



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Diplomová práce

Limity péče o seniory s demencí v zařízení bez zvláštního režimu

Vypracovala: Bc. Helena Myšáková
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na péči o osoby s ACH a na limity péče o tyto osoby v zařízení bez zvláštního režimu. Již několik let se prodlužuje délka doby, které se lidé dožívají. S tím je ale spojen i fakt, že roste počet lidí, které trápí nemoci, které jsou spojené právě s koncem života. Výjimkou není ani ACH. Ve skupině 65letých jsou postiženy touto chorobou zhruba 2 až 3 % populace, každých dalších pět let se ale toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80letých je tudíž touto nemocí postižena polovina populace. Nastává tedy otázka, kdo, kde a za jakých okolností o tyto osoby pečuje. Jako jedna možnost se jeví péče v domácím prostředí. Ta je sice nejlevnější a nejpříjemnější pro osobu, která ACH trpí, ovšem velmi náročná pro pečovatele. Tím je v 80 % rodinný příslušník. Péče bývá doplněna o některou ze sociálních služeb, po čase ale dochází ke zhoršení stavu nemocného ACH a také k vyčerpání pečovatele. To jsou nejčastější důvody, proč je osoba s ACH předána do institucionalizované péče. Ideálním zařízením pro osobu trpící ACH, je zařízení se zvláštním režimem. Jedná se o zařízení, která zajišťují specifické potřeby osob, především právě těch s demencí. Klienti jsou ale umisťováni i do zařízení, která onen zvláštní režim nemají - především do domovů pro seniory. Péče o klienta s ACH v zařízeních bez zvláštního režimu je obtížná a na pečující personál i ostatní klienty klade značné nároky.

Tato diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. Cílem teoretické části bylo nastudovat a poté zanalyzovat odbornou literaturu, která se k tomuto tématu vztahuje. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá ACH, její etiologií, prevencí, příznaky, diagnostikou a terapií. V druhé kapitole jsou popsány možnosti, které mají osoby s ACH, péče v domácím prostředí a institucionalizovaná péče o tyto osoby. Nachází se zde také výčet institucí a aktivit, které nabízejí různé organizace jak pro nemocné demencí, tak pro jejich pečovatele a rodinné příslušníky. Třetí kapitola se zabývá péčí o nemocné, popisuje základy komunikace i náročné situace, které mohou při péči o nemocné demencí vzniknout jejich pečovatelům.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna se postarat o klienta s demencí. Dílčími cíli bylo určit, v jakých oblastech cítí zaměstnanci zařízení bez zvláštního režimu při pečování o osobu s demencí zvýšenou zátěž a jak vnímají klienta s demencí ostatní klienti.

Ke sběru dat pro empirickou část diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum, použitá metoda dotazování, jako technika sběru dat byl využit polořízený rozhovor. Předem připravené otázky byly rozděleny do pěti okruhů, jejich celkový počet činil 32. První okruh tvořily otázky identifikační, druhý okruh se týkal informovanosti ohledně ACH, otázky třetího okruhu se týkaly péče o klienty s ACH, čtvrtý okruh se zabýval komunikací s těmito klienty, a otázky v pátém okruhu zjišťovaly, jak probíhá soužití klientů s demencí a klientů bez demence v zařízení bez zvláštního režimu.

Výzkum se uskutečnil během února roku 2014. Respondenti výzkumu byli zaměstnanci domova pro seniory – tedy zařízení bez zvláštního režimu – v Českých Budějovicích. Dotazování byli vybráni prostým záměrným výběrem, kritériem pro výběr byla ochota účastnit se výzkumu, dále zaměstnání v zařízení bez zvláštního režimu na pozici pracovník v sociálních službách, nebo zdravotní sestra, třetím kritériem byla péče o alespoň jednoho klienta s demencí.

Výzkumem jsem shledala, že zařízení bez zvláštního režimu jsou schopna pečovat o klienty s ACH. Soužití klientů s ACH a bez tohoto onemocnění je sice možné, ale problematické, zatěžuje pečující personál. Ten v zařízení bez zvláštního režimu jako nejčastější problém vnímá nedostatek času na klienty, na péči o ně, na komunikaci s nimi, a dále nízký počet pečujících osob na počet klientů.

Jako zátěžové situace pocítují pracovníci v zařízení bez zvláštního režimu dle mého výzkumu především ty situace, které jsou spojené se změnami chování klientů s ACH. Patří sem toulání klientů, jejich agresivita, potřeba jiného denního režimu klienta s ACH (spánek, strava), a nutnost řešit stížnosti na chování klientů s ACH od klientů bez tohoto onemocnění. Personál zatěžuje i komunikace s klientem s ACH, která je u těchto klientů ztížená - personál zatěžuje v pěti případech z deseti dotazovaných (tři zatěžuje, dva spíše zatěžuje).

Zjistila jsem také, že klienti bez ACH vnímají dle názoru pečujícího personálu klienty s ACH jako problematické - vědí, že se jim věnuje více pozornosti ze strany personálu, někteří klienti s ACH ruší ostatní klienty. Avšak soužití obou skupin klientů je možné. Domnívám se, že zde hraje roli počet klientů s ACH, který není v zařízení bez zvláštního režimu vysoký, a tito klienti tudíž příliš nenarušují běžný chod zařízení.

Z empirické části práce je možné vyvodit tuto hypotézu:

Zařízení bez zvláštního režimu budou lépe pečovat o klienty s ACH, pokud se zvýší počet pečujícího personálu.

Navrženou hypotézu je třeba ověřit na větším počtu respondentů.

Předpokládám, že práci bude možné nabídnout jako zdroj informací laické i odborné veřejnosti v oblasti péče o osoby trpící ACH.

Abstract

This diploma thesis focuses on the care for persons with AD and the limits of care for these persons in a regular program facility. For several years already, the life expectancy has been increasing. However, this relates to the fact of increasing number of people suffering from diseases connected especially with the end of one's life, AD being no exception. In the group of 65-year-old approximately 2 to 3% of population are affected by this disease, with the percentage doubling every five years. Therefore in the group of 80-year-old half of the population is affected by this disease. That leads to a question: who, where and under which circumstances is taking care of these people. One of the obvious possibilities is working in home environment. Although being the cheapest and most pleasant for a person suffering with AD, this type of care is very demanding for the caretaker, in 80% of cases a family member. The care is usually complemented with some of the social services, yet after some time the condition of person suffering from AD worsens and the caretaker becomes exhausted. Those are the most common reasons for passing the person with AD on to the institutionalized care. An ideal facility for a person suffering from AD is a special program facility. These facilities ensure the specific needs of persons, especially those with dementia. The clients are also placed in institutions, which don't have such a special program – especially retirement homes. The care for the client with AD in facilities without special program is difficult and puts substantial demands on the staff in charge and also on other clients.

This diploma thesis consists of theoretical and empirical parts. The aim of the theoretical part was to study and then analyse professional literature related to the topic. The theoretical part of the thesis is divided in three chapters. The first chapter deals with AD, its aetiology, prevention, symptoms, diagnostics and therapy. The second chapter describes the possibilities of persons with AD, including care in home environment, institutionalized care for these persons, and also a list of institutions and activities offered by various organisations for those affected by dementia, but also for their caretakers and family members. The third chapter deals with care for the patients and

also describes the basics of communication and demanding situations that can occur to those taking care of persons affected by dementia.

The main aim of the thesis was to find out, whether regular program facilities are capable of taking care of a client with dementia. Partial aims were to discover in which areas the employees of the regular program facility feel the strain while taking care of a person with dementia and how this client is perceived by other clients.

While collecting data for the empirical part of the thesis, qualitative survey, inquiry and semi-structured interview were used as the methods of choice. The prepared questions were divided in five groups, making a total of 32. The first group consisted of identifying questions, the second one related to awareness of AD, the questions of the third group referred to care for clients with AD, the fourth group dealt with communication with these clients and the questions of the fifth group surveyed, how living together of clients with and without dementia in a regular program facility takes place.

The survey was pursued during February 2014. The respondents were employees of a retirement home – hence a regular program facility – in the city of České Budějovice. The answerers were chosen by simple intentional selection, with the willingness to participate as a criterion, along with the job in a regular program facility as a social services worker or a nurse, while the third criterion being the care for at least one client with dementia.

Through the survey I've found the regular program facilities able to take care of clients with AD. Since living together of clients with and without AD is possible, although problematic, it burdens the caring personnel, who see the most common problem in the regular program facility in a lack of time for clients, for taking care of them and communicating with them, and also in a small number of staff compared to the number of clients.

According to my survey, the employees of a regular program facility mostly perceive situations connected with changing behaviour of clients with AD as stressful. This includes wandering of clients, their aggressiveness, the need of a different daily regime of a client with AD (sleep, diet) and complains on the behaviour of clients with

AD from those without the disease. The employees are also under stress from the communication with clients with AD, which is more difficult – it's demanding for the staff according to five of ten respondents (demanding according to three, rather demanding according to two).

I've also learned that clients without AD, according to the caring staff, perceive the clients with AD as problematic, they know that those receive more attention from the personnel and some clients with AD disturb other clients. However, living together of both groups is possible. I suppose that the number of patients with AD plays a part here, while it's not high in a regular program facility, and therefore clients with AD don't disrupt business as usual in the facility.

From the empirical part of the thesis, following hypothesis can be made:

The regular program facilities will take care of the clients with AD better, when the number of caring staff increases.

The suggested hypothesis needs to be verified through a higher number of respondents. I assume that this thesis can serve as a source of information to both lay public and experts in the field of care for persons suffering from AD.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

Helena Myšáková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat paní doktorce Petře Zimmelové, která mi během mé práce poskytovala cenné rady.

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Alzheimerova choroba.....	14
1.1.1 Alzheimerova choroba.....	14
1.1.2 Etiologie a prevence ACH.....	17
1.1.3 Příznaky ACH.....	19
1.1.4 Diagnostika a terapie ACH.....	22
1.2 Možnosti pro klienty s ACH.....	26
1.2.1 Péče o osobu s ACH v domácím prostředí.....	26
1.2.2 Institucionalizovaná péče o klienta s ACH.....	29
1.2.3 Instituce a aktivity pro klienty s ACH a jejich pečovatele	32
1.3 Péče o klienty s ACH.....	36
1.3.1 Specifika péče o nemocné s demencí.....	36
1.3.2 Zásady komunikace s klientem s demencí.....	39
1.3.3 Náročné situace v péči o seniory s demencí, jejich důsledky a prevence.....	42
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	47
3 METODIKA.....	49
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	49
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	49
3.3 Realizace výzkumu.....	51
4 VÝSLEDKY.....	52
4.1 Respondent č. 1.....	52
4.2 Respondent č. 2.....	55
4.3 Respondent č. 3.....	58
4.4 Respondent č. 4.....	61
4.5 Respondent č. 5.....	64
4.6 Respondent č. 6.....	67
4.7 Respondent č. 7.....	70

4.8 Respondent č. 8.....	73
4.9 Respondent č. 9.....	76
4.10 Respondent č. 10.....	79
4.11 Shrnutí výsledků.....	84
5 DISKUZE.....	88
6 ZÁVĚR.....	98
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	100
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	108
9 PŘÍLOHY.....	109

Seznam použitých zkratk

ACH – Alzheimerova choroba

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

MMSE – Mini Mental State Examination

Úvod

„Šťěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

/Goethe/

O tom, že staří lidé zapomínají, ví určitě každý. Ne každý ale ví, že není zapomínání jako zapomínání. Jsou lidé, kteří v určitém věku zapomínají víc než ostatní a také zapomínají trochu jinak. Jsou to lidé, kteří onemocněli demencí. Počet lidí s tímto onemocněním rok od roku rychle roste, o onemocnění demencí se hovoří jako o epidemii 21. století. S rostoucím počtem lidí, které postihla tato choroba, roste i potřeba řešit, jak těmto lidem průběh choroby ulehčit. Ne o každého seniora nemocného demencí se dá starat v domácím prostředí, zařízení se zvláštním režimem, které jsou vzhledem ke specializaci pracovníků pravděpodobně pro tyto nemocné nejvhodnějším řešením, není dostatek. Osoby s touto chorobou tedy žijí i v zařízení bez zvláštního režimu. Pracují jako sociální pracovníci právě v takovém zařízení. Přítomnost klientů s demencí, specifické nároky péče o ně a také náročnost této péče, mě inspirovaly k tématu mé diplomové práce. Protože je nejčastější formou demence Alzheimerova choroba, budu se ve své práci zabývat především právě jí.

