poruchy spánku

Nespavost a jiné poruchy spánku lze zpozorovat u klientů s Alzheimerovou demencí často již v počáteční fázi onemocnění. Zpravidla dochází k poruše a zkrácení spánkového cyklu. Nespavost definuje odborná literatura jako: „*Stav, kdy nekvalitní, neuspokojující a neosvěžující spánek v noci narušuje kvalitu denního fungování.*“<sup>10</sup> Pro zajištění kvalitního spánku je u klientů s demencí důležité zajistit určitá režimová opatření. V první řadě je nezbytné vhodně zaměstnat klienty během dne, ať už procházkami, aktivizačními činnostmi, nebo i lehkou fyzickou prací. Zabráníme tak pospávání během dne. Žádoucí je též zjistit, zda nemocný v noci netrpí bolestmi, nucením na močení, či nočním děsem v podobě zlých snů. Před spaním je důležité vyvarovat se podání nadměrného množství tekutin, či kofeinových nápojů, nebo sladkých pokrmů, které povzbuzují činnost organismu. Důležité je též ukládat nemocného k spánku, pokud možno, vždy ve stejný čas. Osoba s demencí trpící

---

<sup>8</sup> BRANNAGAN, A., MALIA, K.. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*, 1. vydání, Cerebrum, 2010, 152 s.

<sup>9</sup> TIEFENBACHER, A., *Trénink paměti*, 1.vyd. Grada, 2010. 160 s.

<sup>10</sup> BORZOVÁ, C. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 32s.

poruchou časoprostorové orientace tak pojme spánek ve stejném čase jako přirozený rituál dne. Ještě před uložením klienta je zapotřebí zkontrolovat stav lůžka, vyvětrat pokoj a v případě hrozící noční zmatenosti zajistit tlumené noční světlo. Samozřejmostí je pak dodržovat noční klid a případné kontroly klientů provádět v tichosti. Pokud režimová opatření neplní zcela svou funkci, je vhodné poradit se s lékařem o farmakologické pomoci v podobě hypnotik, či v případech noční zmatenosti antipsychotik. (Benešová, 2001)

## **4. LEGISLATIVNÍ RÁMEC PÉČE**

### **4.1 Zákon o sociálních službách**

Hmotné zabezpečení a sociální péče o osoby s Alzheimerovou demencí spadá do systému sociálních služeb České republiky. Ten se v současné době řídí zákonem o sociálních službách, jenž byl schválen 14. května 2006 a právně závazným se stal od 1. ledna 2007. Zákon č. 108/2006 Sb. se skládá z celkem jedenácti částí. Část druhá, označená jako příspěvek na péči se zabývá problematikou hmotného zabezpečení a vytyčuje základní podmínky, za kterých je možné takto stíženým osobám vyplácet dávky. Dle §7 mají pak nárok na vyplácení dávek osoby závislé na péči druhé osoby z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Zákon pak vytyčuje čtyři typy závislostí, od lehké, přes středně těžkou, těžkou až po úplnou a § 11 rozhoduje o výši příspěvku, posouzením, nakolik je dotyčná osoba soběstačná při výkonu běžných denních činností taxativně vymezené zákonem. (zákon 108/2006 Sb.)

Osoby stížené Alzheimerovou demencí mají pak dle § 50 výše zmíněného zákona nárok na umístění do specializovaného zařízení, tzv. Domova se zvláštním režimem, jež poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností a jejich zdravotní stav vyžaduje stálou pomoc druhé osoby. Režim těchto domovů je též personálně a technicky přizpůsoben specifickým potřebám takto stížených osob a umožňuje kvalitnější prožití života. (Malíková, 2011)

## **4.2 Standardy kvality sociálních služeb**

Nedílnou součástí výše zmíněného zákona je též vyhláška č. 505/2006 Sb., díky níž se následně provádějí ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. Poskytovatelé sociálních služeb v souladu s touto vyhláškou jsou povinni dodržovat tzv. standardy kvality sociálních služeb, které Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo v roce 2002, a jež se právně závaznými staly až nabitím platnosti zákona č. 108/2006 Sb., tedy k 1. lednu roku 2007. Tyto standardy se dají definovat jako soubor základních pravidel a kritérií, které určují nutnou úroveň kvality poskytování sociálních služeb a též slouží jako měřítko kvality při jejich plnění a následném hodnocení. (Herman a kol., 2008) Právně v zákoně č.108/2006 Sb. je vymezeno celkem 15 typů standardů. Každý má své požadavky a kritéria a jejich plnění kontrolují inspektoři sociálních služeb v souladu s Metodikou inspekci.

Sociální služby mohou být zajišťovány několika různými druhy subjektů. Od osobní asistence, či pečovatelské služby (tedy zajištění pomoci v rámci vlastní domácnosti), přes nejrůznější centra služeb, či denních stacionářů, až po nabídku komplexní péče v rámci domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Rozsah a úroveň péče pak zajišťuje trojice základních druhů standardů, a sice procedurální, mající za úkol zhodnotit kvalitu poskytované péče, dále personální, jež zajišťují celoživotní vzdělávání personálu a v neposlední řadě též standardy provozní, které zaměřují svou pozornost na ekonomický stav a dostupnost jednotlivých druhů služeb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002)

## **5. DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

Ještě za minulého režimu byli senioři trpící Alzheimerovou demencí často na přání rodin umístováni do běžných domovů pro seniory. V souladu se zákonem 108/2006 o Sociálních službách se však takto stížené osoby umísťují do specializovaných zařízení, tzv. Domovů se zvláštním režimem. Tato zařízení jsou ať už formou poskytované péče, či vybavením a specifickým režimem specializovány pro takto nemocné osoby. Hlavním cílem jejich činnosti je zajistit pro klienty příjemné a

bezpečné prostředí. „Provoz v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben specifickým potřebám osob s Alzheimerovou nemocí a ostatními typy demencí (přizpůsobený denní režim, prostory zařízení, proškolený personál, specifický přístup všech zaměstnanců atd).“<sup>11</sup> Zákon o sociálních službách v §50 na tato zařízení poukazuje. „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“<sup>12</sup>

Tato výše zmíněná zařízení se odlišují od klasických domovů pro seniory především v provozním řádu a poskytování ochrany osobního bezpečí v bezbariérovém interiérovém a exteriérovém prostředí. Klienti tak mají možnost volného pohybu v rámci zařízení. Pečovatelé však zvýšeně dbají na jejich bezpečnost. Nutností je též speciálně proškolený personál, který zajišťuje podporu soběstačnosti a klientových zájmů po celou dobu pobytu. Tato zařízení úzce spolupracují nejen s praktickým lékařem, ale též i s psychiatrem, či klinickým psychologem. (Malíková, 2010)

Domovy se zvláštním režimem v souladu se zákonem o sociálních službách poskytují především tyto služby:

- Ubytování - bezpečné a útulné ubytování v pokoji; dnes již téměř ve všech zařízeních i s vlastním sociálním zařízením
- Stravování - dle platného dietního systému 5x denně, u diabetiků 6x denně. U klientů s omezenou soběstačností je nutná též nápomoc při sebesycení
- Pomoc při osobní hygieně, či její zajištění - od osobní hygieny, přes užití WC aj.

---

<sup>11</sup> DUŠKOVÁ, K., HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou* 1.vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2010. 16s.

<sup>12</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ „Zákon o sociálních službách“, [online] volně dostupné na: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) (citováno 27.8.2013)



- Pomoc při zvládnání běžných denních činností - rozvoj, či snaha o udržení stávající soběstačnosti při oblékání, sebesycení, hygieně aj.
- Poskytování kontaktu s okolím – poskytnutí kontaktu s rodinou a okolím pro zajištění sociální interakce, ale též i podpora k využívání informačních zdrojů a služeb
- Sociálně-terapeutické činnosti - slouží k podpoře a rozvoji sociálních schopností nemocného
- Aktivizační činnosti - do této oblasti spadají tři okruhy činností. První je zapojení do volnočasových aktivit, dále nácvik běžných denních činností pro podporu soběstačnosti a v neposlední řadě pomoc při udržování sociálních kontaktů s okolím.
- Nápomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí - pomoc při hájení práv nemocného

K přijetí žadatele do domova se zvláštním režimem je nutné splnění podmínek, jež jsou zakotvené v §50 zákona 108/2006 Sb. *„Žadatel je osoba se stařeckou či Alzheimerovou demencí nebo ostatními typy demencí, se sníženou soběstačností z důvodu těchto onemocnění a jeho situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“*<sup>13</sup>

## **5.1. Individuální plánování a role klíčového pracovníka**

Termín individuální plánování je nedílnou součástí standardů kvality sociálních služeb, konkrétně standardu č. 5 a je též neodmyslitelnou součástí poskytování kvalitní péče v sociálních službách. Individuální plánování je v podstatě proces, ve kterém daná instituce (respektive kompetentní osoba) společně s klientem stanoví cíle, kterých chtějí v rámci péče dosáhnout. Nutností je, aby plánování cíle směřovalo k znovuobnovení, nebo udržení stávajícího stupně soběstačnosti klienta a též bralo ohled na schopnosti klienta a kompetenci klíčového pracovníka. Na tento fakt poukazuje též literatura:

---

<sup>13</sup>MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2010. 65 s.

„Služby jsou plánovány individuálně s ohledem na vnitřní možnosti a schopnosti uživatele tak, aby byly podporou a aby směřovaly k maximální možné míře jeho samostatnosti a nezávislosti.“<sup>14</sup>

Proces individuálního plánování se pak skládá se ze čtyř částí. První je tzv. mapování situace, kdy klíčový pracovník zjistí co nejvíce informací o svém klientovi, včetně biografické anamnézy a přátelským rozhovorem volně přejde do druhé fáze, kdy s klientem na základě výše uvedených jevů stanoví výše zmíněný reálný cíl a též i průběh péče, jež bude k vytyčenému cíli směřovat. Třetí fází je pak samostatné plnění plánu a dosažení cíle. Zda se daří plány a cíle naplňovat pak hodnotí fáze čtvrtá, neboli fáze hodnocení. (Hauke, 2011) Stejně jako i ostatní standardy kvality sociálních služeb mají svá kritéria, která posuzují průběh a kvalitu průběhu péče, tak ani standard č. 5 není výjimkou. Kritérií má celkem 5. (viz. tabulka č. 1)

Jak již bylo výše nastíněno, za průběh plnění plánování a směřování k cíli je odpovědný tzv. klíčový pracovník. Je jím osoba, jež dobře zná „svého“ klienta, plánuje s ním společný program péče, je mu rádcem a oporou, dohlíží na kvalitu péče a slouží též jako komunikační kanál mezi daným zařízením a rodinou klienta. (Bicková, 2011)

Tabulka č. 1 - Kritéria standardu č.5<sup>15</sup>

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám

<sup>14</sup> HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*, 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2011. 16 s.

<sup>15</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. „Standardy kvality sociálních služeb“, [online], volně dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/5963> (citováno 11.9.2013)

## 6. UCELENÁ REHABILITACE

Termín ucelená rehabilitace, též známý jako odvozenina z anglického názvu Comprehensive rehabilitation pod názvem komprehenzivní rehabilitace je soubor zdravotnických, sociálních, pracovních-výchovných opatření majících vést k opětovnému začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti a dosáhnout nejvyšší možné funkční úrovně života. Termín ucelená rehabilitace nelze chápat jako čistě zdravotnickou věc. „*Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně a stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou a pracovní*“<sup>16</sup> Pro úspěšné naplnění cíle komprehenzivní rehabilitace je tedy zapotřebí spolupráce multidisciplinárního týmu; odborníků z oblasti zdravotnické (lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog), speciálně pedagogické (logoped, speciální pedagog) a v neposlední řadě i sociální pracovník. Ucelenou rehabilitaci lze rozdělit také dle intenzity a délky trvání na krátkodobou a dlouhodobou. Zatímco první zmiňovaná se uplatňuje zejména při hospitalizaci v nemocnici, nebo při lázeňském pobytu, druhá by se měla využívat mimo jiné v domovech pro seniory, či v domovech se zvláštním režimem. Do systému ucelené rehabilitace (neboli UR) spadají především následující obory:

- *Fyzioterapie* – Pod níž si nejčastěji lze představit tzv. fyzikální terapii (tedy léčbu pomocí ultrazvuků, magnetu, tepla, světla, eventuálně léčba přírodními prostředky prostřednictvím vodoléčby a balneoterapie. Druhou alternativou je pak nejčastěji využívaná léčebná tělesná výchova (LTV), jejímž základem je tělesný pohyb jako prevence imobilizace, obnovení svalového tonu a zlepšení fyzické kondice.
- *Ergoterapie* – Ergoterapie, anglicky též Occupational therapy, je širší veřejností mnohdy nazývána jako terapie, či léčba prací. Pod tímto termínem si však nelze představovat práci jakožto zaměstnání, ale výběr vhodných činností, které vyplňují volný čas nemocného, napomáhají k získání, či udržení stávající

---

<sup>16</sup>JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 19s.

soběstačnosti a dávají lidskému životu smysl. „*Ergoterapie je léčba osob s fyzickým a duševním onemocněním nebo disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života.*“<sup>17</sup> U klientů s Alzheimerovou demencí lze užít třech základních typů zaměstnání pacientů. První je podpora a trénink běžných denních činností (anglicky Activities of daily living), kdy ergoterapeut napomáhá při oblékání, sycení, či při hygieně. Druhou složkou je pak práce, či jakákoli jiná smysluplná činnost. Ergoterapeut tak může volit z nejrůznějších kreativních technik, tedy vyrábění různých předmětů, kreslení, vyšívání, nebo vaření, či pečení. V neposlední řadě pak terapie formou hry.

- *Sociální rehabilitace* – Její snahou je začlenění osob s různým druhem a stupněm handicapu do kolektivu, utužování mezilidských vztahů a schopnost komunikace s okolím.

## 7. AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

Pro zlepšení kvality života klientů v Domovech se zvláštním režimem je nezbytná nejen dostačující zdravotnická a ošetrovatelská péče, jež napomáhá uspokojit základní životní potřeby klientů, včetně stravování, odpovídající hygieny, a podávání léků, ale svoji nezpochybnitelnou roli zde hraje také komunikace, podpora soběstačnosti, citový i sociální kontakt a v neposlední řadě též smysluplné využití času. Výše jmenované se zajišťuje mimo jiné prostřednictvím aktivizačních činností, které v zařízeních povětšinou vykonává ergoterapeut, fyzioterapeut, či speciální pedagog. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Existuje mnoho podob a forem aktivizačních činností, jež se nejčastěji indikují samotnými terapeuty zpravidla na základě odebrané biografické anamnézy, tedy dle toho, jaké měla nemocná osoba koníčky a zájmy. Vždy je však zapotřebí dodržovat několik základních pravidel. Kupříkladu nikdy nelze nemocné do činností nutit, pokud sami nechtějí. Pokud se klient odmítá terapií účastnit aktivně, je vhodné, aby alespoň pasivně přihlížel a pozoroval dění okolo. Pro lepší orientaci pacientů je také dobré

---

<sup>17</sup> KŘIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd., Praha: Grada publishing a.s., 2011. s 17.

vymezit pro jednotlivé aktivizační činnosti přesný čas i místo konání. V neposlední řadě nelze nezmínit důležitost vedení skupinové terapie, kterou musíme vždy uzpůsobit nejslabšímu jedinci v kolektivu, aby se zvládl bez obtíží do činností zapojit a terapii si užil. (Jirák, 2009) „*Aktivizační techniky nemají za cíl zvrátit stav nemocného – mají především dosáhnout udržení (případně zdokonalení) jeho dosud zachovaných schopností*“.<sup>18</sup> V diplomové práci je poukázáno na nejvíce rozšířené možné podoby aktivizačních činností.

## 7.1 Muzikoterapie

Jednou z často využívaných forem trávení volného času je v Domovech se zvláštním režimem bezpochyby využití muzikoterapie. Již dle názvu je patrné, že se jedná o léčbu za pomoci hudebních prvků (zvuk, melodie, rytmus), nebo zpěvu. Lze ji tak rozdělit na muzikoterapii pasivní, například relaxace za poslechu hudby, nebo jednotku aktivní, pod čímž si lze představit zpěv, hru na hudební nástroj, či tleskání do rytmu. U Alzheimerovy demence má muzikoterapie svůj nezanedbatelný vliv. Vhodná nejen pro vyplnění volných chvil, ale napomáhá rozvíjet a udržovat sociální kontakt a mezilidské vztahy. Je považována za vynikající prostředek k tréninku paměti a má pozitivní vliv i podporu kognitivních funkcí. „*Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál, a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální, nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace, nebo léčby*“<sup>19</sup>

## 7.2 Biblioterapie

Biblioterapie je metoda, jež k aktivizaci, podpoře vnímání i spokojenosti klienta využívá četbu. Vedle toho pak slouží též k rozvoji komunikace, fantazie a následné tvořivosti. Lze ji rozdělit jak na individuální (vlastní četba) tak na skupinovou, kdy

---

<sup>18</sup> KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. str. 38-39.

<sup>19</sup> KANTOR, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009. s 27.

kolektiv klientů naslouchá předčítání terapeuta a následně se zapojuje do diskuze nad obsahem díla, jeho autorem apod. Nezbytná je v biblioterapii především vhodná volba žánru, tak aby zaujala co nejširší skupinu klientů a nečinilo potíže pochopení vlastního obsahu. (Vášová, Černá, 1989)

Možné podoby biblioterapie:

- *Hagioterapie* - podoba psychoterapie využívající četby, nebo přednesu biblických textů
- *Imagoterapie* – stojící na základě vcítění se do role hlavního hrdiny, nebo hrdinky a jejich následné napodobení
- *Poetoterapie* - součást biblioterapie, která využívá vlastní četby, či předčítání básní
- *Pohádkoterapie* – druh terapie využívajících pohádkových příběhů.

(www. wikipedie.cz)

### 7.3 Reminiscenční terapie

Vlivem daného onemocnění dochází u klientů s demencí k poruše anterográdní paměti, proto je více než důležité podporovat a cíleně stimulovat dlouhodobé paměťové dráhy a citové vzpomínky u klientů, u nichž jsou některé kognitivní složky alespoň z části zachovalé a jsou schopni si vybavit staré vzpomínky prostřednictvím reminiscence. „*Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, která je založena na uznání důležitosti vzpomínání.*“<sup>20</sup> Terapeut, jenž se zabývá reminiscencí je označován jako facilitátor a empatickým způsobem se snaží prostřednictvím rozhovorů u klienta vybavit veškeré důležité mezníky jeho života, jako manželství, výchova dětí a rodinný život, vykonávané povolání, či koníčky a dávné přátele.

K reminiscenci se využívá široká škála pomůcek, díky níž se facilitátor zaměřuje na pozitivní stimulaci veškerých smyslů. Nejsou to tedy jen rozhovory, poslech starých gramofonových desek, nebo předčítání knih a starých novinových článků sloužících

---

<sup>20</sup> ŠPATENKOVÁ, M., BOLOMSKÁ, B., *Reminiscenční terapie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2011. 9s.

k auditivní stimulaci, ale i sledování černobílých filmů, či prohlížení starých fotografií ke stimulaci zrakového vnímání. Velmi nápomocnou metodou pak může být kupříkladu i na první pohled obyčejné přivonění k parfému, koření, nebo zrnkové kávě. Tak lze stimulovat čich a přiřadit k vůni určitou vzpomínku. Totéž platí i o somatické stimulaci prostřednictvím doteku. Pokud vložíme nemocnému do dlaně drobný předmět, (kamínek, mušli, plyšovou hračku, apod.) stimulujeme tak nejen čítí, ale lze si díky drobnému předmětu vybavit i řadu vzpomínek. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Jelikož je každá osoba originál a má specifické vzpomínky, tak vhodnou pomůckou může být, za pomoci rodiny, i speciálně vyrobený kufr, tzv. vzpomínkový kufřík, do něhož lze uložit drobné předměty z klientova osobního života, jako fotografie, vysvědčení, knoflíky, gramofonové desky, oblíbené oblečení atd. Jednotlivé předměty pak lze s facilitátorem prohlížet a hovořit o souvisejících životních situacích. Vhodné je též sestavení speciálního alba rodinných fotografií, odborně nazývaného jako „memory book“, jež je pro lepší orientaci vhodné doplnit i o popisky. Jako součást specializovaných zařízení pak může sloužit místnost označovaná jako memory room, jejíž interiér je vybaven dobovými fotografiemi a předměty, jako kupříkladu starožitným nábytkem, televizorem, radiopřijímačem, nádobím atd. (Malíková, 2010)

Díky pozitivnímu působení reminiscence může docházet k celkovému zlepšení psychického i fyzického stavu klienta. Avšak i tato terapie má své hranice. Především je nezbytné obnovovat pouze příjemné vzpomínky a snažit se zabránit vzpomínkám negativním, které mohou vyvolat pocit utrpení a bolesti. *„Platí tedy, že reminiscence není psychoanalýza a že by měla být především příjemným zážitkem a podporou lidské důstojnosti člověka s demencí“<sup>21</sup>*

## 7.4 Trénink kognitivních funkcí

Jak již bylo v předchozích kapitolách zmíněno, Alzheimerova demence je typická pomalým, plíživým rozvojem charakteristických příznaků. S postupnou progresí onemocnění dochází k úbytku kognitivních, tedy poznávacích funkcí. Je proto nezbytné tyto funkce stimulovat a trénovat, tak aby se proces úbytku co nejvýrazněji zpomalil. V první fázi onemocnění je vhodné trénovat především krátkodobou paměť,

---

<sup>21</sup> Jiráková R., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2009. 98 s.

s následným rozvojem choroby by se měl kognitivní trénink zaměřit naopak na podporu stávajících funkcí a stimulaci dlouhodobých paměťových drah. O proces přijímání, uložení a následné zpracování podnětů z vnějšího prostředí se v Domovech se zvláštním režimem starají ergoterapeuté, či speciální pedagogové. Trénink kognitivních funkcí pak lze vykonávat individuálně, v rovině terapeut – klient, či skupinovou formou, které se v domovech se zvláštním režimem užívá ponejvíce. (Klucká, Volfová, 2009)

Možnosti tréninku kognitivních funkcí:

- Luštění křížovek, osmisměrek, sudoku
- Hraní stolních a společenských her
- Četba a následná reprodukce textů
- Rozhovor na individuální téma (např. aktuální dění ve společnosti, zájmy a koníčky, příroda, kultura aj.)
- Trénink časoprostorové orientace (záchytné body, hodiny, kalendáře)
- Počítačové interaktivní programy pro seniory
- Trénink počítání, čtení
- Trénink grafomotoriky

## 7.5 Prvky bazální stimulace

Otcem myšlenky tohoto konceptu byl prof. Dr. Andreas Fröhlich, který se podrobně zabýval studiemí prenatalní vývojové psychologie a podporou senzomotoriky v komunikaci. Součástí ošetrovatelské péče se pak bazální stimulace stala v 80. letech 20. století díky zdravotní sestře, profesorce Christel Bienstein, která Fröhlichovy myšlenky a teorii přenesla do praxe. (Friedlová, 2007)

*„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam.“<sup>22</sup>* Pokud však dojde k poškození vnímání, jako například u Alzheimerovy

---

<sup>22</sup> FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1.vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2007. 19s.



choroby, je zapotřebí stimulovat a podporovat tři základní pilíře, které jsou pro kvalitu lidského života nepostradatelné, a sice vnímání, pohyb a komunikaci. Charakteristickým znakem Alzheimerovy demence je porucha vnímání a s postupnou progresí této choroby pak i porucha komunikace a hybnosti. Bazální stimulace nedokáže takto nemocné osoby vyléčit, ani jim plně navrátit schopnost vnímat své okolí, nebo plynule komunikovat, je však citlivým a empatickým způsobem podpory stávajících funkcí.

Každý pracovník pečující o osobu s Alzheimerovou demencí by měl znát a umět cíleně stimulovat klientovy smyslové orgány. Bezpochyby nejvíce využívanou složkou je v tomto případě již zmíněná somatická stimulace, která napomáhá vnímat podněty z okolí prostřednictvím kožních smyslových orgánů. Hlavním nástrojem je pak užití tzv. *iniciálního doteku*. Pro klienty s Alzheimerovou demencí, jež jsou pro své onemocnění často dezorientováni v čase, místě, či osobě je nezbytné prostřednictvím doteku jasně naznačit, kdy začíná a končí náš mezilidský kontakt. Lokalita iniciálního doteku se odvíjí od biografické anamnézy, v níž je zaneseno, která část těla je pro pacienta nejpříjemnější. Obecně však platí, že nejvhodnějším místem pro lehký komunikační dotek jsou centrální části těla, jako rameno, paže, či dlaň. Pokud tedy chceme s klientem komunikovat, je nutné začít kontakt právě dotekem. Musíme však brát v potaz důležitost síly, tlaku, délky trvání doteku a též i kvality. Není vhodné dotýkat se nemocného jen letmo prsty, ale celou plochou dlaně.

U neklidných stavů spojených s poruchou vnímání se často indikuje somatická zklidňující stimulace, jež se dá prakticky spojit i s hygienou prostřednictvím tzv. „*somatické zklidňující koupele*“. Krom již zmíněného iniciálního doteku je nutné dodržet pravidla jako nepřerušovat komunikaci a fyzický kontakt s klientem, provádět koupel a následnou masáž vždy ve směru růstu chlupů a směr doteků vést od středu těla směrem do stran a u končetin vždy od akrální části směrem ke kořenovým kloubům. Vhodné je zakončit somatickou stimulaci vybráním vhodné polohy pro odpočinek. Za pomoci polštářků, polohovacích podušek a dek lze nemocného uložit do tzv. polohy „mumie“, či „hnízdo“. Díky těsnému kontaktu s polohovacími pomůckami pak dojde k uvědomění si hranic vlastního těla a celkovému zklidnění. (Friedlová, 2007)

Dalšími metodami, jež se dají i u klientů s Alzheimerovou demencí aplikovat jsou tyto:

- *Vestibulární stimulace* – napomáhá vnímat pohyb a zlepšuje prostorovou orientaci prostřednictvím polohování a nácviku pohybu tzv. Ovesného klasu
- *Vibrační stimulace* – zajišťuje vnímání vibrací kožními receptory a receptory uloženými hluboko v podkoží, ve svalech, šlachách či kostech prostřednictvím přiložení rukou, či elektrických vibračních přístrojů na kůži, osový skelet, či klouby nemocného.
- *Optická stimulace* – využívá zraku. Pro imobilizované klienty, jež jsou trvale upoutáni na lůžko je žádoucí změna polohy těla (tím tedy i zrakového pole), uvědomění si kontrastu (barevné obrazy v kontrastu bílých zdí) a veškeré stimuly a podněty umístit v dosahu zorného pole nemocného.
- *Auditivní stimulace* – jejím cílem je stimulovat sluchové vnímání nemocného. Vhodný je poslech hudby, předčítání oblíbených knih, hra na hudební nástroj, či zpěv. Důležité je též nezapomínat na iniciální dotek, který dává osobě s demencí najevo začátek a konec společné komunikace.
- *Orální a olfaktorická stimulace* – tyto dvě složky s sebou úzce souvisejí. Stimulace orální se užívá při pomoci s konzumací potravy. Pokud se nemocný pro svůj zdravotní stav není schopen sám nasytit, je nezbytné, aby osoba, jež mu pomáhá, dodržovala pravidla jako: krmit nemocného pomalu, dbát na strávení jídla a udržovat stálý kontakt. Stimulace olfaktorická pak využívá oblíbených vůní, nebo chutí. Vatovou štětičkou pak lze nemocnému dutinu ústní otírat jeho oblíbeným nápojem, nebo chutí oblíbeného pokrmu.
- *Taktilně – haptická stimulace* – využívající doteků oblíbených předmětů, či známých materiálů. U pacientů stížených demencí je jako prevence proti neklidu a zmatenosti vhodné vložit do jejich rukou jemné materiály (plyšové hračky, froté ručníky), jejich oblíbené předměty (např. knihy), eventuálně vložit svou dlaň do jejich. (Ingrová, 2011)

Pro pocit bezpečí každého klienta a správnou indikaci prvků bazální stimulace je nutná již výše zmíněná autobiografická anamnéza, kterou je nutné odebrat při každé hospitalizaci, či přijetí do domova se zvláštním režimem od rodinných příslušníků, či pacienta samotného. Díky biografické anamnéze mohou zaměstnanci lépe pochopit, co

měl nemocný ve svém předchozím životě rád, jak obvykle spal, co rád jedl a pil, nebo co mu je nepříjemné. Pro bazální stimulaci pak obecně platí, že každý jedinec je originál a potřebuje proto individuální přístup v péči. (Friedlová, 2007)

## **7.6 Terapeutické panenky**

Poměrně novým a rychle se rozvíjejícím způsobem terapie pro klienty s demencí se stávají speciálně vyrobené terapeutické panenky ze Švédska. Osoba s demencí se vlivem svého onemocnění špatně orientuje v realitě. Pokud je navíc v ústavní péči, může jí často scházet rodina a děti. Díky panenkám, které připomínají skutečné děti si tak mohou klienti (především ženy) tuto ztrátu kompenzovat. Tato terapeutická pomůcka je poměrně finančně nákladná, dle ohlasů domovů pro seniory však efektivní. Panenky jsou ušité z příjemného materiálu, jejich velikosti se pohybuje okolo 50 cm a jejich obličej má zpravidla neutrální výraz. Jejich nespornou výhodou je možnost užití přídatných modulů. Do trupu panenky tak lze přidat kupříkladu budík, pro simulaci tlukoucího srdce, sáček s aromatickou vůní, jež daný klient preferuje, nebo nahrávací jednotku s namluveným hlasem. Osoba s demencí tak může panenku různě převlékat, chovat, a komunikovat s ní. Může sloužit i jako prostředek k navození klidu a bezpečí u případných projevů agrese. ([www.Alzheimercentrum.cz/](http://www.Alzheimercentrum.cz/) Náš měsíčník, 2010)

## **7.7 Zooterapie**

Pro navození pocitu klidu, zlepšení psychiky, ale i k podpoře jemné motoriky a lokomoce, nebo ke smyslové stimulaci lze užít speciální léčbu tzv. zooterapii, která je dle odborné literatury založena na využívání vzájemné pozitivní interakce mezi člověkem a určitým typem zvířete. (Velemínský et al., 2008). Tuto metodu lze podle způsobu využití rozdělit do několika skupin. V první označované zkratkou AAA, neboli animal assisted activities se využívá přirozeného kontaktu nemocného se zvířetem, nejčastěji domácím mazlíčkem, za účelem zlepšení psychického stavu, zlepšení kvality života a vnímání pacienta. Cíleným kontaktem podporující zlepšení psychiky a tělesné aktivity využívá tzv. Animal assisted therapy (AAT), ke které se za dohledu terapeuta

nejčastěji užívá speciálně vycvičených asistenčních psů. Jako prevence před zhoršením fyzického a psychického stavu u osob procházejících z určitých důvodů osobní krizí lze užít metodu Animal Assisted Crisis Response (AACR). V neposlední řadě mohou zvířata napomáhat k zlepšení výchovy a vzdělávání prostřednictvím metody AAE, neboli Animal Assisted Education. Pro klienty trpící Alzheimerovou demencí v ústavní péči lze ponejvíce využít metody AAA, eventuálně AAT. Jako prostředníka lze použít nejrůznější zvířata, vždy však s ohledem na celkový zdravotní stav nemocného. V rámci zooterapie rozlišujeme několik poddruhů léčby, z nichž nejznámější je bezpochyby canisterapie.

*Canisterapie* – název této metody pochází z latinského spojení Canis, neboli pes a slova terapie, čili léčba. V překladu tedy léčba za pomoci psa. Pro osoby s Alzheimerovou demencí je canisterapie vhodná nejen pro vyplnění volného času, ale slouží též k podpoře lokomoce, jemné motoriky, pozitivně ovlivňuje komunikaci, sociální interakci, napomáhá k rozvoji verbální a nonverbální komunikace a podněcuje psychickou pohodu před možnými projevy agrese. „*Prostřednictvím canisterapie dochází k návratu koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity klienta.*“<sup>23</sup> Canisterapie v domovech se zvláštním režimem může být využita v několika formách, ať už je to stálá přítomnost (i nevyvíčeného) psa, který je domácím mazlíčkem, členem společenství a klient je s ním v denním kontaktu, nebo pravidelná návštěva canisterapeuta, či celého terapeutického týmu. Se speciálně vycvičeným psem lze pak pod vedením odborníka provádět kupříkladu individuální, nebo skupinové terapie. Pod termínem individuální canisterapie si lze představit rozvoj hrubé motoriky a to prostřednictvím venčení, či házení míčků, podpora jemné motoriky a čítí kartáčováním srsti, nebo obyčejným hlazením a v neposlední řadě i podpora psychického stavu. Díky skupinové terapii lze zapojit více klientů, např. vymyšlením skupinových her se psem, ukázkami výcviku, nebo užití kreativních technik, jako obtiskování psích tlapek do barev a tvoření koláží. (Galajdová, 2011) Jestliže je však klient pro svůj zdravotní stav trvale upoután na lůžko, je velmi vhodnou a využívanou metodou tzv. polohování, kdy dojde k velmi blízké interakci mezi speciálně vycvičeným psem a člověkem. Tato metoda má zpravidla značně pozitivní účinek na zmírnění svalové křeče, či třesu, na

---

<sup>23</sup> CANISTERAPIE. *Význam pojmu canisterapie a jeho význam* [online] volně dostupné na : <http://www.canisterapie.org/c-33-pojem-a-vyvoj.html>, (citováno 28.9.2013)

podporu čítí a v neposlední řadě vede ke zlepšení psychického stavu díky těsnému kontaktu člověka a psa. Ovšem i polohování má svá pravidla. Nikdy nesmí být nucené, ať už ze strany klienta, či zvířete, musíme zajistit příjemné prostředí a akceptovat adaptabilitu klienta na přítomnost psa, abychom u nemocného dosáhli výsledku v podobě celkového uvolnění a požadovaného prožitku z terapie. (Stančíková, 2012)

*Felinoterapie* – z latinského spojení felis, neboli kočka a slova terapie, v překladu léčba. Jedná se tedy o terapii využívající úzkého kontaktu lidské bytosti a kočky. Forma této léčby, jež se v České republice poprvé objevila v 90. letech 20. století, není zatím příliš známa a rozšířená.

*Pet-terapie* – volně přeloženo jako terapie domácím mazlíčkem je další možnou léčbou neklidných, či úzkostlivých stavů. Tento název zahrnuje kupříkladu léčbu za pomoci drobných hlodavců (jako morče, křeček nebo králik) ale dnes již i samostatně vyčleněnou felinoterapii a canisterapii. V domovech se zvláštním režimem lze za určitých podmínek dovolit klientovi přítomnost domácího mazlíčka, se kterým ještě před přijetím do péče obýval společnou domácnost.

## **7.8 Nácvič denních činností**

Pro kvalitní úroveň života nás všech je podstatná soběstačnost při vykonávání na první pohled banálních činností, jakými jsou oblékání, sebesycení, nebo hygiena. Pro osoby trpící Alzheimerovou demencí je vlivem onemocnění typický pokles soběstačnosti v denním fungování. Často je nezbytné takto nemocného umístit do specializovaných zařízení. Možným rizikem tohoto rozhodnutí může být skutečnost, že v ústavní péči často vykonává výše zmíněné běžné činnosti za nemocného zdravotnický a ošetřující personál, čímž dochází k postupné ztrátě posledních zbytků soběstačnosti. Je tedy nezbytné v rámci aktivizace nacvičovat s nemocným činnosti, jež mu činí obtíže a vědomě tak podporovat jeho soběstačnost. Na tento fakt poukazuje i odborná literatura: „*Pomáhejte mu dělat věci, které nedovede dělat sám - nedělejte je za něj. Jen tak mu pomůžete zachovat určitý stupeň soběstačnosti. Jde o dospělého člověka, který se pouze*

*chová jako dítě - není však dítětem.*<sup>24</sup> Denní činnosti lze dle Krivošíkové rozdělit do několika skupin. V domovech se zvláštním režimem jsou pak nejčastěji potřebnými dvě odvětví. První jsou tzv. běžné denní činnosti, neboli Activity of daily livings (ADL), které nejčastěji s klienty nacvičuje ergoterapeut. Doménou speciálního pedagoga, či sociálního pracovníka dle Krivošíkové pak může být posilování a trénink tzv. instrumentálních denních činností (iADL). Do první, skupiny, jež se hodnotí pomocí Barthelova indexu, či testu FIM řadíme schopnost se nasytit, obléct se, umýt se, chodit, a používat WC. Instrumentální činnosti (které hodnotí test nazývaný iADL) pak zahrnují schopnost manipulovat s určitým předmětem (instrumentem). Řadíme sem užívání léků, nakupování a manipulování s penězi, telefonování, vaření a připravování pokrmů, nebo domácí práce. (Krivošíková, 2011)

*Tabulka č. 2 - přehled činností ADL a iADL*

<i>ADL – běžné denní činnosti</i>	<i>iADL – instrumentální denní činnosti</i>
<i>Sebesycení</i>	<i>Telefonování</i>
<i>Osobní hygiena</i>	<i>Domácí práce</i>
<i>Koupání</i>	<i>Vaření</i>
<i>Oblékání horní a dolní poloviny těla</i>	<i>Nakupování</i>
<i>Užití WC</i>	<i>Transport, cestování</i>
<i>Kontinence moči a stolice</i>	<i>Manipulace s penězi</i>
<i>Přesuny lůžko - židle</i>	<i>Užívání léků</i>
<i>Chůze po rovině</i>	<i>Práce kolem domu</i>
<i>Chůze do schodů</i>	

*(zdroj: vlastní)*

<sup>24</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova choroba v rodině* 1.vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2004. 22s.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 8. CÍL PRÁCE

Cílem této diplomové práce je v první řadě zjistit úroveň kvality života klientů v Domovech se zvláštním režimem, tedy posoudit, jak jsou senioři v těchto zařízeních spokojeni s nabídkou a úrovní aktivizačních činností a samozřejmě i jak jsou spokojeni s péčí samotného personálu. Druhým vytyčeným záměrem této práce je pak zjistit pohled pracovníků dvou vybraných specializovaných zařízení na spokojenost a kvalitu života klientů a porovnat, zda se názory klientů a zaměstnanců shodují, nebo zda zde panují určité rozdíly.

***Pro dosažení cíle bylo nezbytné splnění následujících bodů:***

- Načerpání teoretických znalostí z nejrůznějších zdrojů a odborných publikací o kvalitě života seniorů, jejich potřebách a v neposlední řadě též o Alzheimerově demenci, diagnostice a terapii této choroby.
- Vybrání vhodných klientů s I. stupněm Alzheimerovy demence pro uskutečnění polostrukturovaného rozhovoru a zpracování kazuistik.
- Uvědomit si a nastudovat vhodné metody výzkumného šetření k následnému potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.
- Utřídit výsledky výše zmíněného šetření a metod, zpracovat, graficky a tabulkově znázornit a prodiskutovat v závěru diplomové práce.