Tato diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. Cílem teoretické části je nastudovat a poté zanalyzovat odbornou literaturu, která se k tomuto tématu vztahuje. Teoretickou část diplomové práce jsem rozdělila do tří kapitol. První kapitola se zabývá Alzheimerovou chorobou, její etiologií, prevencí, příznaky, diagnostikou a terapií. V druhé kapitole jsou popsány možnosti, které mají osoby s Alzheimerovou chorobou, je zde popsána péče v domácím prostředí, institucionalizovaná péče o tyto osoby, nachází se zde také výčet institucí a aktivit, které nabízejí různé organizace jak pro nemocné demencí, tak pro jejich pečovatele a rodinné příslušníky. Třetí kapitola se zabývá péčí o nemocné, popisuje základy komunikace i náročné situace, které mohou při péči o nemocné demencí vzniknout jejich pečovateltům.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna se postarat o klienta s demencí. Dílčími cíli je zjistit v jakých oblastech cítí zaměstnanci zařízení bez zvláštního režimu při pečování o osobu s demencí zvýšenou zátěž a jak vnímají klienta s demencí ostatní klienti.

Ke sběru dat pro empirickou část bude použit kvalitativní výzkum, použitá metoda je dotazování, jako technika sběru je zvolen polořízený rozhovor. Připravené otázky jsou rozděleny do pěti okruhů, je jich celkem 32. První okruh jsou otázky identifikační, druhý okruh se týká informovanosti o Alzheimerově chorobě, otázky třetího okruhu se týkají péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, čtvrtý okruh se zabývá komunikací s těmito klienty a otázky v pátém okruhu zjišťují, jak probíhá soužití klientů s demencí a klientů bez demence v zařízení bez zvláštního režimu.

Výzkum se uskuteční během února roku 2014. Respondenti výzkumu jsou zaměstnanci domova pro seniory – tedy zařízení bez zvláštního režimu – v Českých Budějovicích. Dotazování budou vybráni prostým záměrným výběrem, kritériem pro výběr je ochota účastnit se výzkumu, dále zaměstnání v zařízení bez zvláštního režimu na pozici pracovník v sociálních službách, nebo zdravotní sestra, třetím kritériem je péče o alespoň jednoho klienta s demencí.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Alzheimerova choroba

1. 1. 1 Alzheimerova choroba

ACH je onemocnění mozku, v jehož průběhu zanikají mozkové buňky a následně ubývá mozkové hmoty. Zároveň dochází v mozku k dalším jevům, které zatím bohužel nejsou přesně prozkoumány. Jedním z takových jevů je ubývání acetylcholinu, což je látka, která zajišťuje přenos informací mezi jednotlivými mozkovými buňkami. Úbytek buněk a narušení přenosu informací mezi těmi buňkami, které ještě zbývají a fungují, pak pochopitelně vede k zásadnímu narušení mozkových funkcí (47).

Průměrná doba trvání tohoto zákeřného onemocnění je 9 let. Postiženy jsou především paměť, řeč, orientace, zrakově - prostorové funkce, praxie (25). Prvními příznaky jsou poruchy učení, změny osobnosti, změny nálad, ztráta schopnosti řešit běžné denní úkony, zhoršená orientace v čase, následuje ztráta soběstačnosti, nakonec dochází k plné závislosti na okolí (25). ACH se vyvíjí velmi plíživě. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se nápadnými svým neobvyklým jednáním a chováním (49). ACH je nejčastější typ demence vůbec. Představuje 50–60 % ze všech demencí (25).

S prodlužující se délkou života stoupá zároveň incidence ACH. Ve skupině 65letých jsou postiženy touto chorobou zhruba 2 až 3 % populace, každých dalších pět let se ale toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80letých je tudíž touto nemocí postižena polovina populace (44). ACH je sice celosvětovým problémem, týká se ale v podstatně větší míře rozvinutých - a tedy bohatších - zemí, kde je z důvodu vyšší životní úrovně i vyšší průměrná délka života (50). ACH je v současné době onemocněním takového rozsahu, že je označována jako pandemie 21. století (52).

První popsal ACH profesor Alois Alzheimer (1864-1915), který byl ředitelem psychiatrické nemocnice v Mnichově. V roce 1906 přednesl na vědecké konferenci

v Tübingenu v jihozápadním Německu sdělení s názvem „*Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu*“. Tehdy byl na veřejnosti poprvé představen případ pacientky Augusty D., která trpěla příznaky, jejichž soubor se stal později nozologickou jednotkou, která byla pojmenována po prof. Alzheimmerovi (50).

O ACH existuje spousta mýtů. Mezi nejčastější patří, že:

- ztráta paměti je přirozenou součástí stárnutí (občas ano, ACH je ale jiná);
- ACH není fatální (model postupu nemoci je: ztráta paměti → změny chování → ztráta tělesných funkcí → malnutrice → smrt);
- ACH mohou mít pouze starší lidé (převážně ano, ale existuje i forma, která postihuje osoby mladší);
- pití z hliníkových plechovek nebo vaření v hliníkových hrncích může vést k ACH (studie nepotvrdily souvislost mezi hliníkem a ACH);
- aspartam způsobuje ztrátu paměti (vztah mezi ACH a aspartamem není);
- očkování proti chřipce může zvýšit riziko vzniku ACH (nesouvisí);
- stříbrné zubní výplně mohou vést ke vzniku ACH (nikdy se neprokázalo);
- existuje způsob léčby k zastavení progresu této choroby (neexistuje, léčba chorobu jen zpomaluje) (4).

Demence není samostatná nozologická jednotka, ale syndrom. Dle MKN (17) musí být splněna k diagnostice demence následující kritéria:

- Získaná celková kognitivní porucha, která postihuje paměť a nejméně jednu další oblast - řeč, úsudek, myšlení, orientaci, abstrakci, učení, praxi a exekutivní funkce.
- Kognitivní porucha, která zhoršuje pracovní a společenské uplatnění pacienta.
- Postižení progreduje (61).

10. revize MKN zdůrazňuje tato základní kritéria při diagnostice demence:

- jde o syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru, u něhož dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení, úsudku, přitom vědomí není zasažené;

- zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace;
- diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu - psychiatrického a psychologického vyšetření (17).

V roce 2011 se v České republice začali sledovat pacienti s diagnózou demence u ACH a ostatní demence. Bylo zjištěno, že v roce 2011 bylo s demencí celkem v ambulancích léčeno 14 932 pacientů, z toho 67 % žen, 31 % pacientů byla na tuto diagnózu léčeno poprvé v životě, 99 % pacientů bylo starších 20 let, ze všech krajů byl nejvyšší výskyt v kraji Vysočina. V roce 2011 bylo léčeno v lůžkových zařízeních 8 493 pacientů s demencí, ACH z toho tvořila 41 % (3 517 hospitalizací). Mezi lety 2007 - 2011 vzrostl počet hospitalizovaných o 25 %, největší nárůst byl zaznamenán u ACH - nárůst o 54 %, tedy o 1 233 hospitalizací. Nejdelší ošetrovací dobou si vyžádala ACH - 86 dnů. S demencí byly častěji hospitalizovány ženy – zhruba u dvou třetin případů. Významně vyšší podíl mají ženy u ACH - tvoří 70 %, zejména u ACH s pozdním začátkem - téměř 72 % hospitalizovaných (62). Jak je patrné, průběh choroby dříve nebo později vede k závislosti nemocného na každodenní a velmi intenzivní pomoci jiného člověka (52).

Nejnovější světová zpráva o ACH velmi důrazně upozorňuje na nedostatek pečovatелů a na nedostatek podpory rodinných příslušníků osob s ACH. Počet osob, které jsou závislé na svém pečovateli, dosáhne v roce 2050 asi 277 miliónů, polovina z toho bude mít ACH nebo jinou demenci. Alzheimer's Disease International (Mezinárodní alzheimerská asociace) proto vyzývá všechny vlády, aby se demence stala prioritou, aby byly v blízké době vytvořeny národní plány boje s touto chorobou, aby tak bylo zajištěno, že národní systémy péče jsou dostatečné a mají dostatek financí k tomu, aby mohly poskytovat co nejkvalitnější dlouhodobou péči pro lidi v celém průběhu choroby. Zpráva vyzývá vlády a subjekty financující výzkum po celém světě, aby zajistily nejméně desetinásobné navýšení stávající úrovně investic (59).

1. 1. 2 Etiologie a prevence ACH

Úplná příčina ACH není zatím známa. Známo ale je, že vliv má zejména dědičnost, ale i různé genetické abnormality bez dědičného podkladu (47). Genetické testy jsou sice k dispozici, nicméně zdravotníci nedoporučují plošné testování pro ACH, tyto testy jsou pouze součástí výzkumů této choroby (3).

Proto, aby došlo k propuknutí ACH, však musí být splněny ještě další podmínky, které v současné době známy nejsou (47).

Mezi rizikové faktory ACH patří věk, dále pohlaví (nemocných je více žen než mužů), Downův syndrom (téměř u všech osob s Downovým syndromem, které se dožijí 40 let, se objevují na mozku změny charakteristické pro ACH), kouření a nezdravý životní styl (nevhodná strava, stres, přejídání se atd.) (18). Pravděpodobnost vzniku ACH zvyšují i opakované úrazy hlavy, např. u sportovců - boxerů (47). Rizikovým faktorem pro vznik ACH je také neléčený nebo nesprávně léčený vysoký krevní tlak a vysoká hladina cholesterolu a cukru v krvi (18). Hypertenze a hypercholesterolemie se ale podílí na vzniku ACH nepřímo - vaskulárním poškozením mozku (51).

Mezi projektivní faktory se považuje užívání antiflogistik, hormonální substituce u žen po menopauze, včasná a účinná léčba depresí a vyšší psychická aktivita ve vyšším věku (18). Studie ukázaly, že incidence demence je vyšší u vrstvy populace s nižším vzděláním (10). Je také známo, že trénovaný mozek je proti méně trénovanému mozku proti ACH odolnější. Chránit tedy může trvalá duševní aktivita - systematické a vytrvalé trénování paměti (18). Až u 50 % osob s ACH se vyskytla podobná nemoc v rodině (51). ACH tedy může být dědičná - zřejmě existují geny, které zvyšují riziko rozvoje ACH. Osoba s výskytem ACH u přímých příbuzných (rodiče, prarodiče) má podstatně vyšší pravděpodobnost, že se u ní onemocnění objeví (47).

Od demencí odlišujeme predemence. Predemence je možné definovat jako stavy s úbytkem kognitivních funkcí, které ale ještě nemají vliv na sociální nebo pracovní status jedince. Patří sem:

- *Benigní stařecká zapomnětlivost* - pro ni je charakteristický úbytek paměti, osoba si nevybavuje detaily z nedávné minulosti, později se tyto informace mohou vybavovat.
- *Věkově závislá porucha paměti* - trpí jí osoby starší 50 let, pozorován je úbytek paměti ve vztahu k běžným denním činnostem, jinak se jedná o osoby zdravé, bez příznaků deprese, jejich MMSE je vyšší než 23. Tato kritéria splňuje převážná část starší populace, pouze 1 % následně progreduje do demence.
- *Úbytek kognitivních funkcí spojených se stárnutím* - úbytek kognitivních funkcí je pocíťován jak samotnou osobou, tak jejím okolím, úbytek může být v kterékoliv kvalitě - paměť, pozornost, abstrakce, řeč, prostorová orientace... Úbytek je pozorován nejméně 6 měsíců a jeho podkladem není žádný patologický proces.
- *Mírná kognitivní porucha* - zde je zřetelný úbytek kognitivních funkcí, spojených se systémovým onemocněním, nebo onemocněním CNS, které je krátkodobé a nepřekračuje několik týdnů.
- *Mírné kognitivní postižení* - postižení převážně paměti, které s velkou pravděpodobností přechází v ACH, jednoroční incidence je okolo 15 % ve srovnání s 1-2 % stejné věkové kategorie. Osoba si sama uvědomuje ztrátu paměti, ztrátu paměti potvrzuje i okolí, dále je porucha potvrzena testy. Mimo paměti nejsou postiženy další kognitivní funkce, tento stav neovlivňuje sociální či pracovní situaci osoby.
- *Kognitivní postižení bez demence* - jedná se o postižení kognitivních funkcí potvrzené testy, nemusí však být postižena paměť (54).

Pouze určité procento těchto stavů přechází do demence a toto procento nemusí být vyšší, než je incidence demencí pro daný věk. Důležité je ale osoby s výše vyjmenovanými stavy sledovat a poskytnout jim pocit, že bude-li přítomna demence, bude včas odhalena a tudíž i příslušná terapie bude zahájena včas (54).

Mezi preventivní opatření, která sloužící k zamezení vzniku ACH, patří:

- zdravý způsob života;
- pohyb;

- trénování paměti;
- zákaz kouření;
- terapie hypertenze a ischemické choroby srdeční;
- vyšší přísun nenasycených mastných kyselin;
- dieta s přísunem antioxidantních potravin;
- dostatek vitamínu C, B1 a B12, beta-karotenu;
- někteří lékaři doporučují i preventivní použití melatoninu jako hormonu podvěsku mozkového, regulujícího spánkový cyklus (18).

Protože mezi preventivní prvky patří i dieta - vzorem může být středomořská strava (ovoce, zelenina, ryby, korýši, ořechy, olivový olej, zdravé tuky) - její dopad na zdraví mozku a srdce je znám, předpokládá se tedy, že je možnou prevencí ACH (66).

Dalším důležitým preventivním faktorem je léčba všech nemocí, které se během celého života naskytanou - léčba chorob dýchacích cest, diabetu, hypertenze, poruch štítné žlázy atd. (36).

1. 1. 3 Příznaky ACH

Začátek choroby bývá nenápadný (36). Obecně lze říci, že k včasným poruchám paměti patří porucha exekutivních funkcí – projevuje se při plánování a vykonávání komplexních činností, dále porucha úsudku, která se zpočátku jeví pouze jako bezradnost, osoba své okolí překvapuje nesprávnými rozhodnutími. V pokročilejších stádiích je v popředí těžká porucha paměti s poruchou orientace a intelektu. Dostávají se i poruchy symbolických funkcí – afázie, apraxie, agrafie, agnózie, akalkulie. V terminálním stádiu ACH osoby postižené touto chorobou nepoznávají ani nejbližší osoby, nedokáží verbálně komunikovat, je přítomna inkontinence moči a stolice, nemocní jsou připoutaní na lůžko, musí být krmeni (51).

K přidruženým příznakům ACH patří psychomotorický nepokoj (50-60 % pacientů), depresivní příznaky (20-30 %), paranoidní příznaky (10-10 % pacientů) a poruchy nočního spánku (30-60 % pacientů) (49).

Mezi příznaky, kterých si může všimnout nemocný sám, nebo jeho okolí ještě patří zhoršení racionálního úsudku (nemocný zapomene na dítě, nesmyslně se oblékne), nemocný má problémy s abstraktním myšlením, typické je zakládání věcí na nesprávné místo (27).

U ACH je nesmírně zajímavé, že přetrvávají dlouhodobé vzpomínky a to dlouhou dobu po nástupu tohoto onemocnění. Takže klienti si pamatují to, co dělali v dětství, nemohou si ale vzpomenut, zda již obědvali (42).

Průběh demence u ACH lze dělit do pěti stadií:

1. *Prodromální stadium nemoci*

Charakteristickým rysem tohoto stadia je zapomnětlivost, která je silnější, než běžné zapomínání u starších osob, přidružují se první změny osobnostních rysů (50).

2. *Časné stadium*

Zapomínání je v tomto stadiu zjevné a odlišné, objevuje se porucha plynulosti řeči, nastávají emoční problémy. Nemocný je svému okolí nápadný, protože si jen obtížně vybavuje jména, data a události. V časném stadiu ještě bývá zachována prostorová orientace (50).

3. *Intermediální stadium*

V tomto stadiu nemoci již dochází k výraznému narušení osobnostních rysů, je narušena časová i prostorová orientace, nemocný zapomíná nejen jména a data, ale i tváře, jeho řeč je obsahově chudá (50).

4. *Pozdní stadium*

Nemocný v podstatě nekomunikuje s okolím, paměť je výrazně narušena, jsou přítomny dezorientace ve všech kvalitách, echolálie, neologismy, opakovaně se vyskytují deliria (50).

5. *Terminální stadium*

Nemocný je zcela imobilní, inkontinentní, paměťové schopnosti jsou zcela narušeny, nemocný je emočně plochý, řeč je nesrozumitelná. Postižený umírá především na některé přidružené onemocnění, např. následek drobného

traumatu, bronchopneumonie atd. (50). Nemoc trvá řádově roky - několikaměsíční, stejně jako více jak 12letý průběh jsou spíše vzácností (36).

Dalším dělením ACH je ABC symptomatologie demence, která rozděluje symptom demence podle tří základních oblastí postižení nemocného:

A - aktivity denního života - zahrnují celou škálu činností nemocného, které se sledují a následně hodnotí. Patří sem schopnost nakládat s penězi, schopnost určit správně čas, schopnost telefonovat, oblékat se, udržovat stravovací návyky, schopnost vyplnit volný čas smysluplnou činností (49).

B - behaviorální změny - zahrnují bezprostřední patologické symptomy, které se v průběhu demence mohou vyskytnout. Jde zejména o iritabilitu, agitaci, úzkost, depresi, apatii, poruchy chování, noční bloudění, výskyt bludů atd. (49).

C - kognitivní poruchy - poruch kognitivních funkcí (49).

Dr. Barry Reisberg, ředitel The New York University School of Medicine's Silberstein Aging and Dementia Research Center sestavil sedmistupňový rámec ACH:

1. *Bez poškození* - normální funkce - osoba nepociťuje žádné problémy.
2. *Velmi mírné zhoršení kognitivních funkcí* (normální změny spojené s věkem) - patří sem výpadky paměti, zapomínání známých slov, zapomínání umístění běžných předmětů.
3. *Mírné zhoršení kognitivních funkcí* - potíží si všimá okolí, problémy se zapamatováním jmen, potíže s plánováním, organizací atd.
4. *Zhoršení kognitivních funkcí* - lékař je schopen detekovat jasné příznaky ACH - zapomínání nedávných událostí, zhoršení vykonávání početních úkonů, problémy s plánováním.
5. *Středně těžký kognitivní pokles* - jedinec potřebuje pomoc s každodenními činnostmi – nezná vlastní adresu, telefonní číslo, co je za den, nenapočítá pozpátku, potřebuje pomoci s výběrem oblečení (problémy dělá rozpoznání oblečení pro vhodnou roční dobu), nepotřebuje pomoc jídlom a hygienou.
6. *Těžké zhoršení kognitivních funkcí* - je potřeba rozsáhlá pomoc v každodenních činnostech, pacient rozlišuje známé a neznámé tváře, ale nepamatuje si jména

pečovatelů, známých atd., již potřebuje pomoc s oblékáním, dochází ke změně chování, podezřívosti, objevují se bludy, nemocný se ztrácí.

7. *Velmi závažné zhoršení kognitivních funkcí* - jedinec pozbývá schopnosti reagovat na prostředí, pokračovat v rozhovoru, potřebuje pomoc s každodenní péčí, ztrácí um držet hlavu, usmívat se, sedět bez opory, je narušeno polykání (56).

1. 1. 4 Diagnostika a terapie ACH

ACH diagnostikuje lékař na základě příznaků nemoci a charakteru průběhu onemocnění. V praxi to vypadá tak, že podezření na ACH začne mít rodina (příbuzný se hůře vyjadřuje, zapomíná atd.), příbuzní tedy vyhledají praktického lékaře a situaci s ním proberou. Praktický lékař nemocného vyšetří, natočí EKG, udělá rentgen plic, nabere krev a moč na vyšetření, zhodnotí charakter a množství dosud užívaných léků. Toto základní vyšetření slouží k tomu, aby se vyloučila jiná onemocnění. Praktický lékař následně pošle nemocného k dalšímu vyšetření k odbornému lékaři - neurologovi a psychiatrovi (47).

Diagnostika ACH má tři etapy:

- Diagnóza syndromu demence - zjištění na základě klinického obrazu, objektivních údajů blízké osoby, odlišení deliria, deprese, mentální retardace a normálního stárnutí. Kromě běžného vyšetření se využívají screeningové škály - MMSE a Test hodin.
- Ve druhé etapě se diagnostikuje typ demence - důležité je především rozpoznání demencí s léčitelnou příčinou, pak může být včas zahájena léčba.
- Ve třetí etapě se určuje stupeň demence a to na základě klinického obrazu a výsledků posuzovacích škál (25).

Neexistuje žádný přímý ukazatel stupně pokročilosti choroby, za tímto účelem se tedy používá škála MMSE - Mini Mental State Examination, protože kognitivní poruchy korelují s ostatními obtížemi (závislost na další osobě, psychické změny,

změny chování). Středně těžká demence odpovídá skóre MMSE 10 a 15, těžká demence skóre meze 3 a 9, u velmi těžké demence je skóre menší než 3 (64).

Další globální škály, které jsou při vyšetření k dispozici - kromě MMSE - je i Global Deterioration Scale a Clinical Dementia Rating, které berou v potaz jak deficit kognitivních funkcí, tak stupeň narušení každodenních činností (64).

Odborné vyšetření pacienta s podezřením na ACH má stejnou strukturu jako běžné psychiatrické vyšetření, pouze je věnována větší pozornost paměti, úsudku a dalším příznakům, které demenci provázejí (36).

Předpokladem dosahování cílů v léčbě ACH je komplexní terapie pacienta, jeho dlouhodobá aktivní spolupráce, která je důležitá v souvislosti s farmakologickou léčbou i nefarmakologickými metodami (44). Komplexní terapie by měla zahrnovat úpravu životosprávy, kompenzaci somatických nemocí, farmakoterapii, zajištění dostatku tekutin, spánku a rehabilitaci (36).

V průběhu ACH dochází k ukládání patologického proteinu beta-amyloidu v extracelulárním mozковém prostoru, následně vznikají útvary, které se nazývají plaky. V oblastech plaků pak dochází k rozvoji neurodegenerativní kaskády – k uvolnění velkého množství volných kyslíkových radikálů, k excitotoxicitě aminokyselin, k zvýšenému pronikání kalcia do neuronů, k sterilnímu zánětu s uvolněním reaktantů a aktivaci enzymu cyklooxygenázy 2 (50).