## 9. HYPOTÉZY

1. Pracovníci přímé péče v domově se zvláštním režimem považují úroveň poskytované péče a nabídku aktivizačních činností za lepší, než za jakou ji považují sami klienti.

2. Klientky ženského pohlaví požadují po pracovnících přímé péče vyšší úroveň a nabídku aktivizačních činností, než klienti mužského pohlaví.
3. Pracovníci přímé péče v domovech se zvláštním režimem napomáhají přílišně při vykonávání běžných denních činností klientům, kteří by tyto činnosti zvládli sami.

## **10. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ**

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla využita spolupráce s pracovníky přímé péče a klienty v zařízeních Alzheimer centrum v Louckém mlýně a Prácheňském sanatoriu o.p.s v Písku.

Alzheimer centrum Loucký mlýn i Prácheňské sanatorium o.p.s jsou specializovaná zařízení fungující již od 90. let minulého století, která poskytují komplexní ošetrovatelskou péči, včetně celoročního ubytování pro klienty s Alzheimerovou, vaskulární, či demencí jiné etiologie. Zařízení Loucký mlýn má kapacitu šedesát lůžek, zařízení Prácheňské sanatorium pak disponuje 70 možnými lůžky. Oba domovy jsou bezbariérové, vybaveny tak, aby splňovaly kritéria pro Domov se zvláštním režimem. Klienti a klientky jsou ubytováni ve dvoulůžkových, maximálně třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením, které si mohou vybavit pro lepší aklimatizaci svým vlastním nábytkem, či osobními věcmi. Loucký mlýn i Prácheňské sanatorium o.p.s. jsou rozděleny na čtyři úseky, podle druhu a stupně onemocnění klientů. Např. první úsek je umístěn v přízemí a je určen primárně pro klienty se III. stupněm Alzheimerovy demence (tedy, pro klienty imobilní, zcela dezorientované), oproti tomu IV. úsek, který je umístěn v druhém patře obývají povětšinou klienti, jež jsou v primárním stádiu onemocnění (tedy relativně soběstační). Na každém úseku se starají o klienty pracovníci v sociálních službách a zdravotní sestry. Pracovníci přímé péče mají rozvrženou pracovní dobu na dvanáctihodinové směny a na tzv. dlouhý a krátký týden. Během dne se o klienty stará deseti až dvanácti členný kolektiv zdravotníků a pracovníků v sociálních službách a šest terapeutů (ergoterapeutky, fyzioterapeutka, reminiscenční terapeut, bazální stimulant). V noci pak dohlíží na



spánek klientů pouze jeden zdravotník a jeden pracovník sociálních služeb. Denní režim klientů začíná okolo sedmé hodiny ranní osobní hygienou, oblékáním a přesunem na snídani do společenské místnosti. Po snídaních mají pacienti možnost skupinových terapií, které trvají do doby oběda. Klienti mají na výběr z poměrně široké škály možností. Mají k dispozici speciálně vybavenou místnost pro reminiscenční terapii, koupelnu pro využití bazální stimulace, společenskou místnost s televizí a videem, terasu s rozlehlou zahradou, či kuchyňku pro nácvik pracovních činností. Po obědě a poledním klidu je možnost dalších aktivizačních činností, poté se klienti navečeří a pracovníci v sociálních službách uloží klienty ke spánku. Obě zařízení umožňují svým pacientům i řadu společenských aktivit, např. návštěvy zoologické zahrady, divadel, či cukráren, dále pak pravidelné vánoční besídky a koncerty, Mikulášskou nadílku, a jednou ročně i slavností den otevřených dveří nesoucí název „Vítání jara“.

Pracovníci v sociálních službách a zdravotníci mají na starost individuální plánování a realizaci cílů a přání klientů. Každý z výše uvedených zaměstnanců má tedy pak na starost 2 až 3 klienty, s nimiž by měl navázat bližší vztah a seznámit se s jejich přáními, cíli a potřebami a samozřejmě má za úkol komunikovat s rodinou svěřeného klienta. Tito zaměstnanci jsou označováni jako „klíčový pracovníci“.

## **11. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ**

Pro dotazníkové šetření byl zvolen okruh pracovníků přímé péče (tedy zaměstnanci, jež denně úzce spolupracují s klienty). Výzkumný vzorek byl zvolen nepravděpodobnostní, účelový. Ke zjištění výsledků byla využita metoda kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Pro zjištění názoru a úhlu pohledů na kvalitu a nabídku aktivizačních činností v Alzheimer centrech v Písku a Louckém mlýně (1. a 2. hypotéza), bylo u zaměstnanců využito kvantitativního výzkumu, formou strukturovaného dotazníku, který je (jako příloha č. 1) součástí této práce. Celkem bylo rozesláno 100 dotazníků. Sběr dat probíhal v listopadu 2013. Současně bylo užito i kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru s vybranými klienty s I. stupněm Alzheimerovy nemoci.

Ve druhé části výzkumu zaměřeného na kvalitu poskytované péče ve výše zmíněných zařízeních (3. hypotéza) bylo využito kvalitativního šetření, metodou polostrukturovaného rozhovoru a to nejen pro objektivní relevantnost výsledků u klientů s demencí, ale též i pro lepší přiblížení se takto stíženým klientům. Dle Gavory lze citovat: „...výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může rozumět a může je popsat.“<sup>25</sup> Počet zvolených klientů, s nimiž se uskutečnil rozhovor, se skládá z 8 mužů a 10 žen. Pro následné zpracování kazuistik byli vybráni dva muži a dvě ženy s I. stupněm Alzheimerovy demence. Vybraní klienti i klientky žijí ve výše zmiňovaném zařízení déle než rok a jejich zdravotní stav umožňoval spolupráci. Polostrukturovaný rozhovor byl pořízen též i s klíčovými pracovníky vybraných klientů.

## 12. VLASTNÍ VÝZKUM

### 12.1 Dotazníkové šetření

Dotazníky byly cíleně předloženy pracovníkům (zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, terapeuté) dvou domovů se zvláštním režimem v jižních Čechách. Respondenti byli seznámeni se všemi okolnostmi vyplnění a též s následným účelem zpracovaných dotazníků. Dotazník se skládal ze 17 otázek.

#### 12.1.1 Zpracování údajů

Z celkového počtu 100 distribuovaných dotazníků se 45 vyplněných vrátilo zpět, procentuálně tedy 45% úspěšnost. Otázky obsažené v dotazníku se týkaly hypotéz č.1 a č. 2. Dotazník vyplnilo 33 žen (73%) a 12 mužů (27%). Z celkového počtu respondentů bylo 12 zdravotních sester (27%), 17 pracovníků v sociálních službách (39%), z nichž bylo 6 tzv. klíčových pracovníků. Dále pak 10 ergoterapeutů (22%), 2 fyzioterapeuté (4%), 2 bazální simulanti (4%) a 2 reminiscenční terapeuté (4%).

---

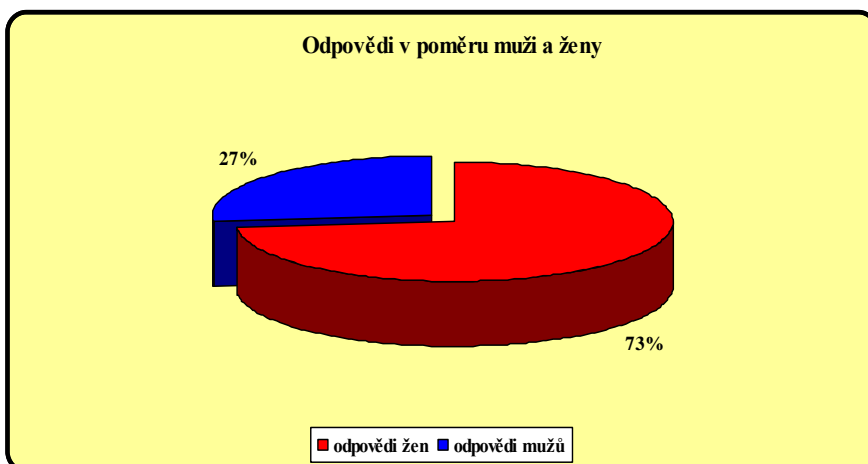
<sup>25</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 35s.

## 12.1.2 Tabulkové a grafické znázornění návratnosti dotazníků

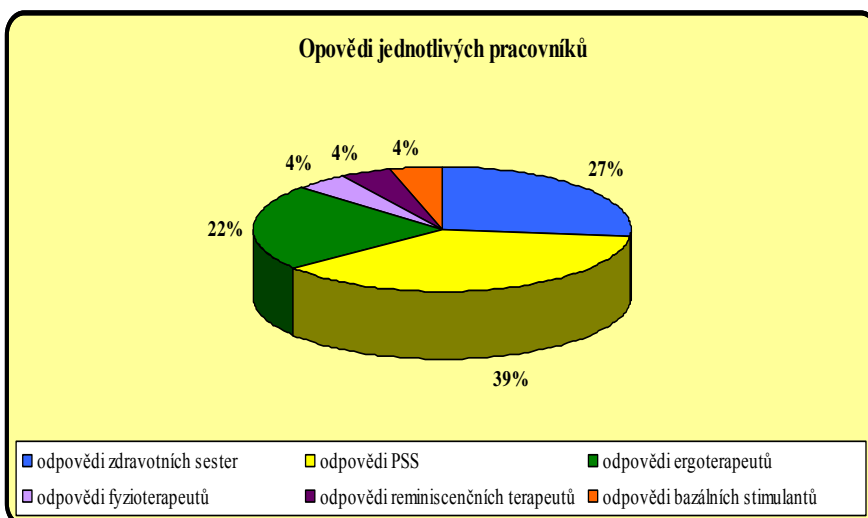
Graf č. 1 - Návratnost dotazníků



Graf č. 2 - Odpovědi v poměru muži a ženy



Graf č. 3 - Odpovědi jednotlivých pracovníků



### 12.1.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Níže jsou uvedeny jednotlivé otázky, grafické znázornění a vyhodnocení. Celé znění dotazníku je též součástí této diplomové práce, formou přílohy A.

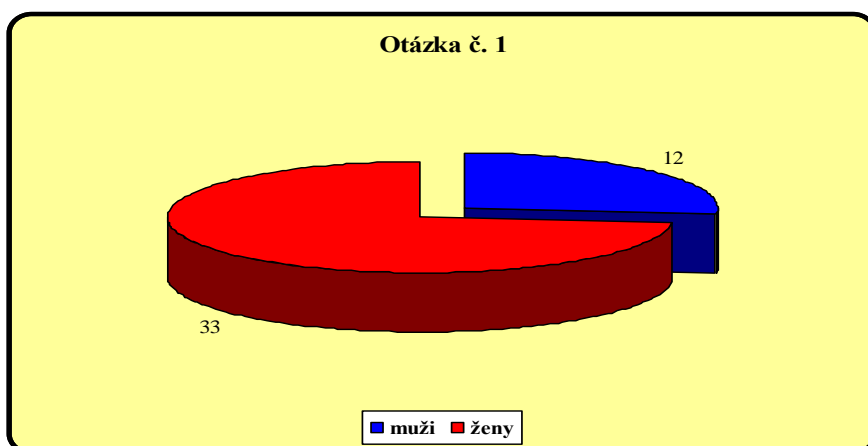
#### Otázka č. 1

**Znění otázky:** „Uveďte prosím pohlaví“

Tabulka č. 3 - Vyhodnocení otázky č. 1

Pohlaví	Muž	Vyjádřeno v %	Žena	Vyjádřeno v %
Počet	12	26,7%	33	73,3%

Graf č. 4 – Znázornění otázky č. 1



**Závěr:**

Z odpovídajících 45 respondentů je 33 žen (73%) a 12 mužů (26%).

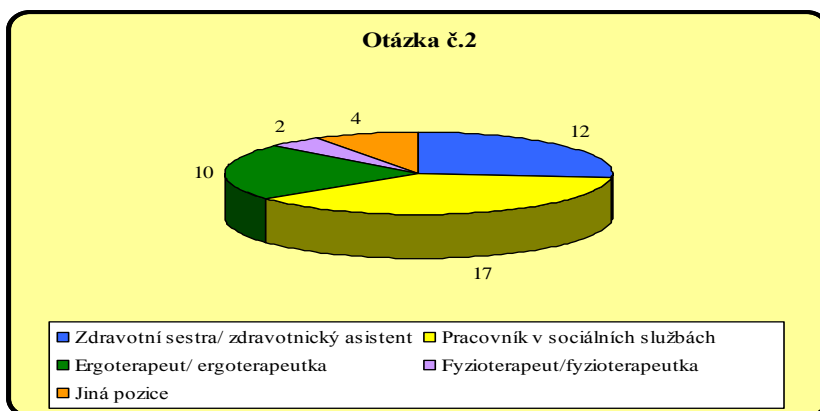
#### Otázka č. 2

**Znění otázky:** „V zařízení jste zaměstnán / zaměstnána jako“:

Tabulka č. 4 - Vyhodnocení otázky č. 2

Pracovní pozice	Počet
Zdravotní sestra/ zdravotnický asistent	12
Pracovník v sociálních službách	17
Ergoterapeut/ ergoterapeutka	10
Fyzioterapeut/fyzioterapeutka	2
Jiná pozice	4

Graf č. 5 - Znárodnění otázky č. 2



**Závěr:**

Ze 45 dotazovaných respondentů je 12 zdravotních sester, či zdravotnických asistentů (vyjádřeno procentuálně 27%), 17 pracovníků v sociálních službách (38%). Počet ergoterapeutů je 10 (22%) a 2 fyzioterapeuté (4%). Z celkového počtu respondentů (uvedených jako „jiná pozice“) jsou 2 bazální simulanti a 2 reminiscenční terapeuté (9%).

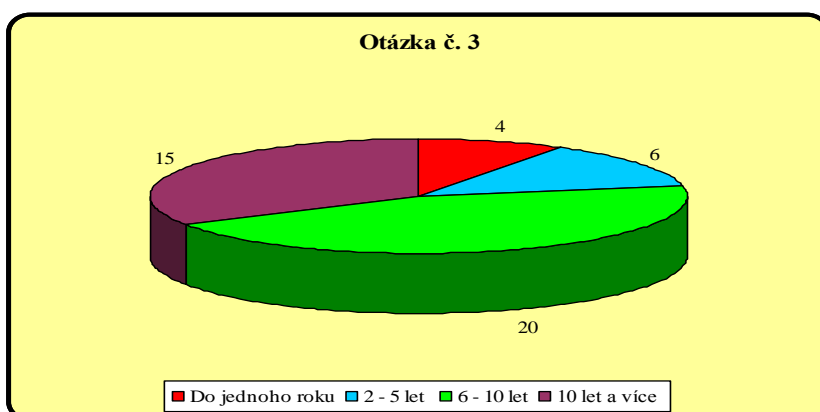
**Otázka č. 3**

**Znění otázky: „Délka vaší praxe v tomto zařízení:“**

Tabulka č. 5 - Vyhodnocení otázky č. 3

Délka praxe	Počet
Do jednoho roku	4
2 – 5 let	6
6 – 10 let	20
10 let a více	15

Graf č. 6 - Znárodnění otázky č. 3



### Závěr:

Pracovníci v přímé péči mají dle šetření víceletou praxi. Nejvíce pracovníků je zaměstnáno ve dvou výše zmíněných zařízeních v rozmezí 6 – 10 let (45%), 15 zaměstnanců má dokonce deseti a víceletou praxi (33%). Šest zaměstnanců pracuje v DZR v rozmezí 2 – 5 let (13%) a pouhých 9% (4 zaměstnanci) jsou v pracovním poměru v DZR méně jak jeden rok.

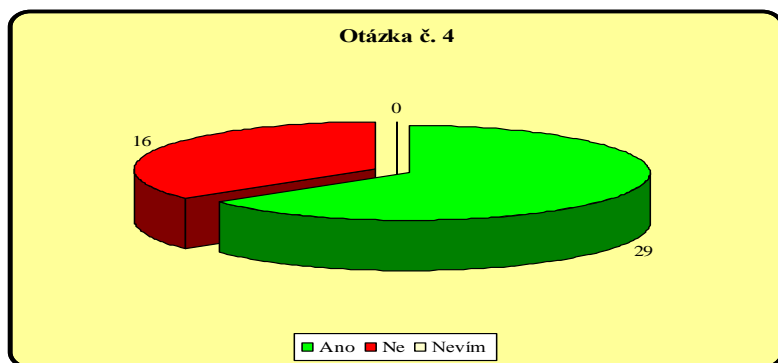
### Otázka č. 4

**Znění otázky:** „*Jste klíčovým pracovníkem*“

*Tabulka č. 6 - Vyhodnocení otázky č. 4*

<b>Jste klíčovým pracovníkem</b>	
<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>
Ano	29
Ne	16
Nevím	0

*Graf č. 7 - Znázornění otázky č. 4*



### Závěr:

Z celkového počtu 45 respondentů je 29 celkem klíčových pracovníků (64%). Šestnáct zaměstnanců není touto funkcí pověřeno (36%). Z nabízené odpovědi „nevím“ nebyla zaregistrována ani jedna odpověď.

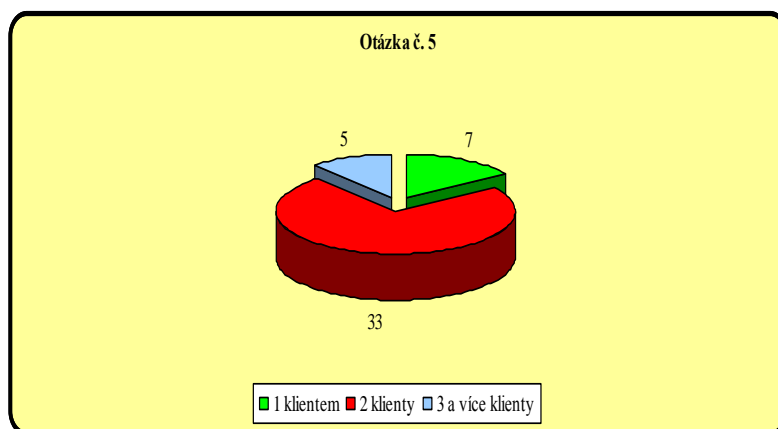
### Otázka č. 5

**Znění otázky:** „*Jako klíčový pracovník spolupracujete s:*“

Tabulka č. 7 - Vyhodnocení otázky č. 5

<b>Jako klíčový pracovník spolupracujete s:</b>	
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>
1 klientem	7
2 klienty	33
3 a více klienty	5

Graf č. 8 - Znázornění otázky č. 5



**Závěr:**

Dle odpovědí klíčových pracovníků je patrné, že nejčastěji spolupracují se dvěma klienty (33 pracovníků, procentuálně – 73%), dále pak 7 zaměstnanců má na starost spolupráci pouze s jedním klientem (16%). O tři klienty a více se poté stará 5 pracovníků (11%).

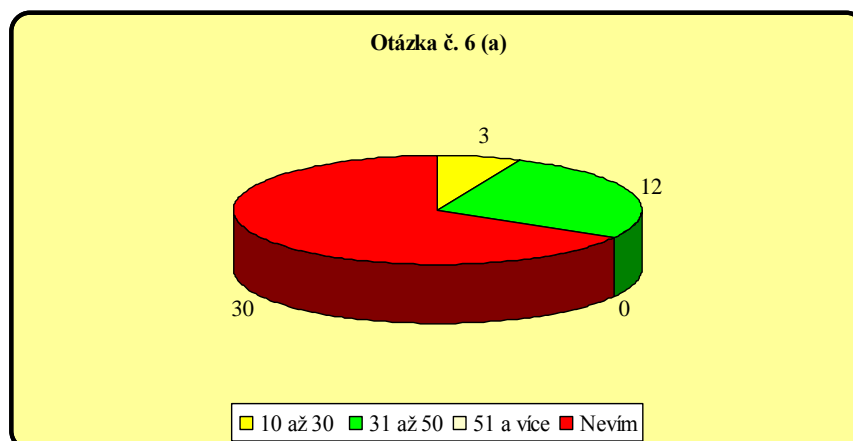
**Otázka č. 6:**

**Znění otázky:** „ Kolik je ve vašem zařízení žen (klientek)?“

Tabulka č. 8 - Vyhodnocení otázky č. 6 (a)

<b>Počet klientek v zařízení LM</b>	<b>Počet odpovědí</b>
10 až 30	3
31 až 50	12
51 a více	0
Nevím	30

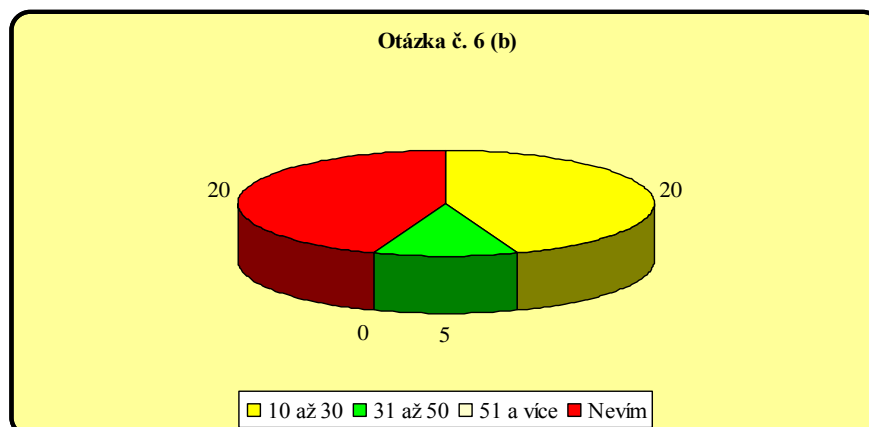
Graf č. 9 - Znárodnění otázky č. 6 (a)



Tabulka č. 9- Vyhodnocení otázky č. 6 (b)

Počet žen v zařízení PS	Počet odpovědí
10 až 30	20
31 až 50	5
51 a více	0
Nevím	20

Graf č. 10 - Znárodnění otázky č. 6 (b)



**Závěr:**

Z výše uvedeného šetření vyplývá, že pracovníci přímé péče obou zařízení neznají přesný počet klientů a klientek. Znají však přibližný počet, odpovídající realitě.



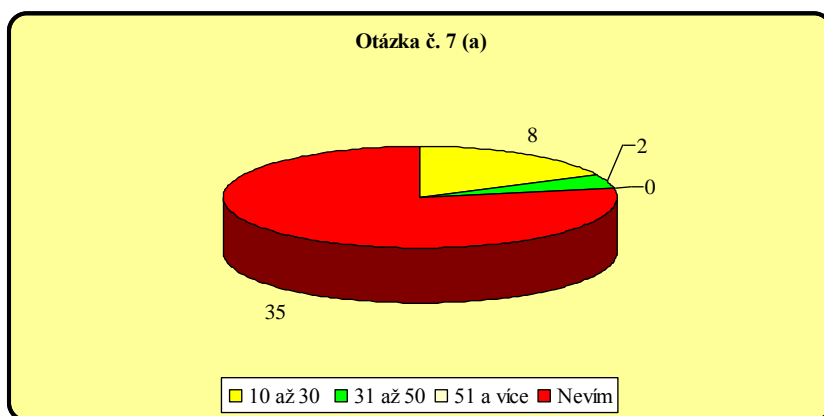
**Otázka č. 7:**

**Znění otázky: „Kolik je ve vašem zařízení mužů (klientů)?“**

*Tabulka č. 10 - Vyhodnocení otázky č. 7 (a)*

Počet klientů v zařízení LM	Počet odpovědí
10 až 30	8
31 až 50	2
51 a více	0
Nevím	35

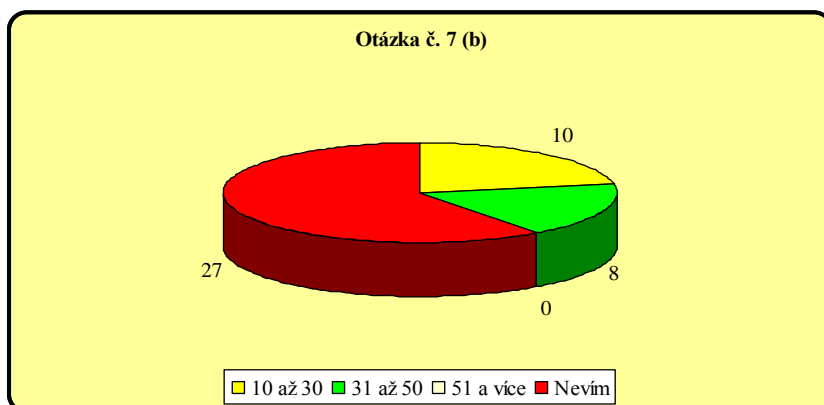
*Graf. č. 11 - Znázornění otázky č. 7 (a)*



*Tabulka č. 11 - Vyhodnocení otázky č. 7 (b)*

Počet klientů v zařízení PS	Počet odpovědí
10 až 30	10
31 až 50	8
51 a více	0
Nevím	27

*Graf. č. 12 - Znázornění otázky č. 7 (b)*



**Závěr:**

Pracovníci obou výše zmiňovaných zařízení též neznají přesný počet klientů. Opět volili v dotazníku nejčastěji možnost „nevím“. (78% v zařízení LM a 60% v PS).

**Otázka č. 8:**

**Znění otázky: „Jaké aktivizační činnosti je možné ve vašem zařízení vykonávat?“**

Tabulka č. 12 - Vyhodnocení otázky č. 8

<b>Jaké aktivizační činnosti je možné v zařízení vykonávat?:</b>	<b>LM</b>	<b>PS</b>
Muzikoterapie	ano	Ano
Biblioterapie	ano	Ano
Arteterapie	ano	Ano
Zooterapie	ano	Ano
Canisterapie	ano	Ne
Reminiscenční terapie	ano	Ano
Kognitivní trénink	ano	Ano
Bazální stimulace	ano	Ano
Nácvik soběstačnosti	ne	Ne
Nácvik pracovních činností	ano	Ano
Jiné	-----	keramická dílna

**Závěr:**

Dle výsledného šetření chybí ve výše zmiňovaných zařízeních důležitý nácvik ADL (soběstačnosti). V zařízení Prácheňské sanatorium o.p.s. není pro klienty k dispozici canisterapie, ale na rozdíl od zařízení v Louckém mlýně je možnost využití keramické dílny.

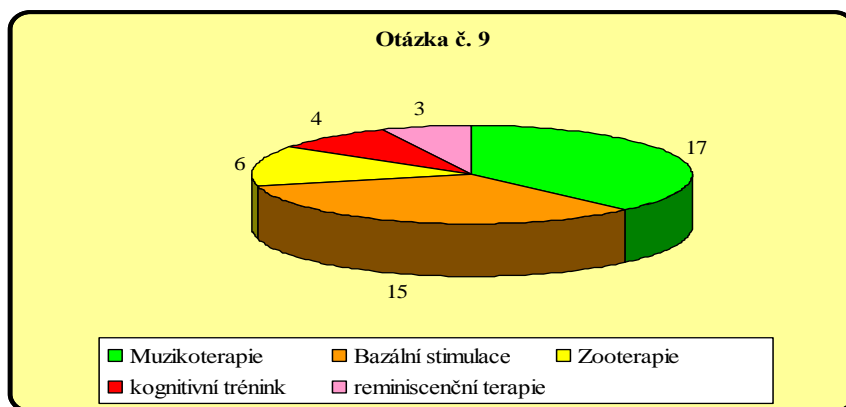
**Otázka č. 9:**

**Znění otázky: „Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientů (mužů) nejoblíbenější?“**

Tabulka č. 13 - Vyhodnocení otázky č. 9

Nejoblíbenější aktivita u klientů:	počet odpovědí
Muzikoterapie	17
Bazální stimulace	15
Zooterapie	6
kognitivní trénink	4
Reminiscenční terapie	3

Graf č. 13 - Znázornění otázky č. 8



#### Závěr:

Dle subjektivního názoru pracovníků v přímé péči je u klientů (mužů) nejoblíbenější činností muzikoterapie (38%), dále pak prvky bazální stimulace (33%), mezi další činnosti, které v dotaznících pracovníci uvedli byla zooterapie (13%), trénink kognitivních funkcí (9%) a reminiscenční terapie (7%).

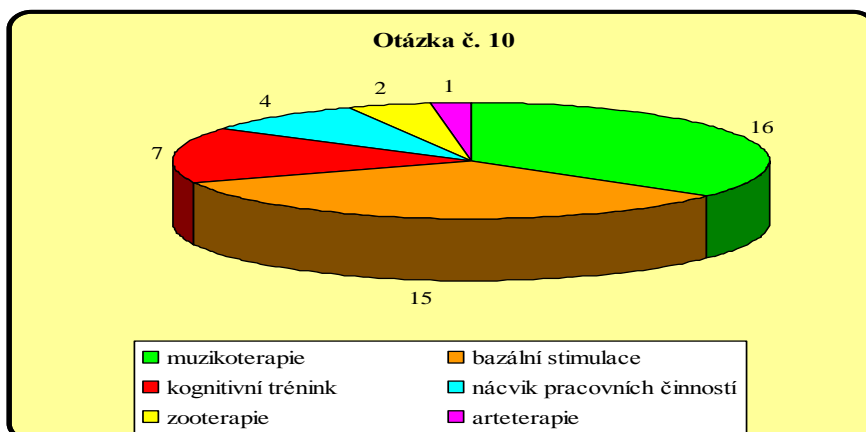
#### Otázka č. 10

**Znění otázky:** „Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientek (žen) nejoblíbenější?“

Tabulka č. 14 - Vyhodnocení otázky č. 10

Nejoblíbenější aktivita u klientek	počet odpovědí
Muzikoterapie	16
bazální stimulace	15
kognitivní trénink	7
nácvik pracovních činností	4
Zooterapie	2
Arteterapie	1

Graf č. 14 - Znázornění otázky č. 9



**Závěr:**

Stejně jako u klientů je subjektivně dle pracovníků též u klientek nejvíce oblíbenou činností právě muzikoterapie (36%), jen o jednu odpověď méně je pak hodnocena bazální stimulace (33%). Dále pracovníci uváděli následující aktivizační činnosti: kognitivní trénink (16%), nácvik pracovních činností (9%), zooterapie (4%) a v jednom případě je dle pracovníků nejoblíbenější činností arteterapie (2%).

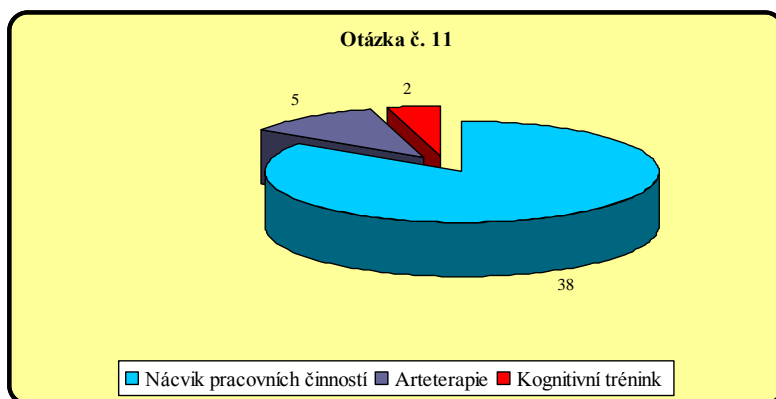
**Otázka č. 11**

**Znění otázky:** „Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientů (mužů) nejméně oblíbená?“

Tabulka č. 15 - Vyhodnocení otázky č. 11

Nejméně oblíbená aktivita u klientů (mužů)	počet odpovědí
Nácvik pracovních činností	38
Arteterapie	5
Kognitivní trénink	2

Graf č. 15 - Znárodnění otázky č. 10



**Závěr:**

Dle subjektivního názoru pracovníků v přímé péči je v 85% (celkem 38 odpovědí) nejméně oblíbenou činností u klientů nácvik pracovních činností. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že mezi další nejméně oblíbené činnosti subjektivně patří arteterapie (11%) a kognitivní trénink (4%).

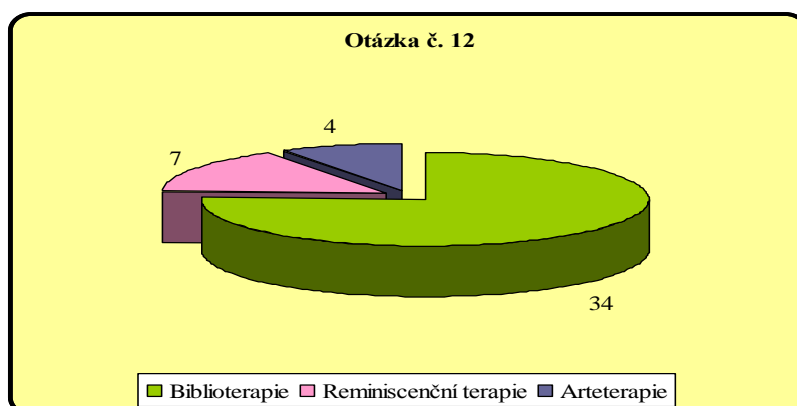
**Otázka č. 12**

**Znění otázky:** „Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientek (žen) nejméně oblíbená?“

Tabulka č. 16 - Vyhodnocení otázky č. 12

Nejméně oblíbená aktivita u klientek (žen)	počet odpovědí
Biblioterapie	34
Reminiscenční terapie	7
Arteterapie	4

Graf č. 16 - Znárodnění otázky č. 12



### **Závěr:**

Z dotazníkového šetření vyplynul fakt, že dle subjektivního názoru pracovníků je nejméně oblíbenou činností u klientek biblioterapie (z celkového počtu respondentů jich takto odpovědělo 34, procentuálně vyjádřeno 75%), dalšími variantami odpovědí byla reminiscenční terapie (16% dotazovaných) a arteterapie (9%).

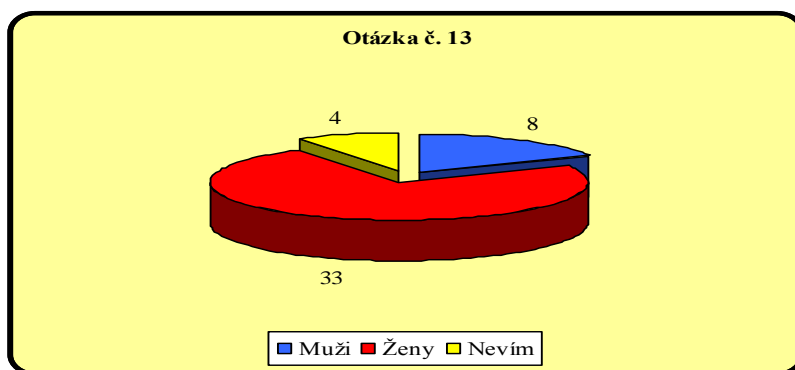
### **Otázka č. 13**

**Znění otázky:** „Do aktivizačních programů se obecně více zapojují“:

Tabulka č. 17 - Znáznornění otázky č. 13

<b>Do aktivizačních programů se obecně více zapojují:</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Muži	8
Ženy	33
Nevím	4

Graf č. 17 - Znáznornění otázky č. 13



### **Závěr:**

Z dotazníkového šetření je patrné, že aktivizačních programů se více zúčastňují klientky – procentuálně až 73%, oproti klientům (pouhých 18% odpovědí). Ovšem 9% dotazovaných si nejsou jisti a označili tak možnost „nevím“.

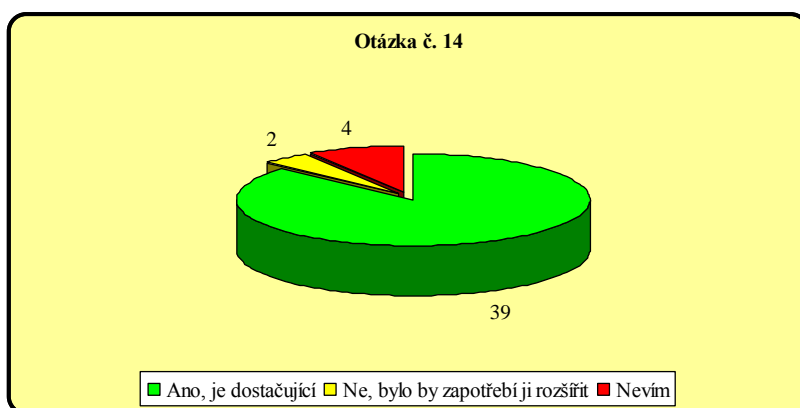
### **Otázka č. 14:**

**Znění otázky:** „Je (dle vašeho subjektivního názoru) škála aktivizačních činností nabízená klientům a klientkám dostačující, nebo je potřeba nabídnout více aktivizačních programů?“

Tabulka č. 18 - Vyhodnocení otázky č. 14

Je nabídka aktivizačních činností dostatečná?	Počet odpovědí
Ano, je dostačující	39
Ne, bylo by zapotřebí ji rozšířit	2
Nevím	4

Graf č. 18 - Znárodnění otázky č. 14



#### Závěr:

Z výše uvedeného grafického znázornění vyplývá, že 39 pracovníků (87%) považuje nabídku aktivizačních činností za dostačující. Dva pracovníci jsou toho názoru, že by bylo zapotřebí nabídku činností rozšířit (4%). Čtyři pracovníci v přímé péči zvolili odpověď „nevím“ (9%).

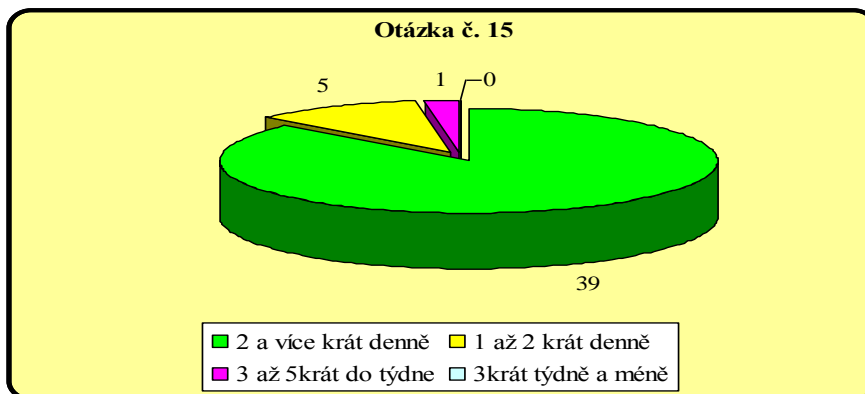
#### Otázka č. 15

**Znění otázky:** „*Jak často se klienti mohou zúčastnit aktivní terapie (aktivizační činnosti)?*“

Tabulka č. 19 - Vyhodnocení otázky č. 15

Jak často se klienti mohou zúčastnit aktivní terapie:	počet odpovědí
2 a vícekrát denně	39
1 až 2krát denně	5
3 až 5krát do týdne	1
3krát týdně a méně	0

Graf č. 19 - Znárodnění otázky č. 14



**Závěr:**

Intenzita aktivizačních terapií je v obou zařízeních velmi vysoká. V 87% se mohou zúčastnit terapií 2 i vícekrát denně. Jednou až dvakrát denně odpovědělo 5 dotazovaných z celkového počtu respondentů (11%). Pouze jeden dotazovaný respondent označil možnost 3-5krát týdně.