Tvorbu beta-amyloidu zatím ovlivnit nedovedeme. S velkými nadějemi byla zkoušena vakcinace beta-amyloidem, ale u lidí, na rozdíl od myší, docházelo k navození autoimunitních procesů a k těžkým encefalitidám (30).

Hlavní intraneuronální změnou je degenerace tau-proteinu, spojeného s mozkovými mikrotubuly, čímž dochází k tvorbě tzv. tangles – neufibrilárních košíčků. Všechny uvedené změny vedou k odkrytí patologických genů, včetně genu pro apoptózu – programovanou buněčnou smrt. Tak dochází k zániku neuronů – k jejich atrofii (50). Degeneraci tau-proteinu s následným vznikem tangles také zatím ovlivnit nedokážeme (30).

Ovlivnění acetylcholinergního systému je základní typ farmakologické intervence u lehké až středně těžké ACH. Jsou používány především inhibitory mozkových

cholinesteráz, což jsou enzymy, které odbourávají acetylcholin. Navíc mají podíl na toxicitě beta-amyloidu (50).

Další farmakologické kognitivní strategie již nejsou podloženy výsledky klinických studií. K snížení působení volných kyslíkových radikálů jsou používány tzv. scavengery (znašeče), ke kterým náleží E vitamin. Inhibitor aminooxidázy b-typu selegilin snižuje tvorbu volných radikálů, stejně jako selektivní i neselektivní extrakty gingo biloba. Jako doplněk léčby se používají nootropní farmaka – piracetam, pyritiol, nicergoli. Experimentálně je ověřována možnost podání nesteroidních antirevmatik (50).

Deprese se vyskytuje u 15-20 % pacientů s ACH. V léčbě se vyhýbáme tricyklický antidepressivum 1. generace, mohla by funkční blokádu centrálního acetylcholinergního systému zhoršovat průběh demence nebo vyvolávat deliria. Nejpoužívanější skupinou jsou antidepressiva 3. generace - selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (tetralin, citalopram, paroxetin). Vhodná jsou také antidepressiva 4. generace - selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu i noradrenalinu (vitrazin, venlafaxin) (50).

Úzkostnou náladu u pacientů s ACH můžeme ovlivnit podáváním menších dávek antipsychotik (tiapridu, melperonu, risperidonu), některých antidepressiv (paroxetin), nebo moderních anxiolytik (busprinol) (30).

U středně těžkých a těžkých forem demence se vyskytují poruchy chování. Běžně se setkáváme s neklidem, agitovanost, poruchy mohou být s agresivitou, nebo bez agresivity. Agresivita může být verbální i brachiální. Často se u ACH pacientů vyskytují bludy, halucinace, iluze (30). Hlavní skupina farmak, která se používá při léčbě poruch chování, jsou antipsychotika 2. generace (haloperidol, tiaprid, olanzapin, zipsasidon) (50).

Při poruše spánku (či při poruše cyklu spánek-bdění) se používají hypnotika. V indikaci léčby poruchy spánku u ACH jsou také často používána antipsychotika (30).

Význam má také podávání nesteroidních antiflogistik, k léčbě sterilního zánětu, který vzniká v oblasti plaků (50).

Při léčbě ACH platí, že časnější zahájení léčby má větší úspěch, než když se začne s léčbou v pokročilých stádiích. I podávání léků v pokročilých stádiích má svůj význam,

nedá se ale počítat s tím, že by se nemocný dostal na stejnou úroveň jako ten, u kterého byla léčba zahájena včas. Dojde ale alespoň ke zpomalení progresu (18).

Doporučuje se, aby léčba trvala tak dlouho, jak dlouho přetrvává její klinický přínos. Léčbu je vhodné ukončit, pokud stav pacienta způsobených chorobou dosáhne velmi těžkého stadia - při MMSE méně 3 (64).

K léčbě ACH se využívá i léčba alternativní. Např. používání doplňků stravy má ale své nevýhody - není úplně známá účinnost a bezpečnost (doplňky stravy mají snadnější podmínky uvedení na trh, než léky na předpis), za obsah ručí pouze výrobce, také mohou mít tyto doplňky závažné interakce s předepsanými léky (1).

Nové léky vylepšily průběh onemocnění, přesto ne všichni pacienti dostávají např. některý inhibitor cholinestázy. Je to způsobeno tím, že zhruba jen polovina předpokládaného počtu ACH je zjištěna, pacienti sami nepřijdou - z důvodu stigmatizace nebo nechápou, že se něco děje, dalším důvodem může být i chybně stanovená diagnóza (7).

Součástí léčby je i kognitivní rehabilitace. Je to jeden z nefarmakologických terapeutických postupů, který tvoří součást komplexní péče o pacienta s lehkým a středně těžkým stupněm ACH. Cíleně obsahuje intervenci zaměřenou na aktivizaci klienta, jeho rodinných příslušníků, na stabilizaci kognitivních funkcí. Terapie vychází z individuálních požadavků a potřeb pacienta. V kognitivní rehabilitaci jsou zakotveny dva základní přístupy - posilující (kognitivní deficit je zlepšený prostřednictvím různých opakujících se cvičení) a kompenzační (adaptační strategie a úprav prostředí jsou použité pro obnovení funkce). Tyto dva přístupy mohou být kombinované a jejich součást zahrnutá do jiných nefarmakologických forem terapie (44).

Rehabilitační, aktivizační, zážitkové a terapeutické programy, které v ideálním případě navazují na psychoterapii, posilují u pacienta vědomí vlastní užitečnosti, zlepšují sebepojetí, posilují kognitivní funkce. Mají tedy sociální, dynamizující a aktivizující význam, zlepšují celkové fungování jednotlivce, zvyšují jeho soběstačnost. Lze je provádět jak ve formě individuální, tak skupinové (52).

U klienta s demencí je v každém případě třeba přizpůsobit rehabilitaci jeho duševnímu a tělesnému stavu (36).

1. 2 Možnosti pro klienty s ACH

1. 2. 1 Péče o osobu s ACH v domácím prostředí

Ze sociálně-ekologického modelu vyplývá, že rodina je považována za základní jednotku péče. Pomocí rodině může být poskytnutí co možná největšího počtu informací o chorobě, v určení osoby, na kterou se rodina může obracet, v tom, že si daná osoba bude schopna vyhradit pro rodinu místo a čas a že bude umět pracovat s celou rodinou dohromady – tedy s pečovateli spolu s osobou trpící ACH (5).

Při vyšetření pacienta s ACH je nezbytné, aby lékař zjistil přítomnost či nepřítomnost manžela či manželky a dětí, protože právě ti jsou lidmi, kteří se mohou o pacienta postarat. Ochota rodiny pečovat o člena, který onemocní ACH, je ovlivněna kvalitou a mírou vztahů, která v rodině panovala před vypuknutím choroby (10).

Přibližně 80 % osob s ACH je v péči členů rodiny, tedy v péči neoficiálních pečovatelů, tři čtvrtiny z nich jsou ženy (64).

Péče o nemocného rodinnému pečovateli zabere většinu času, péče komplikuje zaměstnání - hrozí jeho ztráta, péče se postupem času stává také finančně náročná, pečovatel je ohrožen vysokou mírou stresu, dostavuje se naprosté vyčerpání. Pečovatelé se cítí často osamoceni, zcela izolováni, potřebují jakoukoliv formu podpory, o kterou se často stydí požádat (47).

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které člověk s ACH od rodiny vyžaduje, lze rozlišit tři stupně péče:

- Prvním stupněm je důležitá, časově, fyzicky a psychicky méně náročná, *podpůrná péče (subsidiarity care)*. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk.
- Druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci, je *neosobní péče (impersonal care)*. Sem bývají řazeny činnosti související s péčí o domácnost – potřeba uvařit, uklidit, vyprat.

- Třetím, nejnáročnějším stupněm péče, je *osobní péče (personal care)*. Zde je řazena péče časově velmi nákladná, fyzicky a také psychicky náročná, součástí je intimní péčí o starého člověka (21).

Lékař, který léčí pacienta s ACH, by měl průběžně zjišťovat a brát v úvahu zátěž, kterou pro pečující osobu nemocný představuje (64).

Hodnocení zvyšující se zátěže pečovatele:

- stanovení citlivosti pečovatele (izolace, odmítání odborné pomoci);
- vyšetření psychických obtíží pečovatele (úzkost, poruchy spánku, deprese);
- zjištění zdravotního stavu pečovatele;
- zjištění pozitivního dopadu domácí péče o nemocného;
- zjištění přání pečovatele umístit pacienta do zařízení sociálních služeb, jeho motivace a důvody;
- zhodnocení schopnosti pečovatele vypořádat se s důsledky choroby;
- odhad finanční situace pečovatele (65).

Opatření na podporu domácích pečovatelů se zaměřují především na tyto cíle:

- snížení osobní zátěže pečujících;
- prevenci psychických poruch;
- snížení morbidit a mortality;
- zlepšení kvality života pečovatele a pacienta (64).

Existují tři typy opatření pro pomoc pečovatelům:

- *Opatření týkající se pacientů* - omezení psychických problémů osoby s ACH, snížení poruch chování pacienta, zvýšení jeho samostatnosti, kognitivní stimulace, možnosti využití sociálních služeb.
- *Opatření týkající se pečovatelů* - poskytování informací o ACH, psychická podpora v rámci diskusních skupin, možnosti využití sociálních služeb, využití edukačních digramů pro pečovatele atd.
- *Opatření týkající se pacienta i pečovatele* - těchto opatření je stále málo - společné konzultace, diskusní skupiny (64).

I když péče o osobu s ACH může pečovateli přinášet uspokojení, pečující osoba může považovat svoji úlohu za přítěž, hlavně, když se závislost a změny chování osoby

s ACH stupňují. Vyčerpání pečovatele může být jedním z důvodů, který vede k rozhodnutí umístit pacienta do zařízení sociálních služeb nebo zdravotnického zařízení. Je to ale situace, která je pro osobu s ACH i pro pečovatele značně traumatizující, rozhodnutí umístit člena rodiny do zařízení přitom nemusí vést k vyřešení jeho emočních potíží (64).

I osoby s ACH jsou vystaveny nejisté budoucnosti, jsou nuceny přizpůsobit se nové roli, mají strach ze změny, chtěly by žít dál nezávisle a nepotřebovat cizí pomoc (14).

V péči o osobu s ACH, o kterou je pečováno v domácím prostředí, pomáhají sociální služby. Základní službou, určenou pro pomoc s péčí o osoby žijící ve svém domácím prostředí, je *pečovatelská služba*. Spočívá obvykle v dovážce jídla a v pomoci s obstaráváním domácnosti, čímž se pomůže pečující osobě (40).

Po roce 1989 se rozšířila síť denních *center pro seniory*. Centra poskytují různé druhy aktivizačních programů. Některá z center jsou schopna postarat se i o rozvoz klientů, což představuje velkou úlevu pro pečující rodinu. Některá denní centra jsou přímo specializována na péči o klienty s demencí (40).

Další poskytovanou službou je úlevová, tedy *respitní péče*. Princip služby spočívá v tom, že do bytu, kde starý člověk bydlí s rodinou, přijde asistent, který o klienta několik hodin denně pečuje anebo v tom, že je o klienta v nějakém zařízení sociálních služeb po část dne postaráno (40).

Některé neziskové organizace poskytují službu tísňového volání. Služba *tísňové péče* spočívá v možnosti snadno se dovolat pomoci v případech, kdy se přihodí něco, co klient nedokáže sám zvládnout - např. pád. Pro lidi s demencí se začaly používat náramky, v nichž jsou uloženy informace pro toho, kdo takovému člověku může pomoci najít člena rodiny či jinou odpovědnou osobu (40).

ACH není nemocí jen jednoho člověka, ale nemocí celé rodiny. O to víc, oč je nemoc milosrdná k nemocnému, o to víc trpí jeho rodina a blízké okolí. Nemocný v pozdních stádiích nemoci neví kde je, kolik je mu let, nepoznává své nejbližší, neví, kým byl, zda má děti a kolik a podobně (47).

Rodině pečující o osobu s ACH lze pomoci prakticky tak, že s ní přátelé a nejbližší okolí zůstanete v kontaktu (pečující se cítí izolováni), pečujícího potěší i malé drobnosti

(pozvání na oběd), je vhodné, jsou-li pomáhající konkrétní ve své nabídce, získají si informace o ACH, pomocí je také, když někdo pečuje o pečujícího, když okolí pamatuje na všechny členy rodiny, která pečuje o nemocného s ACH (14).

1. 2. 2 Institucionalizovaná péče o klienta s ACH

Péče o klienta s demencí je péče, která trvá s největší pravděpodobností mnoho let. O rozvoj služeb, které pečují o tyto klienty, se výrazně zasloužila Česká alzheimerovská společnost (41).

Kromě péče o klienta v domácím prostředí lze využít i péče institucionalizované.

Možnosti jsou následující:

- *Oddělení následné péče ve zdravotnických zařízeních* – lze jich využít na přechodnou dobu, která je třeba k rekonvalescenci a návratu klienta do domácího prostředí (39).
- Speciální zdravotnická zařízení poskytující péči dlouhodobě nemocným jsou tzv. *LDN*. Jsou to místa, kde jsou díky nedostatečné kapacitě návazných sociálních služeb dlouhodobě hospitalizovaní pacienti, u kterých může sociální problematika převažovat nad zdravotní. Tito klienti jsou ale pro nemocnice značnou finanční zátěží (40).
- *Odlehčovací pobyt* – fungují např. v rámci domovů pro seniory, účelem je odpočinek pečující osoby (39).
- *Domovy se zvláštním režimem* - zajišťují specifické potřeby osob, především právě těch s demencí (39). Potřebám klientů se zařízení přizpůsobuje dle zákona o sociálních službách. Zákon ale nespécifikuje, v čem zvláštní režim spočívá. Zřizovatel si tedy sám musí odpovědět na otázku, v čem by onen zvláštní režim mohl a měl spočívat. Zpravidla řeší i otázku, zda režimová opatření nezasahují do základních práv a svobod uživatelů. Režimová opatření se používají tehdy, je-li to nezbytně nutné. Přístup k uživateli musí vycházet ze základních zásad zachování lidské důstojnosti, individuálně určených potřeb, podpory

samostatnosti, začlenění, nezávislosti a dodržování lidských práv a základních svobod uživatelů. A to jak v rovině individuální, vyjádřené smlouvou a individuálním plánem, tak v rovině společenské či komunitní, vyjádřené vnitřním řádem (60).

- *Domovy pro seniory* - některá zařízení tohoto druhu přijímají klienty i s demencí (39).
- *Hospice* jsou v našich podmínkách nestátní zdravotnická zařízení, která mají registrovanou i některou ze sociálních služeb. Tato zařízení fungují na principu paliativní medicíny. Sociální práce v nich soustřeďuje především na potřeby umírajícího, ale kromě toho také na potřeby jeho rodiny, některá zařízení poskytují pomoc i pozůstalým v době po úmrtí pacienta. V hospici je k pacientovi přistupováno jako k individu, sociální pracovník v hospici zpracovává přehled o jeho potřebách a situaci, participuje na vypracování plánu péče, vedle toho pomáhá pacientovi naplňovat některé psychické a sociální potřeby, koordinuje činnost dobrovolníků (40).

Vývoj v oblasti tohoto typu onemocnění klade na poskytovatele pobytových zařízení sociálních služeb rozsáhlé požadavky. Poskytovatelé jsou nuceni vyhovět rozsáhlému rozpětí potřeb svých klientů. Realita je totiž taková, že vedle sebe v pobytových zařízeních žijí klienti zcela bez demence a klienti s rozličnými příznaky demence. Růst počtu domovů se zvláštním režimem (která jsou pro klienty s demencí zřejmě nejvhodnějším řešením) je v době krize v podstatě nemožná, nabízí se vhodné řešení. V běžném zařízení pro seniory zvláštní lze otevřít (bez výraznějších finančních nákladů, o což jde především) oddělení pro klienty s demencí. Pro zřízení takového zvláštního oddělení není třeba registrace další sociální služby. Jde tedy o praktickou a finančně i administrativně snadněji realizovatelnou možnost, jak zlepšit soužití těchto dvou skupin klientů. Takové oddělení je ovšem třeba vybavit nejen materiálně, ale i metodicky, je třeba zakalkulovat náklady na posílení personálu, podporu v podobě školení a zvýšené náklady na supervizi a terapeutické činnosti (29).

Důvodem umístění nemocného s ACH do zařízení (jak sociálních služeb, tak zdravotnického) by neměla být pouhá potřeba umístit osobu s demencí do zařízení. Rozhodnutí často urychluje kombinace následujících faktorů:

- vyčerpání pečovatele;
- nedostatečná podpora pečovatele i pacienta;
- rozvoj poruch chování;
- rozvoj inkontinence.

Jako vhodné se před umístěním pacienta do zařízení jeví možnost dočasného umístění na zkoušku - možností je např. odlehčovací pobyt. Do rozhodnutí o umístění do zařízení, by v každém případě měla být angažována i osoba s demencí (64).

Mezi prvky, které se sledují v zařízeních se zvláštním režimem a v domovech pro seniory, kde žijí osoby s demencí, jsou zejména prostředí a vybavení bydlení, úroveň poskytované péče, míra soukromí, volnost pohybu a zajištění bezpečí klientů. Rovněž je dbáno na podmínky sjednání a obsah smlouvy, uzavírané mezi zájemcem o službu a jejím poskytovatelem. O stav těchto zařízení se v předchozích letech zajímal ombudsman, zjištěné nedostatky jsou především nedostatečné zajištění soukromí klientů při osobní hygieně, nedostatečná prevence pádů, nepřizpůsobení péče tomu, v jaké fázi onemocnění se konkrétní klient nachází (31).

Výhoda pro klienty v zařízení sociálních služeb je ta, že jim lze k zlepšení nebo stabilizaci stavu pomáhat programovanými aktivitami. Ty jsou organizovány individuálně i skupinově. Patří sem:

- kognitivní trénink (aktivizace pomocí kvízů, her atd.);
- podpora naučených postupů (klienti popisují některou z komplexních činností, kterou vykonávají);
- reminiscenční terapie (využívá osobních vzpomínek);
- programování aktivit (je podporován přirozený rytmus denních aktivit pacienta); arteterapie, muzikoterapie (rozdívají emoční prožívání klientů) a orientace realitou (slouží k zjednodušení orientace pacienta v čase a prostoru) (38).

Komunikace pečujícího personálu s klientem v zařízení sociálních služeb vyžaduje psychoterapeuticky laděný citlivý přístup, který by se měl prolínat veškerou prací

celého týmu, který o klienta pečuje. Je třeba respektovat především nerozdělitelnost somatických, psychických a sociálních stránek života těchto klientů, je velmi důležité přihlížet k jejich osobním zvláštnostem, které jsou způsobené jak jejich osobností, tak nemocí (21).

Základní pravidla vztahu s klientem v zařízení sociálních služeb jsou:

- zainteresovaný osobní vztah k nemocnému, projevy zájmu pracovníka, vcítění, empatie;
- po přijetí je důležité uvedení klienta do života zařízení, vysvětlení neznámých věcí, snižuje to klientovu nejistotu;
- aktivní úsilí o aktivizaci seniora;
- zájem a trpělivost klienta vyslechnout;
- průběžné udržování kontaktu s klientem i jeho rodinou, vzájemná výměna důležitých informací;
- vytváření ovzduší přátelství a optimismu, nejen ve vztahu ke klientovi, ale i k jeho rodině;
- ocenění a pochvala klientovy snahy a úsilí (21).

1. 2. 3 Instituce a aktivity pro klienty s ACH a jejich pečovatele

Alzheimer Europe je evropská nezisková organizace, jejímž cílem je zlepšit situaci obyvatel Evropy, kteří jsou postižení demencí - pacientů samotných i jejich rodinných příslušníků. Zprostředkovává výměnu informací a zkušeností na evropské úrovni, napomáhá vytváření praktických informačních materiálů, ve spolupráci s mateřskými organizacemi vydává doporučení pro péči o klienty s demencí, velkou měrou se podílí na výzkumu demencí (23).

Alzheimer Europe je mladou organizací. Vznikla v roce 1990 a byla založena společně belgickou, holandskou a španělskou alzheimerovskou společností. Cílem bylo vytvoření fóra pro vzájemnou výměnu informací a zkušeností mezi jednotlivými zeměmi Evropy. Již v roce 2004 sdružuje organizace *Alzheimer Europe* celkem 31

společností z 26 zemí, včetně České republiky (23). Nyní sdružuje tato evropská organizace 36 dílčích organizací. V současné době Alzheimer Europe pracuje na třech velkých projektech, které se týkají především tolik potřebného výzkumu (48).

Česká alzheimerovská společnost se hlásí k cílům Alzheimer Europe. ČALS je tvořena centrálou v Praze, a řadou zařízení, která pracují na regionálních úrovních, tato zařízení se označují jako kontaktní místa ČALS. Ta existují při sociálních institucích, zdravotnických zařízeních a či univerzitách (55). Cílem ČALS je zlepšení situace pacientů s demencí, pomoc při prosazování jejich práv a zájmů, podpora a poskytování informací a to především s ohledem na potřebu zachovat důstojnost člověka v situaci, kdy jej postihne toto závažného onemocnění (23). Snaží se rozšiřovat informace o jednotlivých formách demence, o možnostech léčby, o potřebě včasné diagnostiky, snaží se o zlepšení situace klientů s demencí. Pro rodinné příslušníky osob s demencí pořádá svépomocné skupiny s názvem „Čaje o páté“, v rámci kterých se tyto příbuzní setkávají a mají zde prostor pro diskuzi (12). Služby poskytované Českou alzheimerovskou společností se dělí na informační a úlevové. Mezi informační služby řadíme kontaktní a informační centrum (první kontakt klienta s ČALS, během kterého dochází k předání materiálů, informací, konzultace) a poradenství (zde jde již o terapeutický zásah, přichází i rodinní příslušníci, konzultantem je speciálně vyškolený pracovník, lékař nebo psycholog). Mezi úlevovou péčí patří svépomocné skupiny (podpora pečujícím rodinám, jsou přítomní odborníci, řeší se konkrétní problémy), a respitní péče (poskytovaná v domácnosti, jde o pohlídání nemocného v době, kdy má pečovatel své vlastní povinnosti mimo domov, nebo si potřebuje odpočinout, může být poskytována i aktivizační terapie - procházky, cvičení, taneční a reminiscenční terapie) (55).