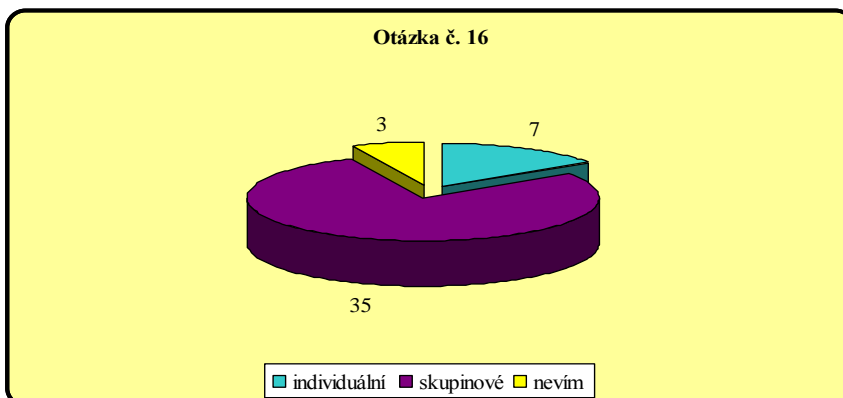
**Otázka č. 16:**

**Znění otázky:** „Jakou formou probíhají nejčastěji aktivizační činnosti?“

Tabulka č. 20 - Vyhodnocení otázky č. 16

Jakou formou probíhají nejčastěji aktivizační činnosti:	počet odpovědí
Individuální	7
Skupinové	35
Nevím	3

Graf č. 20 - Znárodnění otázky č. 16





### Závěr:

Nejčastější forma aktivizačních činností je provozována zapojením více klientů – tedy tzv. skupinová forma (77%). Sedm pracovníků je však jiného názoru – tedy, že nejčastější formou je terapie individuální (16%). Tři respondenti si nebyli jistí odpovědí, zvolili tedy možnost odpovědi „nevím“ (7%).

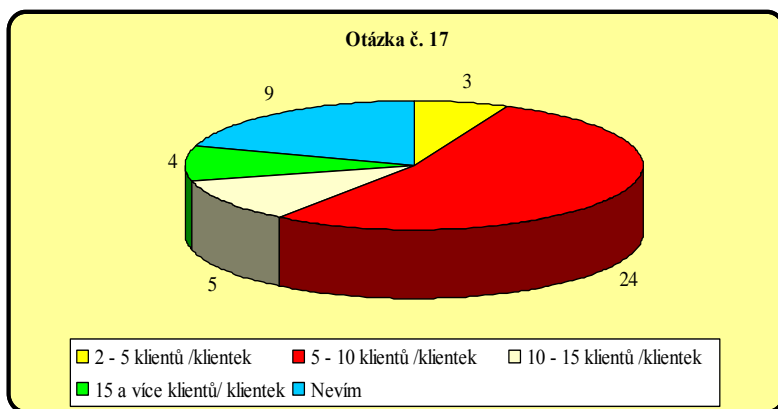
### Otázka č. 17:

**Znění otázky:** „*Jaký je nejčastější počet klientů při skupinové terapii (skupinová aktivizační činnost)?*“

Tabulka č. 21 - Vyhodnocení otázky č. 17

Jaký je nejčastější počet klientů při skupinové terapii	počet odpovědí
2 - 5 klientů /klientek	3
5 – 10 klientů /klientek	24
10 – 15 klientů /klientek	5
15 a více klientů/ klientek	4
Nevím	9

Graf č. 21 - Znázornění otázky č. 16



### Závěr:

24 dotazovaných respondentů (53%) uvádí, že počet klientů aktivně se zúčastňujících terapií, je v průměru 5 – 10. 20% dotazovaných zvolili odpověď „nevím“. 11% dotazovaných jsou toho názoru, že nejvíce se zapojuje v průměru 10 – 15 klientů. V 9% byla zvolena možnost 15 a více klientů, a konečně 7% respondentů jsou názoru, že nejvíce se zapojuje skupina o 2 – 5 klientech.

## 12.2 Rozhovor s klienty Alzheimercentra

Jak již bylo v diplomové práci zmíněno, tak vypracování dotazníkového šetření u klientů trpících demencí by bylo velmi náročné, specifické a relevantnost výsledků není vždy odpovídající. Proto bylo pro zjištění názoru klientů a klientek na úroveň a nabídku aktivizačních činností využito polostrukturovaného rozhovoru. Interview probíhalo s 8 klienty a 10 klientkami trpících Alzheimerovou demencí I. typu. Více klientů se bohužel odmítlo rozhovoru účastnit. Rozhovory byly pořizeny v prostředí DZR, v měsíci listopadu roku 2013. K níže uvedenému zhodnocení rozhovorů bylo využito několika přímých citací klientů (doslovně opsaných).

Dle výsledků provedených rozhovorů se klientům i klientkám v zařízení líbí. Do aktivizačních činností se více zapojují ženy (tedy subjektivní názor pracovníků a rozhovor s klienty se shodují). Dle shodného názoru šesti nejmenovaných klientů: *„Mě se tady líbí, ale na nějaký zpívání, nebo povídání moc nejsem. Spíš sedím na jídelně, popiji kafečko a koukám jak si holky (terapeutky a klientky) povídají a zpívají.“* Někteří klienti postrádají činnosti, které nelze vykonávat pravidelně. Dle odpovědi klienta ze zařízení LM: *„Já rád rybařím, ale to chodíme na rybník jen občas, když je venku pěkně, ale nedávno jsme byli na výletě v muzeu v Písku a tam jsem se mohl na ryby alespoň kouknout. Taky rád jezdím na výlety, ale to jezdíme tak třikrát za měsíc. Abych si zpíval na jídelně, na to nejsem.“* Opačného názoru jsou pak klientky. Do aktivizačních činností se zapojují denně. *„Já mám ráda úterky, to si povídáme o hradech a zámcích a do toho si i něco zazpíváme. Taky mám moc ráda zvířata a máme tady dva pejsky, kterým dáváme piškoty a chodíme je venčit. A někdy mě sestřička masíruje a zabalí do deky (bazální stimulantka aplikuje prvky bazální stimulace).“* Dle slov jiné klientky: *„Jsou tu hodný sestřičky (ergoterapeutky) každý den si s nima zpíváme a povídáme o různých věcech. Včera (ve středu) jsme si povídali o receptech – Já ráda pekla. A vždycky v pátek si můžu se sestřičkami upéct nějakou tu dobrotu.“*

Ne všechny názory klientek jsou však zcela pozitivní. Na otázku, zda by škálu aktivizačních činností nechtěly rozšířit, se všechny shodly, že ano. Dle shodných názorů se činnosti omezují především na zpěv, kognitivní trénink a reminiscenční terapii. *„Já ráda pletla a háčkovala, ale sama nemůžu, prý jen se sestřičkami a to pleteme jen někdy. Ráda si zazpívám, ale to děláme každé den a háčkujem a pletem jen občas.“*

Dle názoru jiné klientky: „*Mě se líbí když si něco vyrábíme, třeba teď jsme dělaly Mikuláše a čerty z papíru, nebo v létě děláme z modelíny kytičky a různé zvířátka, ale to jen někdy. Baví mě to víc než zpívání a povídání, to máme každé den.*“ Všechny dotazované klientky se též jako klienti shodli na odpovědi na otázku: „*Zda jezdí s terapeutkami na výlety, jak často a zda by nechtěli jezdit více?*“ Z odpovědí lze citovat následující slova: „*Já bych ráda jezdila na výlety, občas nás sestřičky vezmou do cukrárny, nebo do muzea, ale to tak jednou za měsíc. Zbytek doby jsme tady zavřený a teď v zimě ani na zahradu moc nemůžem, tak pořád zpíváme a povídáme.*“

## 12.3 Kazuistiky

### 12.3.1 Kazuistika č. 1

Pohlaví: ♀

Ročník: \*1937

*Lékařská Diagnóza:*

- G30 - Alzheimerova nemoc
- F00 - Demence u Alzheimerovy choroby (smíšený typ)

*Vedlejší diagnózy:*

- Porucha paměti.
- Artróza ramenního kloubu na pravé horní končetině.
- Chronický vertebrogenní alogický syndrom.
- Stav po zánětu středního ucha s následnou ztrátou čichu.
- Chronická ischemická choroba srdeční.

*Vznik a datum onemocnění a příjmové informace::*

- U klientky se v průběhu roku 2008 začaly projevovat poruchy paměti a časté zapomínání. Nejprve si zapomínala uvařit, vzít léky, zamknout byt atd.
- Bydlela sama v činžovním domě v Praze.

- Při stále gradujících obtížích s pamětí (zapomínala zamykat byt , zapomínala zapnutý plyn atd..) se v r.2009 přestěhovala k dceři , která se o ní starala.
- V roce 2010 byla situace pro dceru neúnosná a klientka byla přestěhována do Prácheňského sanatoria.

*Nynější onemocnění:*

- Klientka pobývá v sanatoriu (zařízení pro každodenní pobyt po celý rok).
- Trpí Alzheimerovou nemocí I. typu (G30) a demencí u Alzheimerovy choroby (F00)

Anamnéza:

*Osobní anamnéza:*

- Stav po opakovaných zánětech středního ucha s následnou ztrátou čichu
- Alergie (penicilin)
- Nekuřačka, abstinentská

*Rodinná anamnéza:*

- Vdova (manžel zemřel na akutní infarkt myokardu v roce 2005)
- 2 dcery (zdravé)

*Pracovní anamnéza:*

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve pracovala jako ekonomka

*Sociální anamnéza:*

- Klientka žila sama v činžovním domě do roku 2009
- Poté žila u dcery v rodinném domku
- Od r. 2010 žije v prvním patře Prácheňského sanatoria, které je bezbariérové.
- Pravidelně ji navštěvuje rodina.

*Lateralita:*

- Vpravo

*Kompenzační pomůcky:*

- Brýle na čtení.
- Inkontinenční pleny.

*Role a zájmy:*

- Ruční práce. (pletení, háčkování)
- Sledování televize.
- Výlety do přírody, procházky.

## ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Klientka se souhlasem podstoupila ergoterapeutické vyšetření pro zjištění úrovně soběstačnosti a kognitivních funkcí, na podkladě testu Functional independence measure (dále jen FIM). Testování provedla: Markéta Texlerová. Dne: 20. 11. 2013.

### • **Zhodnocení soběstačnosti testem - FIM**

- *Oblast sebesycení* - Klientce nedělá problém sebesycení, obědvá a večeří ve společenské místnosti. Zvládá obědvat příborem, nepotřebuje pomoci s krájením stravy.
- *Oblast osobní hygieny* - S pomocí zdravotnického personálu (dohled) si klientka zvládne vyčistit zuby nebo omýt obličej.
- *Oblast celkové hygieny (koupání)* – klientku stačí doprovodit do koupelny, pomoci ji do sprchy a dohlížet na ni (prevence rizika pádu), s pomocí se posadí do „sprchovacího křesla“, zvládá nanést sprchový gel na mycí žínku, zvládá si sama umýt vlasy i celé tělo. Potřeba pomoci při přesunech ze sprchy (opět preventivní dohled)
- *Oblékání horní poloviny těla* - Klientce činí obtíže oblékání horní a dolní poloviny těla. Činnost jako takovou motoricky zvládá, obtíže spíše v kognitivní oblasti – nezná správnou posloupnost oblékání.
- *Oblékání dolní poloviny těla* - viz. oblékání horní poloviny těla.
- *Kontinence moči* - Klientka má problémy s únikem moči, během dne užívá plenkové natahovací kalhotky. WC užívá minimálně. V noci užívá plenkové kalhotky pro plně inkontinentní.
- *Kontinence stolice* – Klientka je plně kontinentní.
- *Přesun lůžko – židle* – zvládá bez obtíží.

- *Wc* – Klientka zvládá užívání WC, které je jako sociální zařízení součástí jejího pokoje. WC však užívá pouze za doprovodu zdravotnického personálu. Přes den používá plenkové kalhotky.
- *Chůze* – nečinná obtíž. Klientka zvládá chůzi v interiéru i v terénu bez užití kompenzačních pomůcek.
- *Schody* – klientka zvládá chůzi do schodů samostatně s přidržením o zábradlí. V DZR je ubytována ve druhém patře, neužívá výtahu – je schopna samostatné chůze po schodech.
- *Vnímání* – Porucha kognitivních funkcí. Klientka se neorientuje v čase, místě i prostoru.
- *Vyjadřování* – Klientce nečiní problém verbální komunikace a vyjadřování. Je však zmatená, neorientuje se.
- *Sociální zabezpečení* – Nečinný problém. Klientka je komunikativní, je ubytovaná na pokoji s dalšími dvěma klientkami a komunikace se spolubydlícími, či zdrav. personálem nečinný problém.
- *Řešení problémů* – Klientka nedokáže řešit daný problém. Potřebuje slovní radu, či pomoc.
- *Paměť* – Krátkodobá paměť omezena. Obtíž v reprodukci textu, horší vybavnost slov. Zmatenost. Retrogradní paměť bez obtíží.
- **Výsledek FIM testu » 80 bodů.**

- **BARTHEL INDEX**

- Viz. test FIM
- **Výsledek: » 60 bodů » závislost středního stupně**

### Resumé

Z vyšetření vyplývá, že klientka je zčásti soběstačná. Problémové oblasti z FIM testu nejsou způsobeny motorickým omezením, jako spíš kognitivním deficitem. Se slovní pomocí a instruktáží zvládá většinu úkonů oblasti ADL sama. Nutný však občasný dohled a kontrola. Také by zvládla samostatně užít WC, avšak nosí inkontinenční pleny.

### Návrhy a doporučení:

Klientce činí obtíže oblékání horní a dolní poloviny těla. Není způsobeno motorickou neobratností, ale kognitivním deficitem. Zapomíná správnou posloupnost oblékání. Doporučeno proto v rámci nácviku ADL a tréninku kognitivních funkcí si oblečení vždy den předem připravit na hromádku přesně dle postupu oblékání. Dále je žádoucí nácvik mikce a defekace, prevence noční inkontinence (omezení kofeinových a sladkých nápojů, pravidelný režim ukládání ke spánku spojený s nácvikem mikce).

#### **12.3.2 Kazuistika č. 2**

*Pohlaví:* ♀

*Věk:* \* 1931

*Lékařská diagnóza:*

- G30.9 - Alzheimerova nemoc

*Vedlejší diagnózy:*

- F00 - Demence u Alzheimerovy choroby (středně těžká demence)
- Dezorientace všemi směry
- Hypertonická nemoc
- Ischemická choroba srdeční
- Chronická bronchitida
- Spondylosis deformans cervicallis et lumbalis
- Třes rukou
- Přechodná hematurie, léčena Warfarinem

*Vznik a datum onemocnění a příjmové informace:*

- Pro stále častější poruchy krátkodobé paměti byla klientka po dohodě s rodinou přijata v květnu roku 2010 do Prácheňského sanatoria o.p.s. v Písku.

*Nynější onemocnění:*

- Klientka pobývá v sanatoriu. Trpí Alzheimerovou demencí I. typu.

## Anamnéza

### *Osobní anamnéza:*

- G30.9 - Alzheimerova nemoc
- Běžné dětské onemocnění
- Bez alergií

### *Rodinná anamnéza:*

- Bezvýznamná

### *Pracovní anamnéza:*

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve šička

### *Sociální anamnéza:*

- Dříve žila klientka ve společné domácnosti s dcerou
- Pro časté projevy poruchy paměti a snížení soběstačnosti v oblasti iADL a ADL umístěna do DZR.
- Od r. 2010 žije klientka v bezbariérovém DZR (Prácheňské sanatorium o.p.s.)
- V kontaktu s rodinou, jež jí často navštěvuje

### *Lateralita:*

- Vpravo

### *Kompenzační pomůcky:*

- Brýle na čtení
- Zubní protéza

### *Role a zájmy:*

- Zahradničení
- Hudba, černobílý film

## ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Klientka souhlasila s ergoterapeutickým vyšetřením pro zjištění úrovně soběstačnosti a stavu kognitivních funkcí. Testování provedla: Markéta Texlerová. Dne: 22. 11. 2013.



### **Zhodnocení soběstačnosti testem - FIM**

- *Oblast sebesycení:* Klientka je schopna sebenasyčení. Zvládá přijímat stravu příborem, zná kulturu stolování, jež dodržuje. Pomoc v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- *Oblast osobní hygieny a koupání:* Klientka si zvládne sama umýt obličej a ruce, nasadit zubní protézu, učesat se. V oblasti koupání je zapotřebí z preventivních důvodů dohled zdravotnického personálu.
- *Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla:* Klientka se sama zvládne obléci. Tato oblast nečiní potíže.
- *Oblast kontinence moči a stolice –* Klientka nemá problémy s inkontinencí stolice. Inkontinence moči je spíše sporadická. Jako inkontinenční pomůcku používá běžné dámské vložky.
- *Oblast mobility:* Klientka je plně mobilní, neužívá žádné kompenzační pomůcky. Pro přesun do vany, či sprchy zapotřebí z preventivních důvodů dohled personálu.
- *Oblast lokomoce:* Klientka zvládá chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytována v druhém patře DZR, chůzi po schodech zvládá bez dohledu.
- *Oblast komunikace:* Klientka plně vnímá a komunikuje s okolím. Problematickou oblastí je vyjadřování, těžší výbavnost vhodných slov, časté opakování slov. Nesnáze a projevy úzkosti a třesu při neznalosti odpovědi, emoční labilita.
- *Oblast sociální adaptability:* Neschopnost řešení problémů, projevy úzkosti při neznalosti odpovědi, častá plačtivost.
- **Výsledek FIM testu 105 bodů.**

### **Zhodnocení soběstačnosti testem – Barthel Index**

#### **Výsledek viz. Test FIM**

**Výsledek - 85 bodů => lehká závislost**

## Resumé

Z výsledného šetření vyplývá, že klientka je vzhledem ke svému věku a primárnímu onemocnění relativně soběstačná. Problémovou oblastí je dle testu FIM především komunikace a sociální adaptabilita. Klientka má obtíže s komunikací a vystupováním před kolektivem. Strach a nejistota, které pramení z poruch krátkodobé paměti. Obtíže z fyzické oblasti jsou patrné především u občasné inkontinence moči. I přesto, že se klientka zvládne sama obléci, umýt i nasytit, vykonává tyto zmíněné činnosti za pacientku personál.

## Návrhy a doporučení

Vzhledem k nejistotě a strachu z veřejného neúspěchu je žádoucí volit spíše individuální formu terapií, tedy pouze ve společnosti terapeuta. Obtíže s únikem moči je namísto užívání inkontinenčních vložek a plen vhodnější řešit pravidelným nácvikem mikce a dodržením režimových opatření (vyvarovat se podávání tekutin před spaním, omezit nápoje s vyšším obsahem cukru a kofeinu). Diskutabilní otázkou je i fakt „nadměrné“ pomoci při oblékání a hygieně. Spíše než klientku oblékat, je žádoucí připravit, nebo označit části oděvů, tak aby se klientka mohla oblékat sama.