Projekt *Rozvoj České alzheimerovské společnosti* je projekt z roku 2003. Cílem projektu bylo zajistit, aby v každém kraji, ideálně v každém krajském městě, fungovalo kontaktní místo ČALS, které by poskytovalo čtyři základní služby společnosti: kontaktní a informační centrum, poradenství, svépomocné skupiny a respitní péči v domácnostech. Prakticky to znamenalo vyvolat zájem a následně pomoci zrealizovat založení kontaktních míst ve třech krajích (Libereckém, Moravskoslezském a

Pardubickém) a čtyřech krajských městech (Hradec Králové, Olomouc, Jihlava a Plzeň). V rámci tohoto projektu proběhla řada školení pro spolupracovníky ČALS, byly vydány nové informační materiály pro laiky i odborníky (55). V Českých Budějovicích je kontaktním místem ČALS Zdravotně sociální fakulta, Ústav zdravotně sociální práce – Centrum pro seniory, které zajišťuje osobní konzultace, poradenství, kurzy trénování paměti, diagnostika atd. (8).

ČALS si v rámci Mezinárodního dne Alzheimerovy nemoci od roku 2001 připomíná tzv. *Pomerančový den*. Upozorňuje tak na problematiku ACH, distribuuje informační materiály, ve spolupráci se svými kontaktními místy pořádá i další akce (*Koncerty pro vážku*). Součástí Pomerančového dne je také veřejná sbírka, jejíž výtěžek slouží k zlepšení péče o osoby trpící demencí v kontaktních místech. Výtěžek sbírky v roce 2012 byl 62 900,- Kč, tendence výtěžků je ale klesající - v roce 2001 se vybralo 183 557,- Kč (53).

Bezpečný návrat je dlouhodobý projekt ČALS, je určený pro lidi, kteří jsou v rámci onemocnění demencí ohroženi blouděním. Do tohoto projektu jsou zapojeni nemocní a jejich rodinní pečující. Ti poskytují základní údaje o nemocném a telefonické kontakty na sebe a další členy rodiny. Program funguje tak, že účastník programu získá na základě vyplněné přihlášky tři náramky, na nichž je uvedený jedinečný kód a telefonní číslo na linku ČALS. Když se majitel náramku ztratí, pracovníci ČALS jsou schopni nemocného identifikovat, podat informace o příbuzných, jejich telefonní čísla, případně jim zavolat a informovat je, kde se jejich nemocný příbuzný právě nalézá. Účast v programu je díky podpoře sponzorů bezplatná. Do programu je zařazen každý zájemce, který vyplní přihlášku a pošle ji na adresu ČALS (6).

Vážka je certifikační systém, vyvinutý ČALS a který je určen pro služby, které jsou určeny pro osoby s demencí. Zařízením, která poskytují své služby v souladu s kritérii pro udělení certifikátu Vážka je certifikát udělen na 18 měsíců. Všechna kontaktní místa ČALS musí projít touto certifikací služby (9).

Projekt ČALS *Dny paměti* byl zahájen v červnu 2008 a stále úspěšně pokračuje. Ve vybraných kontaktních místech probíhá na základě telefonické objednávky vyšetření paměti. Paměť vyšetří proškolení spolupracovníci pomocí sady testů. Vyplnění

dotazníku, kterým je paměť vyšetřena, trvá asi hodinu. Zpracované výsledky testu ukáží, zda má vyšetřovaná osoba problémy s pamětí, pokud ano, zda jsou závažné a zda naznačují přítomnost nějaké nemoci. Pokud je tomu tak, je třeba, aby tato osoba podstoupila odborné vyšetření, v kontaktním centru je jí předáno spojení na kompetentního lékaře (16).

Protože procento výskytu ACH stoupá celosvětově, ČR nevyjímaje, představitelé Nadačního fondu Podepsáno srdcem vytvořili pracovní program, který preferuje podporu života nemocných v jejich domácím prostředí. Hlavním úkolem Nadačního fondu Podepsáno srdcem a jeho projektu *ALZHEIMER STOP* je shromažďování prostředků na podporu činnosti osobních asistentů, práci mobilních hospiců a na rozvoj poradenství. Projekt byl spuštěn v roce 2010, ve stejném roce by spuštěn i související projekt dárcovských SMS. Svými příspěvky dárci pomáhají zvýšit informovanost členů rodin se členy nemocnými demencí a to především prostřednictvím seminářů a informačních letáků (2).

V roce 2007 se připravoval projekt „*Prima vesnička*“, který zaštiťoval nadační fond Prima vesnička. Mělo jít o dlouhodobý charitativní projekt, který měl sloužit pacientům s ACH - cílem bylo postavit modelová zařízení, která by umožnila krátkodobý i dlouhodobý pobyt pacientů s demencí - denní pobyty, poradenství i úlevovou péči rodinám. Nadační fond je bohužel v likvidaci (67).

Vláda přijala v průběhu října roku 2010 návrh koncepce, která by pomohla řešit problematiku ACH a obdobných onemocnění a zadala příslušným resortům zpracovat návrh koncepce řešení této problematiky. *Plán Alzheimer* by měl především analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, znát jejich potřeby a zajišťovat dostupnost zdravotnických a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Součástí plánu by měla být i opatření směřující k podpoře rodinných pečujících a podporu péče o osoby s demencí v domácím prostředí. Součástí by měla být i podpora výzkumu v oblasti ACH, protože podpora výzkumu je u nás mizivá a informace jsou čerpány pouze ze zahraničí (45). Český plán alzheimer ale stále chybí (59).

1. 3 Péče o klienta s ACH

1. 3. 1 Specifika péče o nemocné s demencí

Není pochyb o tom, že o osoby s demencí vyžadují specifickou péči a zvýšenou ochranu svých práv (31). Péči je třeba poskytovat po celou dobu trvání choroby, je třeba počítat s tím, že s rozvojem nemoci se potřebné množství péče zvyšuje (58). Je ale důležité si uvědomovat, kdy poskytnout pomoc - rozhodně ne dřív, než je skutečně potřeba. Zbytečně brzy poskytovaná pomoc vede ke snížení motivace vyzkoušet, zda daný potřebný úkon nemocný nezvládne sám (11).

Klienti s demencí se od určitého stadia nemoci neobejdou bez péče, která je zajišťována odborným personálem. Takový pracovník (ať se jedná o zdravotní sestru, tak třeba i pracovník v sociálních službách) právě může pomoci vymezit to, co ještě uživatel zvládá a co už ne. V zařízení by měl být schopen převzít zodpovědnost za stav klienta multidisciplinární tým, měl by se snažit jej aktivizovat a motivovat a to i přes jeho možný počáteční nesouhlas (60).

Pro první kontakt s klientem se doporučuje jeho domácí prostředí, pokud to nejde, je vhodné jednat v tichém, chráněném a bezpečném prostředí, některé osoby s demencí ruší i přítomnost blízké osoby či příbuzného (39).

Aby mohli pracovníci poskytovat specifickou péči klientům s demencí, je třeba jejich odborné zaškolení. Pracovníci jsou pak připraveni klienta lépe pochopit, umí mu připravit specifické podmínky pro život, mohou mu vytvářet specifické aktivity, umí naplňovat jeho specifické potřeby. Připravení pracovníci umí také lépe zvládat vyšší zátěž, která vzniká při péči o osoby s demencí (24). Podpora personálu pro lepší zvládnutí vyšší zátěže spočívá především v dobré organizaci práce, v zájmu nadřízeného o práci ostatních, v pocitu hrdosti na svoji práci, ve znalosti klienta a vztahu k němu a ve finančním ohodnocení (5).

Hlavní zásady přístupu ke klientovi s demencí jsou včasná diagnostika, objasnění možností léčby klientovi a příbuzným, komplexnost léčby, zajištění bezpečí nemocného, je třeba od počátku věnovat dostatečný prostor pro resocializaci,

rehabilitaci a duševní i tělesnou aktivizaci nemocného, aktivně kontrolovat a podporovat malnutrici (50).

Každý klient je v každém stadiu nemoci jedinečným individuem a zaslouží si kvalitní a dostupnou péči a bez diskriminace z důvodu věku nebo závislosti na jiné osobě (64).

Klienti s demencí mají potřebu jiného *denního režimu*, než ostatní klienti – ať se jedná o klienty v zařízení bez zvláštního režimu, ale i o klienty v zařízení se zvláštním režimem (24). Klient, který se účastní běžného režimu v zařízení, může být zmatený a v tomto (pro něj chaotickém) režimu ztracený. Proto je třeba pro tyto klienty nastavit režim specifický:

- Je třeba zpomalit. Klient s demencí potřebuje více času na hygienu, oblékání, stolování, je třeba dodržovat jiný spánkový režim – nechat klienta spát kdy chce, jak dlouho chce (24).
- Je nutné vytvořit klientům pomalejší a pravidelný režim dne. Záleží i na tichém a pokojném prostředí. Klientům s demencí není vhodné pouštět televizi, rádio pouze v případě, že slouží k terapii, i tak ale tichou a klidnou hudbu (24).
- Klienty s demencí je lépe nechat stravovat individuálně – buď o samotě, nebo s klienty se stejnou diagnózou. Je prokázáno, že pokud se klienti s demencí stravují s ostatními bez této diagnózy, tak hubnou. Stresuje je prostředí, hluk, cizí tváře, velké množství lidí a málo času k tomu, aby se najedli. Pokud se klienti s demencí stravují ve společných prostorách, doporučuje se, aby seděli pokaždé na tom samém místě, se stejnými lidmi – vytváří se jim tak pocit pohody a jistoty (24).
- Je třeba zajistit klientovu bezpečnost. Vhodné je odklidit z místnosti vše, co může zapříčinit pád klienta (47).
- Pokud žije klient ve své domácnosti, je nutné zabezpečit plynové a elektrické sporáky a jiné spotřebiče, snížit teplotu bojleru. Pečovatelé by měli zabránit osobě s demencí v řízení auta, kontrolovat, kam nemocný chodí, dohlédnout na stravu nemocného (47).
- V přístupu ke klientům je třeba respektovat individuální rozdíly mezi nimi (39).

Zvláštností klientů s demencí je *toulání*, které s sebou nese řadu rizik. Patří mezi ně především možnost zranění klienta či pádu, jeho ztracení a následné strádání při nemožnosti najít cestu zpět. Důvodů, proč klient s demencí odchází, je několik – klient chce být jinde, nechce být právě tady, chůze uvolňuje energii atd. Klienty podněcuje v pátrání po něčem novém i nedostatek podnětů (65). Klientovi je vhodné zprostředkovat kontakt s osobami, které mu chybí, místo, kde klient žije, je příhodné zařídit pokud možno tak, aby v něm vyvolávalo pocit domova, v případě častějších útěků by měla pečující osoba hledat příčinu – obavy, neshody s personálem, spolubydlící atd. (65).

Součástí demence jsou poruchy chování, které nejen ztěžují péči o klienta, ale mohou ho i ohrozit. Proto je součástí péče o klienta s demencí i použití *restriktivních opatření* (23). Jde o záležitost natolik závažnou, že ji ošetřuje zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) a to v paragrafu 89.

Cílem použití restriktivního opatření je ochrana klienta, zajištění bezpečí pro ostatní klienty a zabránění poškození majetku. Jedná se o krajní řešení proto, že může způsobit psychickou zátěž jak klientovi, tak pracovníkům, přihlížejícím a v neposlední řadě i příbuzným (65).

V případě použití restriktivních opatření je vždy třeba pátrat po příčinách problémového chování klienta, možných vedlejších účincích léků, stresu, špatném vztahu mezi pečujícími a pacientem, jiném onemocnění a podobně (23).

Při použití omezujících prostředků musí být vyčerpány všechny ostatní možnosti, jak zajistit bezpečí klienta a jeho okolí. Nelze v žádném případě používat omezení z důvodu usnadnění péče o problematického klienta (31). Zisky z restriktivního opatření vždy musí převýšit rizika (65).

Jako možnost předcházení situacím, kdy je třeba použít omezující opatření, se jeví vhodné zařadit dostatek pohybu pro klienty, zvýšit počet personálu, nastavit klientům vyhovující denní režim bez rušivých podnětů a nabídnout jim dostatek adekvátních aktivit (47).

Mezi druhy omezujících prostředků patří:

- fyzické prostředky (úchopy atd.);

- mechanické (kurty, síťová lůžka, izolace, zamykání dveří);
- farmakologické (léky na zklidnění) (65).

Klientovi je třeba celou situaci, kdy je třeba použít restriktivní opatření, vysvětlit, rozhodně není vhodné nechávat klienta bez dozoru (65). Klientovi je nutné vysvětlit co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat, je důležité říci klientovi i to, kdo bude přítomen, jak dlouho a kdo bude na pacienta dohlížet (23). Po ukončení restriktivního opatření je potřeba klientovi věnovat zvýšenou pozornost a zajistit jeho základní potřeby (65).

Možností, jak zlepšit péči o klienty v zařízeních sociálních služeb je *dobrovolnictví*. Tento fenomén nabývá na významu i v ČR. Princip dobrovolnictví je založen na solidaritě a praktické pomoci potřebným občanům. Forma pomoci může být různá – někdo poskytuje peněžní dary, někdo osobní pomoc (20).

U klientů s demencí je důležité sledování jeho *výživy*. Klienta je třeba každý měsíc vážit. Proti malnutrici je možné bojovat úpravou nutričních dávek, rozdělením podávaných jídel na menší části, změnou konzistence stravy, nebo výběrem jídel, které pacientovi zjevně chutná (64).

1. 3. 2 Zásady komunikace s klientem s demencí

Komunikace s lidmi, trpícími demencí je specifická a pro každého komunikujícího náročná. Je důležité uvědomit si, jaké oblasti jsou demencí změněny, jaké potíže ten který klient má a jakými způsoby se je snaží kompenzovat (65). Je patrné, že ke každému klientovi s demencí je třeba přistupovat individuálně, otevřeně a přátelsky, a to v každém případě a v každé situaci (26).

O tom, jak je komunikace s klientem s demencí důležitá, svědčí i fakt, že se mu na svých webových stránkách věnuje i Všeobecná zdravotní pojišťovna, která sestavila a zveřejnila Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence (13).

Komunikace se z hlediska péče o klienty podílí na předávání důležitých informací, má motivační charakter. Podílí se na podpoře osobní identity, vede k odreagování. Díky

komunikaci s klientem lze získat zdravotní a sociální anamnézu, komunikace pomáhá rozpoznat jednotlivé potřeby klienta. Pokud klienti komunikují, uspokojují potřebu kontaktu, sociálního začlenění, potřebu uznání, potřebu bavit se, nebo si odpočinout (21).

Bohužel neexistuje univerzální postup, jak jednat při prvním kontaktu s klientem s demencí. Jsou klienti, kteří jednají např. s lékařem raději sami, někteří si s sebou přivedou rodinné příslušníky, někdy si přítomnost vyžádá sám rodinný příslušník (26). Při prvním kontaktu s klientem není dobré dávat mu otázky, na které nezná odpověď, je třeba začít běžnými dotazy - jak se mu daří, jak spí atd. (36). Pokud je to možné, je pro počátek komunikace a navázání kontaktu s klientem přínosné zjistit si předem alespoň některé údaje z klientova předchozího života. Na počátku rozhovoru je příhodné klienta oslovit vždy jménem, podle jeho reakce lze zjistit, zda klient poslouchá a vnímá (26).

Někteří klienti s demencí o jakýkoliv kontakt s kýmkoliv nestojí. Mohou tak reagovat na změnu, někteří se jen déle osmělují. Takové klienty je dobré k hovoru vybízet, pokud jsou známy informace o klientově životě, lze volit témata, která jim jsou pravděpodobně blízká (39). Někteří klienti, kteří jsou právě umístěni v zařízeních, často nevědí, o čem vůbec mohou s personálem hovořit. V takovém okamžiku je vhodné téma přinést - každý rád hovoří o profesi, koníčcích, rodišti atd. (65).

Klienti s demencí (a senioři obecně) si nepřejí, aby kdokoliv poznal, že mají problémy s komunikací, dovedou tyto problémy zastírat - vypadají v komunikaci informovaně, přesto nerozumí. Během komunikace si lze ověřovat, zda klient mluvenému rozumí - používají se jednoduché otevřené otázky, je třeba nechat dostatek času na odpověď (39).

Je dobré se před začátkem komunikace s osobou s demencí ujistit, zda neexistují fyzické problémy, které by bránily v komunikaci. Zde jde především o špatně padnoucí zubní protézu (mluvení pak může bolet, nebo být komunikujícímu trapné), vadu zraku, vadu sluchu - klient nemusí vidět, kdo na něj mluví, nebo prostě nemusí slyšet, co druhý komunikující říká (11).

Při komunikaci s klientem s demencí je dobré dodržovat některé zásady:

- Základem dobré komunikace s klientem s demencí je přijmout nekritický postoj a zůstat v klidu (11).
- Při komunikaci s klientem s demencí je vhodné volit jednoduché, krátké věty, volit pro klienta srozumitelný slovník (65).
- Slovní komunikaci lze doplnit o neverbální - obrázky, příklady, nálepky, cedulky s pokyny, tabulky atd. Lze také označit skříně, komody nebo dveře v domácnosti klienta s demencí (11).
- Hodně nemocných ocení jistě i fyzický kontakt, i v nejtěžších stádiích demence klienti reagují na známé hlasy a doteky (11). Je důležité se předem přesvědčit, že klientovi doteky nevadí (26).
- Důsledně používáme jméno nemocného, často a opakovaně (11).
- Je příhodné využít chvíle, kdy se na nás klient obrací, nejlépe, je-li situace bez rušivých podnětů (65). Komunikaci může zhoršovat prostředí, kde se klient špatně orientuje (26). Je lepší, převezme-li komunikační iniciativu nemocný, sám si najde téma k hovoru (11).
- Pro pečující osobu je nepříjemné, když klient používá vulgarismy a nadávky. Je třeba odlišit, zda to klient dělá vědomě, nebo je to součástí jeho onemocnění. U první skupin klientů je dobré důsledně vymezit pravidla komunikace (65).
- Není vhodné ptát se nemocného, co chce dělat potom (19).
- Zatěžující při komunikaci s klientem s demencí může být i stále se opakující téma hovoru - často je tímto tématem zdravotní stav klienta. Situaci lze eliminovat tím, že jsou klientovi nabízena jiná témata k hovoru (65).
- V komunikaci s klientem s demencí se nedoporučuje zamlčování informací a to i těch nepříjemných. Klient o to více, o čem komunikuje hůře verbálně, cítí drobné změny v nonverbální komunikaci – úmyslně zamlčované sdělení odhalí (13). Osoby se zhoršenou komunikací jsou na rozpory mezi verbální a neverbální složkou komunikace zvláště citlivé (11).
- Dobrý komunikující je ten, který umí naslouchat a vnímat signály klienta (19). Je dobré informace rekapitulovat, nikoliv ale jednoduchá a konkrétní sdělení, mohlo by to klienta ponižovat a vést k frustraci (11).

- Při komunikaci s osobou s demencí je důležitý tón a výška hlasu, výraz tváře a držení těla (11). Doteky, tónem a úsměvem lze dát klientovi najevo, že jej komunikující bere vážně, že jej poslouchá (19).
- Klienti s ACH žijí v přítomnosti, při kontaktu s nimi je dobré dělat totéž. Tito lidé mají svojí realitu, jsou na jiném místě v jiném čase, než my. Trvá-li komunikující na něčem jiném, může způsobit klientovi bolest a frustraci (19). Je tedy výhodnější vyhybat se diskuzím o realitě (47).
- Otázky je lépe volit jednoduché – s možností odpovědi ano – ne (11).
- Není vhodné vnášet do komunikace jména dalších lidí, aniž by klient věděl, o koho jde (19).
- V rámci terapie lze klientovi pouštět oblíbenou hudbu, ale pečující by neměl připomínat klientovi, že zrovna tato hudba byla jeho oblíbená (19).

Jak je patrné, úroveň komunikace s klientem s demencí závisí do značné míry na pečující osobě (39).

1. 3. 3 Náročné situace v péči o seniory s demencí, jejich důsledky a prevence

Péče je forma napojení se na druhé, je to pomoc potřebným. Souvisí s asistencí, podporou usnadněním života těch, kteří to potřebují, usiluje o jejich zlepšení kvality života (37). I proto pracovníky pomáhajících profesí ohrožuje *stres* (46).

Pojem *stres* charakterizuje fyziologické projevy, kterými organizmus reaguje na různé zátěže (34). *Stres* vyvolávají události, které obecně dělíme na:

- zátěžové životní situace;
- chronické stresory;
- drobné denní nepříjemnosti (34).

Příznaků *stresu* je velké množství - dělíme je na tři velké skupiny: fyziologické projevy, psychologické a behaviorální projevy (35).

Reakce na *stres* mohou být různé. Jsou velmi individuální a závisí na posouzení dané situace jedincem. Lidé v podobných situacích nereagují stejně, vliv má struktura

jejich osobnosti, jejich charakter, rodinné, společenské a kulturní prostředí, a také záleží na intenzitě a délce trvání stresujícího podnětu (57).

Mezi způsoby obrany před stresem patří:

- Útok. Je to aktivní forma obrany, tendence bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací. Stresovaný člověk útočí přímo na zdroj stresu, nebo se zaměří na náhradní objekt.
- Agresi rozumíme verbální i neverbální projevy násilí vůči sobě i ostatním. Nejčastějšími projevy agrese jsou obviňování, sebeobviňování, sebevražedné tendence a omezování či poškozování zdraví.
- Únik. Jde o opačnou variantu, je to tendence utéci ze situace, která se zdá neřešitelná. Může jít o faktický únik, ale i o přenesení odpovědnosti na jiného člověka (28).
- Dalšími obrannými reakcemi jsou popření, potlačení a vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substituce, projekce, rezignace atd. (63).

Při práci s klienty je každá pečující osoba vystavena velkému množství zátěžových situací. Dojde-li k nahromadění těchto situací, může vzniknout syndrom vyhoření – *burn-out syndrom* (65). Dnes je samozřejmostí, že se o rizicích, podmínkách rozvoje a prevenci syndromu vyhoření učí studenti pomáhajících profesí již ve školách. Péče o psychickou pohodu pečujících je nezbytná, projevuje se posléze v pohodě ošetřovaných (20).

Syndrom vyhoření je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích. Dostavuje se v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců (32).

V mezinárodní klasifikaci nemocí dle WHO je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz, není tedy klasifikováno jako nemoc. Vyhoření není totéž co stres - k vyhoření dochází v důsledku chronického stresu. Stres je příčina - vyhoření důsledek. Syndrom vyhoření je způsoben chronickým stresem a dlouhodobou nerovnováhou mezi zátěží a klidem, tedy mezi aktivitou a odpočinkem (57).

Předpokladů pro vznik syndromu vyhoření je několik. Především je to přítomnost stresorů a dále frustrace, která se dostavuje především z nedostatku ocenění. Geriatrie stále nepatří mezi dostatečně ohodnocovaný obor. Mezi další vlivy, které mohou způsobit syndrom vyhoření, jsou špatné vztahy mezi spolupracovníky, různá nedorozumění, spory, nekolegiální chování, snaha o zneužití moci. Za vznik syndromu vyhoření je odpovědný i vliv pracovního prostředí, organizace práce a pracovních podmínek – nadměrné požadavky na pracovníky, nesmyslnost některých požadavků atd. (65).