### **12. 3. 3 Kazuistika č. 3**

*Pohlaví:* ♂

*Ročník:* \*1933

*Lékařská Diagnóza:*

- G30 - Alzheimerova nemoc
- F00 - Demence u Alzheimer. choroby (smíšený typ)

*Vedlejší diagnózy:*

- Delirium s poruchou chování v rámci ACH
- Symptom epilepsie s komplexem parciálních záchvatů
- Emoční labilita, depresivní stavy

- Poruchy chování s projevy agrese
- Chronická ICHS
- Esenciální hypertenze

*Vznik a datum onemocnění a příjmové informace::*

- U klienta se po roce 1990 začala projevovat deprese, úzkost a labilita. Důvodem byly především pracovní problémy a rozvod.
- Byl několikrát léčen v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Později pro své stále častější agresivní chování byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně ve Lnářích.
- V roce 2009 byla diagnostikována lehká demence jako součást ACH.
- Pobyt doma již nebyl možný, pro jeho časté poruchy chování, proto byl klient na žádost rodiny přijat do Alzheimer centra v únoru roku 2010.

*Nynější onemocnění:*

- Klient pobývá v sanatoriu.
- Trpí demencí.
- Často se u něj projevuje deprese, emoční labilita a agresivita.

Anamnéza:

*Osobní anamnéza:*

- Bez závažných dětských onemocnění
- Operace: V roce 1992 dilacerace palce PHK (po úraze v domácí dílně)
- Dříve kuřák, alkohol příležitostně (sklenka piva)
- Alergie – penicilin.

*Rodinná anamnéza:*

- Rozvedený, 2 synové
- Matka zemřela v 82 letech (rakovina prsu)

*Pracovní anamnéza:*

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve ředitelem zemědělského družstva

*Sociální anamnéza:*

- Klient žil sám v rodinném domku na vesnici
- Od roku 2010 klientem bezbariérového DZR
- Často jej navštěvují jeho děti, s bývalou manželkou se nestýká

*Lateralita:*

- Vpravo

## ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Klient po obeznámení s průběhem testování souhlasil se spoluprací. Hodnocení provedla: Markéta Texlerová. Dne: 19. listopadu 2013.

### **Zhodnocení soběstačnosti testem - FIM**

- *Sebesycení* - Klientovi nedělá problém sebesycení, obědvá a večeří ve společenské místnosti. Zvládá obědovat příborem, nepotřebuje pomoci.
- *Osobní hygiena* - Nečinní problém, klient si sám zvládne vyčistit zuby, umýt obličej. Z bezpečnostních důvodů jej holí zdravotnický personál.
- *Koupání* – S touto činností pomáhá klientovi ošetřovatelský personál (je potřeba mírný dohled – spíše preventivní) klient si zvládne nanést sprchový gel na mycí houbu a omýt se, zvládne si i umýt vlasy. Sprchuje se ve sprchovém koutě v sedě, využívá speciální židle do sprchy.
- *Oblékání horní poloviny těla* - Klient se zvládne obléci. Vážne pouze zapínání knoflíků (dilacerace palce).
- *Oblékání dolní poloviny těla* - Taktéž oblékání dolní poloviny těla nečinní problém. Klient si zvládne obléci kalhoty, ponožky i obuv. Tuto činnost však za klienta vykonává běžně personál.
- *Kontinence moči* - Klient má potíže s mírným únikem moči (zbytnělá prostata) Užívá plenkové natahovací kalhotky (tedy nižší stupeň inkontinenční pomůcky).
- *Kontinence stolice* - Klient je plně kontinentní.
- *Přesun lůžko - židle* - Klient je soběstačný, zvládá se bez problémů přesunout z lůžka na židli.

- *Wc* - Klient užívá Wc, které je jako sociální zařízení součástí jeho pokoje, vše zvládne bez pomoci druhých, avšak pro problémy s občasnou inkontinencí užívá plenkové kalhotky.
- *Chůze* – Nečinný problém. Klient při chůzi nevrávorá, nepodlamují se mu nohy a chůzi zvládá bez použití KP.
- *Schody* - Taktéž nečinný problém. Klient je ubytován ve druhém patře sanatoria a chůzi do schodů využívá denně.
- *Vnímání* - Klient se neorientuje v čase, místě i prostoru.
- *Vyjadřování* – klientovi nečiní problém verbální komunikace a vyjadřování.
- *Sociální zabezpečení* - Problematikou je komunikace s klientem pro jeho občasně agresivní chování. Občas nekomunikuje vůbec, je uzavřený.
- *Řešení problémů* - Klient nezvládá řešit problémy. Potřebuje pomoc, jelikož se nedokáže rozhodnout. Před problémy utíká a odmítá jakoukoli neznámou situaci řešit.
- *Paměť* - Krátkodobá paměť omezena, časté zapominání.
- **Výsledek FIM testu » 98 bodů**

### **Zhodnocení soběstačnosti testem – Barthel Index**

- Viz. Test FIM
- Výsledek 90 bodů => lehká závislost

### **Resumé**

Jako u předchozích kazuistik z testování vyplývá, že klient je částečně soběstačný, avšak jej personál obléká, myje a napomáhá s osobní hygienou i přes fakt, že by tyto činnosti zvládl sám, byť s delším časovým intervalem.

### **Návrhy a doporučení**

Možným řešením by mohlo být dřívější probuzení klienta, tak aby měl více času na oblékání a ranní hygienu a mohl včas dorazit na snídani do společenské místnosti. Vhodnou pomůckou by pak mohl být zapínač knoflíků, pro usnadnění zapínání košile, nebo zcela změnit šatník a oblékat spíše svetry a volnější oblečení.

### 12. 3. 4 Kazuistika č. 4

*Pohlaví:* ♂

*Ročník:* \* 1940

*Lékařská Diagnóza:*

- G30. 9 - Alzheimerova nemoc

*Vedlejší diagnózy:*

- F03 neurčená demence
- F09 neurčená organická, nebo symptomatická duševní porucha
- Esenciální hypertenze
- Chronická ischemická choroba srdeční
- Komorová tachykardie
- Hyperlipidémie

*Vznik a datum onemocnění a příjmové informace::*

- Klient dříve pobýval ve společné domácnosti s manželkou. Pro stále častější obtíže s krátkodobou pamětí a dezorientací byl na přání rodiny umístěn v domově pro seniory.
- Od roku 2009 je ubytován v zařízení Alzheimer centrum Loucký mlýn.

*Nynější onemocnění:*

- Klient pobývá v prvním patře Alzheimer centra. V zařízení je spokojen.
- Trpí demencí a poruchou orientace v čase a místě.

*Anamnéza:*

*Osobní anamnéza:*

- Běžné dětské onemocnění.
- Bez alergií.

*Rodinná anamnéza:*

- Ženatý. Manželka zdráva.
- 2 synové (zdraví)

*Pracovní anamnéza:*

- Dnes ve starobním důchodu
- Dříve voják z povolání

*Sociální anamnéza:*

- Klient žil s manželkou v malém bytě v panelovém domě.
- Od roku 2009 je klientem bezbariérového centra.

*Lateralita:*

- Vlevo (v mládí přeúčen ke psaní pravou rukou)

*Kompenzační pomůcky:*

- Brýle na čtení
- Zubní protéza

## ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Klient souhlasil s průběhem i účelem testování. Aktivně spolupracoval.  
Hodnocení provedla: Markéta Texlerová. Dne: 19. listopadu 2013

### **Zhodnocení soběstačnosti testem - FIM**

- *Oblast sebesycení:* Klient se zvládá samostatně nasytit i napít. Zvládá přijímat stravu příborem, zná kulturu stolování, jež dodržuje. Pomoc zapotřebí v oblasti podání stravy a pobídnutí ke stravování.
- *Oblast osobní hygieny a koupání:* Klient si zvládne sám umýt obličej a ruce, zvládá se samostatně učesat. V oblasti koupání je zapotřebí dohled zdravotnického personálu. Spíše z preventivních důvodů, jako prevence před případným pádem.
- *Oblast oblékání horní a dolní poloviny těla* - Klient se sám zvládne obléci. Tato oblast nečiní potíže. Pouhý delší časový interval a potřeba slovní dopomoci.
- *Oblast kontinence moči a stolice* - Klient nemá problém s inkontinencí moči, ani stolice. Neužívá žádné pomůcky pro inkontinentní.
- *Oblast mobility* - Klient je plně mobilní, neužívá žádné kompenzační pomůcky pro přesuny. Pro přesun do vany, či sprchy je pouze zapotřebí z preventivních důvodů dohled personálu.

- *Oblast lokomoce* - Klient zvládá chůzi po rovině i do schodů. Výtahu neužívá, ubytován v prvním patře DZR, chůzi po schodech zvládá bez dohledu.
- *Oblast komunikace* - Klient plně vnímá a komunikuje s okolím. Tato oblast nečiní potíže.
- *Oblast sociální adaptability* - Schopen řešení problémů. Problém v oblasti kognitivních funkcí, především orientace.
- **Výsledek FIM testu 110 bodů**

#### **Zhodnocení soběstačnosti testem - Barthel index**

- Viz. test FIM
- Výsledek 90 bodů => lehká závislost.

#### **Resumé**

Z výsledného šetření vyplývá následující. Klient je schopen se samostatně obléci, avšak s delším intervalem a často v nesprávném pořadí. (např. košili si obléká na svetr apod.) Oblast hygieny nečiní obtíže, avšak většinu činností vykonává za klienta personál. Jako u předchozích kazuistických šetření vykonává činnosti personál a to především kvůli nedostatku času.

#### **Návrhy a doporučení**

Vhodným opatřením je též (jako u kazuistiky č. 3) možnost dřívějšího probuzení klienta, tak aby měl na ranní hygienu a oblékání více času. Žádoucím je též vhodně označit a připravit části oděvů tak, aby se klient mohl ráno obléci samostatně.

### **12.4 Rozhovor s pracovníky přímé péče**

Pro lepší zjištění výsledků a zpracování 3. hypotézy jsem se rozhodla pro metodu polostrukturovaného rozhovoru (interview) s vybranými pracovníky přímé péče. Tento typ šetření je též nazýván jako střední cesta ke kvalitativnímu zjišťování. Rozhovor má předem danou osnovu, ale nabízí i volný prostor pro získávání informací. (Hendl, 2008) Navíc při přátelském rozhovoru je vyšší předpoklad pro zjištění očekávaných výsledků.



Dle Gavory lze citovat: „*Interview je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. U interview můžeme sledovat i některé vnější reakce respondenta a podle nich potom pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek.*“<sup>26</sup> Polostrukturované rozhovory byly provedeny s 8 pracovníky přímé péče (4 ženy a 4 muži) v zařízení Alzheimer centrum Loucký mlýn a v zařízení Prácheňské sanatorium o.p.s. Písek. Interview bylo předem domluvené, schválené a realizované v měsících září – říjen 2013. Jednotlivé rozhovory trvaly zhruba 20 – 30 minut. Veškeré níže uvedené citace jsou psány doslovně (tedy i slangově), opsané přesně dle záznamu z diktafonu.

Ačkoli je osoba s demencí nejčastěji přijata do DZR pro zhoršení kognitivních funkcí a snížení schopnosti samostatně fungovat, tak v prvním stadiu demence lze podle odborníků tento stav pozastavit a s patřičnou péčí a tréninkem lze alespoň po krátkou dobu udržet stávající kognitivní i tělesné schopnosti. Dle Mudr. Holmerové: „*Tito lidé jsou však ještě relativně soběstační a mohou žít samostatně za předpokladu určitého pravidelného dohledu a dopomoci.*“<sup>27</sup> Z rozhovorů s pracovníky jsem vyvodila fakt, že i když má každý pracovník v přímé péči (tedy zdravotníci a pracovníci v sociálních službách) na starost 2 – 3 klienty, tak se nestará pouze o ně. V obou zařízeních pracují zdravotníci a pracovníci v sociálních službách na tzv. dlouhý a krátký týden a jejich denní směna skýtá dvanáctihodinové pracovní nasazení. S každou novou směnou se určí trojice až čtveřice zaměstnanců a přidělí se jim jednotlivý úsek, jež skýtá 15 – 20 klientů s různými typy a formami demencí. Dle slov pracovnice v sociálních službách z Louckého mlýna: „*Pokaždé, když jdu do práce, tak nevím o koho se budu ten den starat. Jsou tu rozdělený čtyři úseky, podle pater ve kterých jsou klienti, a někdy jsem na přízemí, někdy na dvojce – je to různý. Na otázku „ Proč klientu X (z kazuistiky č. 1) obléká, i když dle kazuistiky by to zvládla se slovní pomocí a uspořádáním jednotlivých částí oděvu s delším intervalem sama“ mi bylo řečeno: „To je těžký, jsem třeba zvyklá být na dvojce. Zná tam ty babičky a dědy, vím, že jsou šikovní. Sami by se oblíkli a umyli – jen jim to dlouho trvá. Ale na druhém patře je míň klientů, tak jsem tam většinou sama (bez kolegyně) a ranní oblíkání a hygienu prostě nestíhám. Musím je sama oblíct a umýt, aby včas byli na snídani v jídelně.*“ Podobný názor má i pracovnice

---

<sup>26</sup> GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. přepracované vyd. Brno: Paido, 2010, s.136

<sup>27</sup> HOLMEROVÁ, I. *Alzheimerova choroba v rodině*. 2. přepracované vyd. Praha: Pfizer s.r.o., 2008, s.

v zařízení Prácheňské sanatorium v Písku: „*I když vím, že by to klientka zvládla sama, tak prostě ráno není čas. Jí samotné by to trvalo hrozně dlouho. Ona potřebuje být v 8 ráno na snídani a Já musím krom ní oblíknout všechny lidi, co mám ten den na starost.*“ Na další otázku, formulovanou: „*Myslíte, že je tedy potřeba více pracovníků, abyste měl(a) více času na klienty a nedělal(a) danou činnost za ně,*“ se pracovníci jednoznačně shodli, že ano. Dle slov pracovníka z Louckého mlýna citují: „*Určitě by to nebylo na škodu, když jsem třeba jen s kolegyní na přízemí, kde jsou ležící, tak máme fojfr. Nebo když je některá kolegyně na druhém patře sama, tak má co dělat, aby všechny stihla oblíct, doprovodit do jídelny v přízemí a ještě uklidit pokoje.*“

K zamyšlení určitě patří fakt, že ergoterapeutky, jež by měly mít primárně na starosti rozvíjení, či udržení stávajících schopností klientů se v obou zařízeních nezúčastňují ranní péče. Tento fakt byl vyvozen na základě otázky určené pracovníkům v sociálních službách a zdravotníkům. „*Pomáhají Vám s ranní péčí ergoterapeutky?*“ Dle slov zdravotnické asistentky v Prácheňském sanatoriu: „*Kdepak, holky ergo jsou ráno na jídelně a připravují se na dopolední program. Jasně, že by nám to pomohlo, ale prostě to nedělaj.*“ Stejného názoru jsou i pracovníci z Louckého mlýna. „*Ráno chodíme jen my (pracovníci v sociálních službách) a sestry. Ergošky hlídaj na jídelně, kuchyňce a společenský místnosti klienty když jí, hodně jich krmí a připravují si vše potřebné na aktivity. A jedna ergoterapeutka dělá bazálku. Vykoupe pár lidí, tím nám drobet pomůže, že je nemusíme koupat a máme o trochu víc času.*“ Zarážející je tvrzení, že ergoterapeutky „*krmí*“ téměř všechny klienty. Proto byla určena otázka i směrem k ergoterapeutkám. „*Proč krmíte klienty, kteří by tuto činnost zvládli sami?*“ Následné odpovědi jsou kupříkladu tyto: „*Tak některý klienti se u snídani, nebo obědů zašpiní, tak je radši krmím, i když by to zvládli sami, tak by je sestry musely pořádkem převlíkat a umejvat.*“, dále pak: „*Odpoledne není čas, všichni musí být do jedny odpoledne najedený, protože někoho po obědě dávaj odpočívat na pokoj, nebo pak chodí na skupinovou terapii. Vim, že bysme měly trénovat sebesycení, ale to člověk nestihne.*“

Rizikem tohoto usnadňování, či vykonávání ADL činností za klienty samotné, by pak mohl být následující fakt, dle slov zaměstnance z Louckého mlýna: „*Taky už se tady stalo, že jsme potřebovali, aby se pán najedl rychlejc. Tak jsem ho nakrmil. Ale on si na to potom zvyknul a od té doby to neustále vyžaduje, a i když to zvládne, tak to prostě nedělá a chce to po nás. Nakrmit ho teda musíme, přece ho nenecháme hladý.*“

### 13. SHRnutí VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

*Z dotazníkového šetření, kdy návratnost činila 45 ze 100 rozeslaných, vyplývá následující:*

- V zařízení Alzheimer centrum a Prácheňské sanatorium o.p.s. pracují ve větší míře ženy a především na pozici pracovníků v sociálních službách.
- Pracovníci přímé péče mají dostatečnou praxi. Především působí v zařízení v rozmezí 6 – 10 let. Většina pracovníků však nezná přesný počet klientů a klientek v zařízení.
- Valná většina pracovníků v přímé péči jsou současně i „klíčovými pracovníky“ a v průměru mají na starost spolupráci se 2 klienty.
- Nabídka aktivizačních činností je v obou výše zmíněných zařízeních velmi pestrá. Chybí však velmi potřebný nácvik ADL (všedních denních činností). Valná většina pracovníků v přímé péči (87%) jsou přesvědčeni, že nabídka aktivizačních činností je pro klienty a klientky dostačující.
- Do aktivizačních činností (jejichž nejčastější podobou je skupinová terapie) se více zapojují klientky.
- Dle subjektivního názoru pracovníků je nejvíce oblíbenou činností u klientek muzikoterapie, nejméně oblíbenou pak biblioterapie.
- I u mužů je dle názoru pracovníků nejvíce oblíbenou činností muzikoterapie. Nejméně populární aktivitou je pak nácvik pracovních činností.

*Z rozhovorů s klienty vyplývá následující:*

- Klienti a klientky jsou obecně v DZR spokojeni.
- Klientky (ženy) mají vyšší nároky na škálu a intenzitu aktivizačních činností (rády by nabídku rozšířily, či obměnily stále se opakující typy činností, jakými je muzikoterapie, nebo reminiscenční terapie.)
- Klienti (muži) se pravidelné aktivní terapie účastní minimálně (spíše pasivně přihlížejí, naopak rádi se zapojují do občasných akcí typu – výlety, rybaření...)
- Klienti i klientky by uvítali častější akce typů výlety, návštěvy divadel, či kavárny.

*Z výsledného kazuistického šetření vyplývá, že:*

- Klienti jsou schopni se samostatně obléci. Je zapotřebí pouze slovní pomoc, uspořádání oblečení dle pořadí a možnost delšího časového intervalu pro oblékání.
- I přes tento fakt obléká výše zmínění klienty a klientky zdravotnický a ošetřující personál.
- Ranní a celková hygiena též nečinná obtíže. Při sprchování je zapotřebí pouze zvýšený dohled jako prevence před případným pádem a následným možným zraněním.
- Dle kazuistického šetření však vyplývá fakt, že s ranní hygienou opět přílišně vypomáhá zdravotnický personál. Při sprchování pak klienty personál i myje, přičemž by postačila pouhá slovní instruktáž, nebo pomoc při nanášení sprchového gelu na žínku, podání ručníku atd.
- Problematika inkontinence je řešena užitím jednorázových vložek, či plen. Otázkou pak zůstává, zda by u klientů a klientek v prvotním stadiu demence více nepomohl individuální nácvik mikce a užití režimových opatření (čitelně označené toalety, omezení sladkých a kofeinových nápojů...atd.)

*Z výsledného polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky jsou zřejmá následující fakta:*

- Pracovníci v sociálních službách a zdravotnický personál vykonává běžné denní činnosti (oblékání, sebesycení, hygiena) za klienty, aby předešli časovému skluzu v denním režimu klientů.
- Ergoterapeutky v obou zmiňovaných zařízeních neprovádějí nácvik ADL.
- Též pro údajný nedostatek času nenacvičují nácvik sebesycení, ale vykonávají tuto činnost za klienty.

## 14. DISKUZE

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, jak náročná a specifická práce s klienty s Alzheimerovou demencí je. Po dobu čtyř let jsem pracovala jako brigádník v zařízení Alzheimer centrum Loucký mlýn. Měla jsem tudíž možnost vyzkoušet si spolupráci s klienty a klientkami z pozice pracovníka v sociálních službách, později jako zdravotník a též jako ergoterapeutka. Díky této zkušenosti jsem získala mnoho potřebných poznatků o tom, jaká úskalí tato choroba přináší, jak správně o takto nemocné seniory pečovat a podporovat jejich soběstačnost a v neposlední řadě též, jak důležité je zaměstnat klienty a klientky během dne. Vhodným způsobem je především užití některých forem aktivizačních činností, které slouží nejen jako vhodné odreagování a vyplnění volného času, ale zajišťují podporu stávajících fyzických i kognitivních funkcí a také podporují dobrý psychický stav nemocných. V obou zkoumaných zařízeních je zastoupena široká škála aktivizačních programů. V rámci empirické části diplomové práce jsem stanovila tři hypotézy. První a druhá hypotéza se týkala efektu aktivizačních činností.

**Znění hypotézy č. 1:** *Pracovníci přímé péče v domově se zvláštním režimem považují úroveň poskytované péče a nabídku aktivizačních činností za lepší, než za jakou ji považují sami klienti.*

Dle výsledků dotazníkového šetření a z pořádaného rozhovoru s pracovníky přímé péče lze potvrdit znění stanovené hypotézy. Pracovníci uvádějí široké množství aktivizačních technik, jež se dají v Alzheimer centru a Prácheňském sanatoriu využít. Na položenou otázku z dotazníkového šetření „*Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientů (mužů) nejoblíbenější?*“ odpovědělo celkem 45 pracovníků. Subjektivní názor v obou zařízeních se shoduje na muzikoterapii a využití prvků bazální stimulace. Pohled samotných klientů je však odlišný. Aktivizačních technik se příliš neúčastní – spíše pasivně přihlížejí. O muzikoterapii a využití prvků bazální stimulace dle rozhovoru přílišný zájem nejeví, spíše upřednostňují plánované akce typu rybaření, výletů do muzea, kina, či procházky přírodou. Veškerých skupinových aktivit se zúčastňují spíše pasivně. Dle odborné literatury však nelze

seniory do činností nutit. „Do jednotlivých aktivit nemůžeme klienty nutit, pokud to sami nechtějí. Dobré ale je, když setrvávají s ostatními pokud možno co nejvíce ve společném prostoru a dění alespoň sledují.“<sup>28</sup> Klientky (ženy) se do terapeutických aktivit zapojují ve větší míře (na čemž se dle výsledků otázky č. 13 pracovníci shodli). Na otázku z dotazníkového šetření: „Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientek (žen) nejoblíbenější?“ pracovníci opět uváděli muzikoterapii (36%) a bazální stimulaci (33%). Ovšem též jako klienti mužského pohlaví by uvítaly obměnu užívaných aktivit. Dle rozhovoru vyplývá, že skupinové terapie jsou zúženy především na prvky muzikoterapie a trénink kognitivních funkcí. Hypotézu č. 1 lze tedy považovat za naplněnou.

**Znění hypotézy č. 2:** *Klientky ženského pohlaví požadují po pracovnících přímé péče vyšší úroveň a nabídku aktivizačních činností, než klienti mužského pohlaví.*

Jak již bylo výše zmíněno, do aktivizačních činností se aktivně zapojují především ženy. Na rozdíl od mužů jsou ženy více společenské, rády komunikují s okolím a chtějí smysluplně využít volného času. Dle provedených rozhovorů ovšem lze potvrdit, že klientky požadují po terapeutech větší výběr, či obměnu aktivizačních činností. Podle shodných názorů klientek se i přes širokou škálu nabízených činností omezují především na muzikoterapii, trénink kognitivních funkcí a biblioterapii. Postrádají tak tedy častější nácvik pracovních denních činností (vaření, pečení) a též využití arteterapie a kreativních technik, nebo výlety a návštěvy kulturních zařízení. Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Pro potvrzení či vyvrácení třetí stanovené hypotézy bylo využito polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky přímé péče obou zařízení a zároveň nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, provedení vstupního ergoterapeutického vyšetření ke zhodnocení úrovně soběstačnosti a následné zpracování kazuistik.

---

<sup>28</sup> Jiráková R. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 93s.

**Znění hypotézy č. 3:** *Pracovníci přímé péče v domovech se zvláštním režimem příliš napomáhají při vykonávání běžných denních činností klientům, kteří by tyto činnosti zvládli sami.*

V obou výše zmíněných zařízeních se dle rozhovoru s pracovníky (i dle dotazníkové otázky č. 8) neprovádí nácvik ADL – nácvik běžných denních činností. Podpora a nácvik soběstačnosti je přitom jeden z nejdůležitějších postupů péče o osoby s demencí. Je nezbytné snažit se o podporu, či alespoň udržení stávajících funkcí po co nejdelší dobu. Dle slov Mudr. Holmerové: „*Důležitou zásadou v péči o pacienta postiženého demencí je vedení k soběstačnosti. Všichni pečující by měli být dostatečně kvalifikovaní a trpěliví, aby postupnými kroky, návody a dopomocí vedli pacienty k tomu, aby sami vykonávali jednotlivé sebeobslužné činnosti. Jenom tímto přístupem se zachová soběstačnosti pacientů co nejdéle.*“<sup>29</sup> Z rozhovoru se zaměstnanci lze usoudit, že pro nedostatek času vykonávají většinu činností za klienty. V obou zařízeních je striktně určený denní režim. Pracovníci přímé péče pak tedy mají pouze hodinu na to, aby vzbudili klienty, oblékli je a doprovodili do společenské místnosti na snídani. Oba domovy jsou rozděleny na čtyři úseky dle stupně onemocnění a úrovně soběstačnosti klientů. Denní počet pracovníků přímé péče je obvykle 5 terapeutů, 4 zdravotničtí pracovníci a 4 pracovníci v sociálních službách. Z toho vyplývá počet dvou pracovníků na jednotlivý úsek, který skýtá v průměru 12 až 20 klientů/ klientek. Už jen z výše zmíněného lze dovodit, že potřebný nácvik ranní hygieny a oblékání nemohou pracovníci přímé péče z časových důvodů stihnout. Otázkou však zůstává, proč se terapeuté nezúčastňují ranního nácviku ADL. Ve výše uvedeném rozhovoru pracovníci v sociálních službách a zdravotníci uvedli, že terapeutky se nezúčastňují ranní hygieny a nácviku oblékání, ale setrvávají ve společenské místnosti, kde se připravují na společný ergoterapeutický program a jednotlivé aktivizační činnosti. Přitom nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech by měl být pro ergoterapeuty prvotním cílem.

**Zhodnocení kazuistického šetření** – pro zjištění úrovně soběstačnosti byla využita spolupráce se 4 vybranými klienty (2 ženy a 2 muži) s prvním stupněm Alzheimerovy choroby. Bylo mi umožněno nahlédnout do zdravotnické dokumentace a

---

<sup>29</sup> HOLMEROVÁ, I., et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd., Praha: Gerontologické centrum. 2007. 71 s.

zhodnotit úroveň soběstačnosti a kognitivních funkcí prostřednictvím testu FIM a Barthel indexu.

**Kazuistika I.** – klientka žijící v Prácheňském sanatoriu od roku 2010, trpící Alzheimerovou demencí I. stupně. **Problémové oblasti:** Dle testu FIM činní klientce obtíže oblékání horní a dolní poloviny těla, které jsou způsobeny kognitivním deficitem. Nezná správnou posloupnost oblékání. Dále má obtíže s občasou inkontinencí moči. Během dne užívá inkontinenční vložky, během noci pak plenkové kalhotky. V kognitivní oblasti jsou patrné obtíže v anterográdní paměti a orientaci v čase a místě. **Navrhovaná opatření:** Klientce nečinní obtíže lokomoce a jemná motorika, rozsah hybnosti a svalová síla končetin je dostačující. Zvládla by se tedy samostatně obléci. Žádoucí je však využít některých režimových opatření. Například připravit oblečení v pořadí, v jakém se klientka bude oblékat, vytvořit např. kreslené schéma a umístit jej na viditelné místo v pokoji. V neposlední řadě pak využívat spíše volný oděv bez složitého zapínání (knoflíků, zipů). Obtíže s občasou inkontinencí je vhodné regulovat pravidelným nácvikem mikce a též užitím režimových opatření. Dle odborné literatury lze uvést následující: „*Zajistěte snadnou identifikovatelnost a dostupnost toalety jak ve dne, tak i v noci. Pokud se v noci projevuje inkontinence moči, omezte nemocnému několik hodin před ulehnutím příjem tekutin.*“<sup>30</sup> V neposlední řadě je zmíněn též kognitivní deficit. Výrazného zlepšení vzhledem ke klientčině diagnóze očekávat nelze. Je proto žádoucí snažit se alespoň udržet stávající schopnosti. Lze tedy využít pravidelného nácviku kognitivních funkcí v rámci ergoterapeutického programu. **Způsob řešení problémových oblastí v DZR:** Z důvodu nedostatku času je ranní oblékání řízeno pracovníky. Klientku obléknou a poté doprovodí do společenské místnosti. Obtíže s inkontinencí jsou též z časových důvodů řešeny užitím jednorázových pomůcek. U klientky se tak pouze nacvičuje jediná problematická oblast – kognitivní deficit, kdy se pravidelně účastní aktivizačních činností.

**Kazuistika č. II** – klientka, pobývajících od roku 2010 v Prácheňském sanatoriu, trpící též Alzheimerovou demencí I. stupně. **Problémové oblasti:** Porucha anterográdní paměti a z toho plynoucí obtíže v komunikaci a sociální adaptabilitě. Klientka má obtíže se zapamatováním a reprodukcí myšlenek krátkodobé paměti. Má tedy při aktivizačních programech strach z veřejného projevu a obavy před zesměšněním. V oblasti výkonu

---

<sup>30</sup> HOLMEROVÁ, I. *Alzheimerova choroba v rodině*, 2. opravené vyd. Praha: Pfizer, 2008. 35 s.



běžných denních činností není problém. **Navrhovaná opatření:** Více než snaha o zapojení do kolektivu je vhodnější volbou forma individuálního nácviku kognitivních funkcí. Klientka se může zapojit do skupiny například v jiných aktivizačních činnostech, při kterých nedochází k nácviku krátkodobé paměti (muzikoterapie, canisterapie, nácvik pracovních činností.) **Způsob řešení problémových oblastí v DZR:** Mnou navrhovaná opatření se shodují se způsobem využívaným v zařízení. Klientka spolupracuje v rámci individuálních cvičení s terapeutkou. Stejně jako u kazuistiky č. I. je však ranní hygiena a oblékání prováděno pracovníky.

**Kazuistika č. III.** – Klient, žijící v Alzheimer centru od roku 2010, trpící Alzheimerovou demencí I. stupně, depresivním syndromem a s častými projevy agrese. **Problémové oblasti:** Klient je i přes své onemocnění zcela soběstačný. Drobné obtíže pouze v oblasti oblékání. Klientovi činní po úrazu palce obtíže zapínání knoflíků a zipů. Další problematickou oblastí je občasná mírná inkontinence moči. **Navrhovaná opatření:** Jak již bylo výše zmíněno, je vhodné užívat volnějšího oděvu bez složitého zapínání, nebo využít kompenzační pomůcky (zapínač knoflíků). Obtíže s inkontinencí je vhodné korigovat nácvikem mikce a režimovým opatřením. **Způsob řešení problémových oblastí v DZR:** Viz. kazuistika č. I. (rozevst)

**Kazuistika č. IV.** – Klient, pobývajícím od roku 2009 v Alzheimer centru trpí taktéž Alzheimerovou demencí I. stupně. **Problémové oblasti:** Plně soběstačný. Obtíže pouze v posloupnosti oblékání. Způsobeno kognitivním deficitem. **Navrhovaná opatření:** Dřívější probuzení klienta a příprava oblečení podle pořadí oblékání. Možno využít grafických piktogramů, či dohlédnout na klienta a slovně instruovat. Dle odborné literatury: „*Člověk s demencí se možná nedokáže oblékat s takovou rutinou jako dřív, ale dokáže na sebe navléct jednotlivé část oblečení bez pomoci. Můžeme mu výrazně pomoci a osvěžit jeho paměť, když například necháme předem jeho oblečení rozložené ve správném pořadí a když mu budeme klidně udílet nezbytné rady.*“<sup>31</sup> **Způsob řešení problémových oblastí v DZR:** Klienta obléká personál. Vykonává též ranní hygienu (tedy klientovi umyjí obličej, oholí mu tvář elektrickým strojčkem – byť by tyto činnosti zvládl sám) a klienta sprchuje. Opět kvůli nedostatku času.

Mnoho českých i zahraničních autorů zabývajících se tematikou Alzheimerovy demence se shoduje nad důležitostí tréninku soběstačnosti, pro co nejdéle udržení

---

<sup>31</sup> BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 104.

stávajícího fyzického stavu a s tím souvisejícím udržením kvalitního života i přes dané onemocnění. Lze kupříkladu citovat slova Patricie R. Callone jež v publikaci *Alzheimer's disease* zmiňuje : „*V ranném stádiu je lepší vyhnout se tomu, abychom vykonávali za nemocného věci, které je schopen si udělat sám. V maximální míře podporujte jeho soběstačnost.*“<sup>32</sup> Z výše uvedeného kazuistického šetření, rozhovoru s pracovníky a dle vlastních poznatků odpovídajících odborné literatuře, mohu potvrdit naplnění třetí stanovené hypotézy.

---

<sup>32</sup> CALLONE, R.P., *Alzheimer's disease, 300 Tips for making Life Easier*, 1.vyd. Demos Medical Publishing, 2006, s. 44.

## ZÁVĚR

Vyspělost každé společnosti se podle okřídleného a dodnes platného úsloví pozná podle toho, jak se dokáže postarat o své seniory. Péče o nejstarší členy lidské pospolitosti prošla v uplynulých staletích, a zejména pak v posledních padesáti letech výraznými změnami. Zatímco ještě na počátku minulého století bylo běžné, že senioři trávili konec svého života v rodinném prostředí, obklopeni svými blízkými, kteří jim tak vraceli péči, které se jim dostalo v dětství, po 2. světové válce jsou lidé na sklonku svého života stále častěji umísťováni do domovů důchodců, jimž však zprvu chyběl proškolený personál i aktivizační činnosti. S rozvojem demokratické společnosti založené na humanismu a solidaritě, která se dotýká zejména sociální sféry, se péči o seniory věnuje stále větší pozornost. Kvalitní a důstojné prožití stáří se tak postupně stalo heslem téměř každého Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem. Jednou ze základních povinností těchto zařízení je plnění standardů kvality sociálních služeb a pečlivé individuální plánování klíčových pracovníků, tak aby byla přání a cíle klientů plněna k jejich spokojenosti.

Přestože známé domácí prostředí napomáhá u seniorů k navození pocitu klidu a bezpečí, není vždy možné, aby tito lidé trávili konec svého života právě zde. Pokud je péče o rodinného příslušníka s demencí neúnosná, nebo zcela nemožná a pokud je ohroženo jeho zdraví a bezpečí, bývá často jediným rozumným východiskem umístění dané osoby do specializovaného zařízení. Pro klienty s Alzheimerovou chorobou jsou jím Domovy se zvláštním režimem, které jsou typické specifickostí péče o takto stížené osoby - od profesně vyškoleného personálu, přes spolupráci s odbornými lékaři, až po režimová opatření a bezbariérový interiér i okolí domovů. Přejít z domácího prostředí do Domova se zvláštním režimem je i díky kognitivnímu deficitu pro klienta a okolí náročný. Takto nemocná osoba je často dezorientována a hůře si na nové, neznámé prostředí zvyká. Pro ideální aklimatizaci nemocných je proto žádoucí již při přijetí do ústavní péče odebrání biografické anamnézy. Tedy zjistit, co daná osoba ráda jí, jak ji správně oslovovat a komunikovat s ní, jakou formu iniciálního doteku zvolit a podobně.

Díky nepřebornému množství aktivizačních činností, které dnes Domovy se zvláštním režimem nabízejí, lze u osob trpících Alzheimerovou chorobou podporovat stávající fyzické i kognitivní funkce a udržovat jejich dobrou psychickou pohodu.

Důležité však je, aby množství nabízených aktivit nepřevyšovalo jejich úroveň, čili aby kvantita nepřevýšila kvalitu. V obou zkoumaných zařízeních je možnost výběru ze široké škály aktivizačních programů, ovšem ponejvíce se využívá úzký okruh složený z muzikoterapie, biblioterapie, tréninku kognitivních funkcí a reminiscence. Všechny jmenované aktivity jsou bezpochyby důležité pro posílení kognitivních funkcí, avšak neustálé opakování může klienty brzy unavit, či otrávit. Jednou z nejdůležitějších aktivizačních činností je bezpochyby nácvik běžných denních činností k podpoře soběstačnosti, jež však v obou zmiňovaných zařízeních prakticky chybí. Otázkou zůstává, zda je to nedostatkem času, omezeným počtem personálu, či chybějící spoluprací terapeutů. Do budoucna by však bylo vhodné tento nedostatek odstranit, čímž by došlo k dalšímu výraznému zkvalitnění péče o osoby trpící Alzheimerovou nemocí, která je jinak na velmi vysoké úrovni.

Jsem si vědoma faktu, že pro výzkumné šetření byl použit relativně malý výzkumný vzorek. Vzhledem k cílům této práce i její specifičnosti ho lze ale považovat za zcela dostačující, neboť vedl k načerpání potřebných informací a jejich následnému praktickému zhodnocení. Závěrem chci poznamenat, že se mi podařilo splnit veškeré cíle a požadavky práce.

## SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím*. 1. vyd., Praha: Galén, 2001, 20 s. ISBN 80 – 86257 – 33 – 9
- BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 464 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1915 – 3
- BICKOVÁ, L., a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1.vyd., Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České Republiky, 2011, 272 s., ISBN 978 – 80 – 904668 – 1 – 4
- BORZOVÁ, C., et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 144 s. ISBN 978 - 80 – 247 – 2978 – 7
- BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006, 136 s., ISBN 80 – 7367 – 081 - X
- DUŠKOVÁ, K., HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. 1. vyd. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2010, 24 s.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 4138 – 3
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4
- GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 167 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 879 – 1
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978 – 80 – 7315 – 185 – 0
- HARTL, P. , HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, 774 s. ISBN 80 – 7178 – 303 – X
- HAUKE, M. *Pečovateľská služba a individuální plánování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3849 – 9
- HERMAN, Jiří et al. *Základy managementu sociálních služeb*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 158 s., ISBN 978-80-7013-477-1
- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Slon, 2012, 239 s. ISBN 978 – 80 – 7419 – 106 – 0

- HOLMEROVÁ, I., et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HOLMEROVÁ, I., et al. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2008. 114 s. [online] volně dostupné na dostupné na: [http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova\\_nemoc\\_v\\_rodine.pdf](http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf)
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007, 143 s. ISBN 978 – 80 – 254 – 0179 – 8
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*, 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 4139 – 0
- INGROVÁ, Z. *Bazální stimulace*. Bakalářská práce, MU Brno, Pedagogická fakulta, katedra didaktických technologií, Brno, 2011.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2454-6
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1.vyd., Praha: Galén, 2006, 44 s., ISBN 80 – 7262 – 455 – 5
- KANTOR, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2846 – 9
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd., Praha: Grada publishing a.s., 2008, 208s., ISBN 978 – 80 – 247 – 2169 – 9
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 160 s., ISBN 978-80-247-2608-3
- KOLÁŘ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 9788072626571
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80 – 244 – 1552- 6
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 144 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3604 – 4
- KŘIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 368 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 2699 – 1

- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 112 s., ISBN 80-247-1491-4
- LÁTALOVÁ, K. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4454 – 4
- MALIA, K., BRANNAGAN, A. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*. 1. vyd., Praha: Cerebrum, 2010, 414 s., ISBN 978-80-904357-3-5
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd., Praha: Grada, 2010, 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1.vyd., Praha: MPSV, 2002, 24s., ISBN 80 - 86552-23-3
- MUMENTHALER, M., BASSETTI, C., DAETWYLER, CH. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 5. přepracované, rozšířené vydání, Praha: Grada, 2008, 376 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2298 – 6
- OREL, M., FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 256 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2617 – 5
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 352 s., ISBN 978-80-247-1135-5
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 192 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 1490 - 5
- PREISS, M., et al. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 368 s., ISBN 80 – 247 – 0843 - 4
- STANČÍKOVÁ, M., ŠABATOVÁ, J. *Canisterapie v teorii a praxi*. 1. vyd. Opava: Gregor, 2012, 103 s. ISBN 978 – 80 – 87731 – 00 – 0
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1.vyd., Praha: Galén, 2011, 108s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 711 – 0
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál s.r.o., 2004, 870 s., ISBN 80 – 7178 – 802 – 3
- VÁŠOVÁ, L., ČERNÁ, M. *Bibliopedagogika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 800424503X.
- WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978 – 40 – 247 – 4423 – 0

ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003, 226 s., ISBN 80-247-0183-9

## SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

ATCHINSON, J. B., et al. *Conditions in occupational Therapy*. 3. edition., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins , 2007, 385 s., ISBN 978 – 0 – 7817 – 5487 – 3

CALLONE, R. P., et al. *Alzheimer's Disease 300 Tips for Making Life Easier*. Demos medical publishing, 2006, 120 s. ISBN 978 – 1 – 932603 – 16 – 6

MALONE, L., K. et al., *Management guidelines for nurse practitioners working with older adults*. 2. edition., Philadelphia: F. A. Davis Copany, 2004, 465 s., ISBN 978-0-8036-1120-7

## SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

ALZHEIMERCENTRUM. *Náš měsíčník – Panenka nemusí být vždy jen hračka* [online]. Loucký mlýn, [cit. 1.9.2013]. Volně ke stažení na: <http://www.alzheimercentrum.cz/system/files/Mesicnik%20Loucky%20mlyn%2011-2010.pdf>.

CANISTERAPIE. *Význam pojmu canisterapie a jeho význam* [online]. Praha, [citováno 28.9.2013]. Volně dostupné na : <http://www.canisterapie.org/c-33-pojem-a-vyvoj.html>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. Praha, [citováno 22.8.2013]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.

WIKIPEDIE. *Dílčí metody biblioterapie* [online]. Praha, [cit. 23.8.2013]. Dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/Biblioterapie>.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**AAA** – *animal assisted activities*

**AAE** – *animal assisted education*

**AACR** – *animal assisted crisis response*

**AAT** – *animal assisted therapy*

**ADL** – *Activities of daily living (běžné denní činnosti)*

**Aj.** – *a jiné*

**Atd.** – *a tak dále*

**Č.** – *číslo*

**DZR** – *domov se zvláštním režimem*

**FIM** – *functional independence measure (funkční míra nezávislosti)*

**iADL** – *instrumental activities of daily living (instrumentální denní činnosti)*

**LM** – *Alzheimer centrum Loucký mlýn*

**LTV** – *léčebná tělesná výchova*

**Např.** – *například*

**o.p.s.** – *obecně prospěšná společnost*

**PS** – *Prácheňské sanatorium*

**Sb.** – *sbírka zákona*

**SPECT** – *jendofotonová emisní tomografie*

**Tzv.** – *takzvaně*

**UR** – *ucelená rehabilitace*

**WC** – *water closed (toaleta)*

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - <i>Kritéria standardu č. 5</i> .....	26
Tabulka č. 2 - <i>Přehled činností ADL a iADL</i> .....	38
Tabulka č. 3 - <i>Vyhodnocení otázky č. 1</i> .....	44
Tabulka č.4 - <i>Vyhodnocení otázky č. 2</i> .....	44
Tabulka č. 5 - <i>Vyhodnocení otázky č. 3</i> .....	45
Tabulka č. 6 - <i>Vyhodnocení otázky č. 4</i> .....	46
Tabulka č. 7 - <i>Vyhodnocení otázky č. 5</i> .....	47
Tabulka č. 8 - <i>Vyhodnocení otázky č. 6 (a)</i> .....	47
Tabulka č. 9 - <i>Vyhodnocení otázky č. 6 (b)</i> .....	48
Tabulka č. 10 - <i>Vyhodnocení otázky č. 7 (a)</i> .....	49
Tabulka č.11 - <i>Vyhodnocení otázky č. 7 (b)</i> .....	49
Tabulka č. 12 - <i>Vyhodnocení otázky č. 8</i> .....	50
Tabulka č. 13 - <i>Vyhodnocení otázky č. 9</i> .....	51
Tabulka č. 14 - <i>Vyhodnocení otázky č. 10</i> .....	51
Tabulka č. 15 - <i>Vyhodnocení otázky č. 11</i> .....	52
Tabulka č. 16 - <i>Vyhodnocení otázky č. 12</i> .....	53
Tabulka č. 17 - <i>Vyhodnocení otázky č. 13</i> .....	54
Tabulka č.18 - <i>Vyhodnocení otázky č. 14</i> .....	55
Tabulka č. 19 - <i>Vyhodnocení otázky č. 15</i> .....	55
Tabulka č. 20 - <i>Vyhodnocení otázky č. 16</i> .....	56
Tabulka č. 21 - <i>Vyhodnocení otázky č. 17</i> .....	57

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1 - <i>Návratnost dotazníků</i> .....	43
Graf č. 2 - <i>Odpovědi v poměru muži a ženy</i> .....	43
Graf č. 3 - <i>Odpovědi jednotlivých pracovníků</i> .....	43
Graf č. 4 - <i>Znázornění otázky č. 1</i> .....	44
Graf č. 5 - <i>Znázornění otázky č. 2</i> .....	45
Graf č. 6 - <i>Znázornění otázky č. 3</i> .....	45
Graf č. 7 - <i>Znázornění otázky č. 4</i> .....	46
Graf č. 8 - <i>Znázornění otázky č. 5</i> .....	47
Graf č. 9 - <i>Znázornění otázky č. 6 (a)</i> .....	48
Graf č.10 - <i>Znázornění otázky č. 6 (b)</i> .....	48
Graf. č.11 - <i>Znázornění otázky č. 7 (a)</i> .....	49
Graf č. 12 - <i>Znázornění otázky č. 7 (b)</i> .....	49
Graf č. 13 - <i>Znázornění otázky č.8</i> .....	51
Graf č.14 - <i>Znázornění otázky č. 9</i> .....	52
Graf č. 15 - <i>Znázornění otázky č. 10</i> .....	53
Graf č. 16 - <i>Znázornění otázky č. 11</i> .....	53
Graf č.17 - <i>Znázornění otázky č. 12</i> .....	54
Graf č. 18 - <i>Znázornění otázky č. 13</i> .....	55
Graf č. 19 - <i>Znázornění otázky č. 14</i> .....	56
Graf č. 20 - <i>Znázornění otázky č. 15</i> .....	56
Graf č. 21 - <i>Znázornění otázky č. 16</i> .....	57

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>PŘÍLOHA A</b> – Dotazník .....	I
<b>PŘÍLOHA B</b> – Fotografická dokumentace .....	V
<b>PŘÍLOHA C</b> – Biografická anamnéza .....	VIII
<b>PŘÍLOHA D</b> – Test FIM (funkční míra nezávislosti).....	IX
<b>PŘÍLOHA E</b> – Skupinový program Ergoterapie v LM.....	X

## **Příloha A - Dotazník**

Dobrý den. Jmenuji se Markéta Texlerová a studuji II. ročník Speciální pedagogiky na Univerzitě J. A. Komenského v Praze. Pro účel své diplomové práce s názvem „Kvalita života klientů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem očima pracovníků zařízení“ Vás chci požádat o spolupráci při vyplnění níže uvedeného dotazníku, jež bude sloužit ke zpracování empirické části mé práce. Dotazník je zcela anonymní a výsledné šetření bude sloužit výhradně pro účely diplomové práce.

### **Dotazníkové šetření** (zaškrtněte správnou odpověď)

1) Uveďte prosím pohlaví:

- Muž
- Žena

2) V zařízení jste zaměstnán/zaměstnána jako:

- Zdravotní sestra/ zdravotnický asistent
- Pracovník v sociálních službách (pečovatel/pečovatelka)
- Ergoterapeut /ergoterapeutka
- Fyzioterapeut/fyzioterapeutka
- Jiná pozice .....(uveďte)

3) Délka vaší praxe v tomto zařízení:

- Do jednoho roku
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 10 let a více

4) Jste „klíčovým pracovníkem“?

- Ano
- Ne
- Nevím

*(pokud je vaše odpověď ano, zodpovězte prosím následující otázku, pokud ne vynechejte ji a pokračujte dále)*

5) Jako klíčový pracovník spolupracujete s:

- 1 klientem
- 2 klienty
- 3 a více klienty

6) Uveďte kolik je ve vašem zařízení žen / klientek?

- 10 – 30
- 31 – 50
- 51 a více
- Nevím

7) Uveďte kolik je ve vašem zařízení mužů /klientů?

- 10 – 30
- 31 – 50
- 51 a více
- Nevím

8) Jaké aktivizační činnosti jsou ve vašem zařízení možné vykonávat?:

*(lze označit více odpovědí, dle nabídky činností ve vašem zařízení)*

- Muzikoterapie (zpěv, poslech hudby)
- Biblioterapie (čtení knih, reprodukce textu)
- Arteterapie (terapie malbou, kreslením)
- Zooterapie (terapie prostřednictvím zvířat)
- Canisterapie (terapie prostřednictvím psa)

- Reminiscenční terapie (vzpomínková terapie)
- Trénink kognitivních funkcí (paměti, pozornosti..)
- Bazální stimulace (zklidňující koupele, masáže, stimulace dutiny ústní ..aj)
- Nácvik soběstačnosti (nácvik chůze, oblékání, sebesycení, hygieny)
- Nácvik pracovních činností (vaření, pečení, práce na zahradě aj.)
- Jiné

.....  
 .....

...(uved'te případně jiné činnosti, využívané ve vašem zařízení)

9) Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientů (mužů) nejoblíbenější?

.....(uved'te pouze jednu)

10) Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientek (žen) nejoblíbenější?

.....(uved'te pouze jednu)

11) Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientů (mužů) nejméně oblíbená?

.....(uved'te pouze jednu)

12) Která z aktivit je dle vašeho subjektivního názoru u klientek (žen) nejméně oblíbená?

.....(uved'te pouze jednu)

13) Do aktivizačních programů se obecně více zapojují:

- Muži
- Ženy
- Nevím

14) Je (dle vašeho subjektivního názoru) škála aktivizačních činností nabízená klientům a klientkám dostačující, nebo je potřeba nabídnout více aktivizačních programů?

- Ano, je dostačující
- Ne, bylo by zapotřebí ji rozšířit
- Nevím

15) Jak často se klienti mohou zúčastnit aktivní terapie (aktivizační činnosti)?

- 2 a vícekrát denně
- 1 až 2krát denně
- 3 až 5krát do týdne
- 3krát týdně a méně

16) Jakou formou probíhají nejčastěji aktivizační činnosti?

- Individuální (terapeut pouze s jedním klientem/klientkou)
- Skupinová (terapeut a více klientů)
- Nevím

*\* pokud je vaše odpověď na otázku č. 16 „skupinová“, pokračujte prosím v otázce č. 17*

17) Jaký je nejčastější počet klientů při skupinové terapii (skupinová aktivizační činnost)?

- 2 až 5 klientů/klientek
- 5-10 klientů /klientek
- 10-15 klientů/ klientek
- 15 a více klientů /klientek
- Nevím

Děkuji za Váš čas a trpělivost s vyplněním výše uvedeného dotazníku.

---

Bc. Markéta Texlerová  
2. roč. nMgr. Studia Speciální pedagogika  
Univerzita Jana Ámose Komenského, Praha s.r.o



**Příloha B – Fotografická dokumentace**



*Nácvik sebesycení (zdroj: vlastní)*



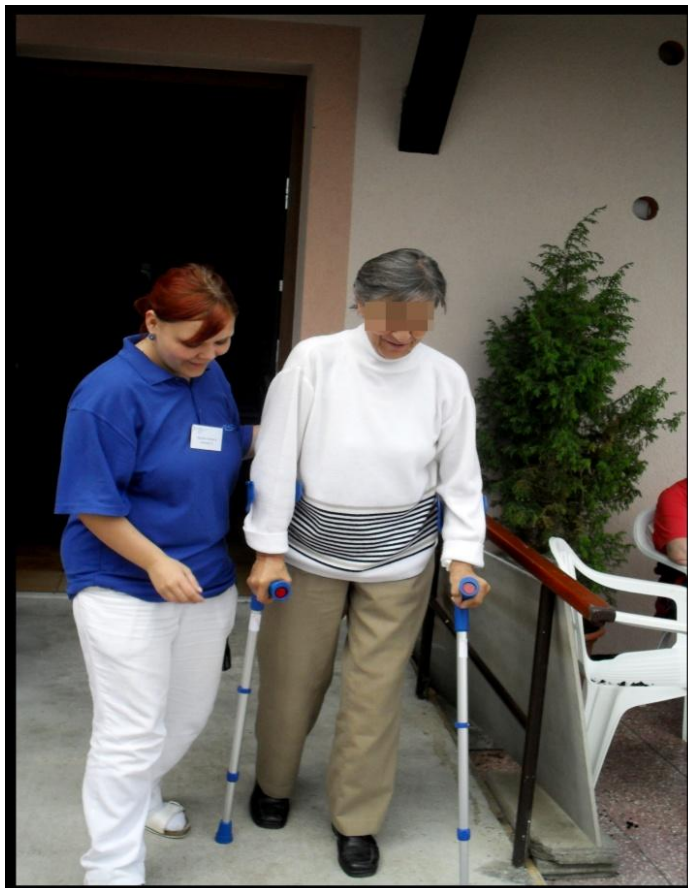
*Terapeutické panenky (zdroj: vlastní)*



*Taneční terapie (zdroj: vlastní)*



*Nácvik instrumentálních denních činností iADL (zdroj: vlastní)*



*Nácvik běžných denních činností ADL (zdroj: vlastní)*



*Trénink kognitivních funkcí (zdroj: vlastní)*

## Příloha C – Biografická anamnéza

- Sociální situace, zaměstnání
- Kdo může a kdo nemůže navštěvovat
- Jaký je typ
- Jak slyší
- Jak vidí, potřebuje brýle?
- Denní rytmus
- Pravák, levák
- Doteky, které má rád
- Doteky, které má nerad
- Jak spí, poloha, přikrývky
- Jak si čistí zuby, jak se holí, jakou kosmetiku používal
- Co jí rád / nerad
- Co pije rád / nerad
- Které zvuky poslouchá rád
- Upřednostňuje některé materiály?
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva...)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek v poslední době<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> ALZHEIMERCENTRUM., *Biografická anamnéza*, [online] volně dostupné na: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/biograficka-anamneza> , (citováno: 27.11.2013)

## Příloha D – Test FIM (funkční míra nezávislosti)

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure - FIM)

Úrovně	
7 úplná soběstačnost (opakovaně a bezpečně)	Bez Pomoci
6 částečná soběstačnost	
5 potřebný dohled	S pomocí
4 minimální pomoc (pacient= 75% +)	
3 mírná pomoc (pacient= 50% +)	
2 výrazná pomoc (pacient = 25% +)	
1 úplná pomoc (pacient = 0% +)	

1. Soběstačnost				
Jídlo				
Česání				
Koupání				
Oblékání horní poloviny těla				
Oblékání dolní poloviny těla				
Umývání				
2. Kontrola kontinence				
Kontinence močového měchýře				
Kontinence konečníku				
3. Mobilita				
Přesuny- postel, stolička, vozík				
WC				
Vana, sprcha				
4. Lokomoce				
Chůze, vozík				
Schody				
5. Komunikace				
Vnímání				
Vyjadřování				
6. Sociální adaptabilita				
Sociální zabezpečení				
Řešení problémů				
Paměť				

(zdroj: Nemocnice Písek a.s.)

## Příloha E – Skupinový program Ergoterapie v Alzheimer centru LM

### 1) PONDĚLÍ

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Reminiscenční terapie na téma „Kalendárium“ (četba, diskuze nad aktuálním tématem světových i českých dějin dle konkrétního data)
- Prvky muzikoterapie

#### **Odpolední program (13:00 – 14:30)**

- Kreativní techniky (práce s papírem, modelování..)

### 2) ÚTERÝ

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Biblioterapie na téma „Toulky českou vlastí“ ( četba, rozhovor, diskuze nad českými městy a jejich památkami, prohlížení fotografií českých hradů a zámků)

#### **Odpolední program (13:00 – 14:30)**

- Zooterapie, canisterapie (terapie pomocí domácích mazlíčků – morče a canisterapie)

### 3) STŘEDA

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Reminiscenční terapie na téma : „Vše čím jsem byl(a), jsem byl(a) rád(a)“ (vzpomínková terapie na téma mládí, rodina, zaměstnání, prohlížení fotoalbumů..)

#### **Odpolední program (13:00 – 14:30)**

- Muzikoterapie (zpěv, hudební doprovod)

### 4) ČTVRTEK

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Reminiscenční terapie zaměřena na historii (české a světové dějiny)
- Prvky muzikoterapie + hudební doprovod

#### **Odpolední program (13:00 – 14:30)**

- Biblioterapie (četba knih na pokračování, výklad obsahu knih..)

### 5) PÁTEK

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Kinezioterapie - jednoduché cviky pod vedením fyzioterapeutky, pro nácvik lokomoce a jemné motoriky, s pomůckami (overbally, gymbally, terapeutičtí ježci, terabandy..)
- Skupinová muzikoterapie

#### **Odpolední program (13:00 – 14:30)**

- Nácvik pracovních denních činností (pečení, vaření, umývání nádobí..)

### 6) SOBOTA

#### **Dopolední program (9:30 – 12:00)**

- Muzikoterapie – zpěv, hudební doprovod, diskuze nad hudbou, oblíbenými písněmi, či interprety

*(Zdroj:vlastní)*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Markéta Texlerová

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** prezenční

**Název práce:** Kvalita života klientů s Alzheimerovou demencí v domovech se zvláštním režimem očima pracovníků zařízení

**Rok:** 2014

**Počet stran textu bez příloh:** 82

**Celkový počet stran příloh:** 10

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 44

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 3

**Počet internetových zdrojů:** 4

**Vedoucí práce:** PaedDr. Věra Kovářiková, PhD.