Typickou vlastností syndromu vyhoření je šíře, jakou se dotýká života tímto syndromem postiženého člověka. Zasahuje do psychiky, tělesné roviny i sociálních vztahů. Postižený se cítí unavený, emočně vyčerpaný, ztrácí kapacitu pro lidi, nechce slyšet starosti, nemá chuť být empatický. Je podrážděný, nepřátelský, necitlivý (28). Dochází k postupné ztrátě cílevědomosti a zájmů. Počáteční nadšení je postupně nahrazováno cynismem, klienti začínají být pro pracovníka přítěží, nadřízení se jeví jako zdroj ohrožení, spolupracovníci jako obtěžující. Pracovní nasazení jedince se snižuje na minimálně možnou míru (57).

Prevencí syndromu vyhoření je zdravý životní styl, sociální opora, možnost profesního růstu a vzdělávání a pak vědomí si toho, že není nutné zůstat za cenu ztrát (65). K prevenci patří i nalezení smysluplné pracovní činnosti, podpora přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám, včetně toho, co člověk práci přináší a co práce dává jemu (57).

Geriatric byla prvním somatickým oborem u nás, kde se začaly organizovat *balintnovské skupiny* (20). Je to jedna z možných technik, které mohou pracovníci pro svoji ochranu a zlepšení své práce s klienty využít. Michal Balint supervizně pracoval s lékaři - tam kde se nedařila léčba, viděl poruchy vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem (5).

Práce v balintnovské skupině má 5 fází. Jsou to:

- představení případu;
- otázky;
- fantazie;

- praktické náměty k řešení;
- vyjádření protagonisty (65).

Po krátké prezentaci případů skupina vybere jeden, který se jeví jako nejzajímavější. Následuje podrobnější popis situace, která je pro prezentujícího obtížná. Ten krátce sdělí, o co se v případě již pokusil. Druhá fáze patří upřesňujícím dotazům. Součástí třetí fáze je sdělování fantazií k probíranému klientovi, předkladatel problému pouze naslouchá. Ve čtvrté fázi nabízí všichni přítomní nápady na postup v dané situaci. A předkladatel stále naslouchá. Pátá fáze patří shrnutí postupů, které prezentujícího něčím zaujaly a připadají mu využitelné (65).

Další technikou, která pomáhá zvládat pečujícím osobám svoji profesi je *supervize* (20).

Supervize byla původně běžnou součástí poradenství a psychoterapie, v posledních letech její obliba stále více roste a rozmáhá se i v dalších oblastech práce s lidmi – v medicíně, školství, výchově, managementu atd. (22).

Supervize je metoda, která pomáhá zvyšovat profesionální kompetence pracovníka, vede k samostatnému vykonávání jeho profese, chrání klienta a současně chrání status profese nebo profesní skupiny. Hlavním úkolem supervizora je pomáhat pracovníkům s jejich problémy s klienty. Je to metoda, která může ověřit, zda služby, které klientovi poskytujeme, odpovídají jeho potřebám a požadované zakázce, ale také schopnostem a možnostem daného pracoviště a jeho pracovníků (65). Supervize pomáhá získat nadhled, slouží k vyjasnění poslání pracoviště i pracovníků, k prevenci syndromu vyhoření, k prevenci přepracovanosti, k účinnému zvládnutí pocitů bezmoci, k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji (22).

Základní tři formy supervize jsou kontrolní, vzdělávací a podpůrná (20). Podle počtu supervidovaných dělíme supervizi na individuální a skupinovou, zvláštní formou je supervize týmová. Dalšími formami supervize je vzájemné konzultování dvou kolegů, peer-supervize a autovize. Dle frekvence setkávání dělíme supervizi na pravidelnou, příležitostnou a krizovou. Dle pozice supervizita dělíme na interní a externí (65).

V některých zařízeních sociálních služeb je členem multidisciplinárního týmu i *psycholog*, který se pečuje nejen o klienty, ale i o pracovníky (20).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této diplomové práci byl stanoven jeden hlavní cíl teoretické části, v empirické části byl zvolen jeden hlavní cíl a dva dílčí cíle. Hlavním cílem teoretické části byla analýza odborné literatury, která se zabývá demencí, péčí o seniory s demencí a službami, které mohou tito klienti využívat. Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna pečovat o klienta s demencí. Dílčím cílem číslo 1 bylo zjistit, v jakých oblastech cítí zaměstnanci zařízení bez zvláštního režimu při pečování o osobu s demencí zvýšenou zátěž. Dílčím cílem číslo 2 bylo zjistit, jak vnímají klienta s demencí ostatní klienti zařízení bez zvláštního režimu.

Hlavní výzkumná otázka (dále jen HVO):

Pro tuto diplomovou práci byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka.

HVO: Jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna pečovat o klienta s demencí?

Dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO):

DVO 1: Mají pracovníci zařízení bez zvláštního režimu dostatek informací o ACH?

DVO 2: Umí pracovníci zařízení bez zvláštního režimu reagovat na změny chování klientů s ACH?

DVO 3: Dělá pracovníkům potíže komunikace s klientem s ACH?

DVO 4: Považují pracovníci zařízení bez zvláštního režimu soužití klientů s ACH a klientů bez ACH jako problematické?

Operacionalizace pojmů:

Demence - závažná choroba zapříčiněná změnami v mozkové tkáni.

Alzheimerova choroba - neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci.

Nemocný, osoba s ACH, klient - člověk, kterému byla diagnostikována ACH, nebo u kterého je díky jeho projevům pravděpodobné, že touto chorobou trpí.

Domácí prostředí - neinstitucionalizované místo, kde osoba s ACH žije, ať s pomocí rodiny, nebo sociálních či jiných služeb.

Zařízení bez zvláštního režimu - zařízení sociálních služeb, které není specializované pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách a pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou nebo jiným typem demencí.

Dotazování – deset respondentů, kteří byli vybráni pro výzkum, který je součástí této práce.

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Data pro empirickou část diplomové práce byla získána kvalitativním výzkumem. Je to druh výzkumu, který používá induktivní logiku. Výzkum začíná pozorováním a sběrem dat. Výzkumník poté pátrá po pravidelnostech, které se v těchto datech opakují, hledá význam těchto dat, sestavuje předběžné zprávy. Výstupem výzkumu pak mohou být nově formulované hypotézy nebo nové teorie (15).

Použitá metoda je dotazování, jako technika sběru dat je použit položený rozhovor. *„Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, vedená tváří v tvář, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, které se vztahují ke zkoumané společenské realitě.“* (33).

Výhodou položeného rozhovoru je, že udržuje směr zkoumaného problému díky předem připraveným otázkám, zároveň ale umožňuje otázky rozvést (15).

Rozhovor obsahoval 32 předem připravených otázek, které jsou uvedeny v příloze (příloha č. 1). Otázky byly seřazeny do pěti okruhů (identifikační otázky, informovanost pracovníků o ACH, péče o klienty s ACH, komunikace s klienty s ACH, soužití klientů s ACH a klientů bez ACH v zařízení bez zvláštního režimu). Výsledky výzkumu byly zpracovány formou případové studie, při výpovědích byl zachován autentický způsob odpovědí dotazovaných, v textu jsou označeny uvozovkami a kurzívou.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkum bylo vybráno 10 respondentů, všichni jsou zaměstnanci jednoho z domovů pro seniory v Českých Budějovicích (tedy zařízení bez zvláštního režimu). Byli vybráni prostým záměrným výběrem, díky kterému lze vybírat mezi potenciaálními účastníky výzkumu bez použití dalších specifických metod. Účastníci výzkumu splňují jistá kritéria a také musí s výzkumem souhlasit. Tento druh výběru používáme tehdy,

pokud se nejedná o velký výběrový soubor a jedinci, kteří patří do základního výběru, jsou snadno dostupní. Vyhledáváme pak jedince, kteří naplňují požadovaná kritéria a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (43).

Kritériem pro výběr dotazovaných bylo:

- ochota účastnit se výzkumu;
- zaměstnání ve výše uvedeném zařízení na pozici pracovník v sociálních službách nebo zdravotní sestra;
- péče o alespoň jednoho klienta s demencí (např. jako klíčový pracovník).

Tabulka č. 1: Výzkumný soubor

respondent	pohlaví	věk	vzdělání	pracovní pozice	počet klientů s ACH, o které pečuje	délka praxe na vykonávané pozici
č. 1	mužské	42	SŠ technického směru	pracovník v soc.sluzbách	6	22
č. 2	ženské	23	vyučená s maturitou	pracovník v soc. službách	1	2
č. 3	ženské	36	vysokoškolské	pracovník v soc.sluzbách	2	1
č. 4	ženské	31	vysokoškolské	zdravotní sestra	4	5
č. 5	ženské	52	vyučená	pracovník v soc. službách	3	8
č. 6	ženské	54	středoškolské	zdravotní sestra	6	30
č. 7	ženské	19	vyučená	pracovník v soc. službách	1	1
č. 8	ženské	41	středoškolské	zdravotní sestra	1	20
č. 9	ženské	44	středoškolské	pracovník v soc.sluzbách	2	1
č. 10	ženské	37	středoškolské	pracovník v soc.sluzbách	1	6 měsíců

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Realizace výzkumu

V listopadu a prosinci 2013 byl uskutečněn sběr a studium odborné literatury, která se vztahuje k tématu práce, následně byla napsána teoretická část. V lednu 2014 proběhla příprava otázek k rozhovorům a operacionalizace pojmů. Samotné rozhovory pak proběhly v únoru 2014. Všichni oslovení souhlasili s rozhovorem, tyto se uskutečnily na pracovišti dotazovaných. Všichni byli informováni o anonymitě, byli ujištěni, že jimi poskytnuté informace budou sloužit pouze pro účely výzkumu k diplomové práci, nahrávání na diktafon nikdo z respondentů neodmítl. Přesný přepis všech rozhovorů je uchován v archivu autorky. V březnu 2014 následovalo zpracování výsledků výzkumu.

4 VÝSLEDKY

4.1 Respondent č. 1

Identifikační údaje

Respondent č. 1 je muž, je mu 42 let, má středoškolské vzdělání technického směru, absolvoval kurz pro pracovníky v sociálních službách, pracuje na pozici pracovníka v sociálních službách. V oboru a na této pozici pracuje 6 let, jako klíčový pracovník se stará o dva klienty s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH, odpovídá, že ano, uvádí, že jako klíčový pracovník pečuje o dvě klientky s tímto onemocněním. Ví tedy také, jak se nemoc projevuje. *„Paní N., která má ACH je docela agresivní, někdy vykřikuje, i v noci, je vulgární. Občas taky povídá nesmysly, ale to asi tím, že má představy. Myslím si ale, že není zlá.“* Na otázku, zda je problém ACH diagnostikovat odpovídá, že neví. *„Já nevím, obě paní, které mám na starosti, sem s touhle nemocí už přišly. Určitě tam ale hraje hlavní roli psychiatr, jednou jsem paní K. doprovázel na vyšetření.“* Domnívá se, že ACH se nedědí. *„To by za chvíli tuhle nemoc měli všichni.“* Zda se nemoci dá předcházet, neví, ale myslí si, že spíš ne. *„Nenapadá mě, jak by to tak mělo vypadat. Používáme tady trénování paměti, ale nejsem si jistý, jestli je to předcházení nemoci, nebo už se tak prostě jen zachraňuje, co v tom mozku ještě zbývá.“* Na poslední otázku z této skupiny, tedy zda se dá ACH léčit, odpovídá, že se léčí, ale bez velkého úspěchu. *„Ulevit těm klientům asi trochu jo, jinak by jim doktoři ty léky nedávali, ale vyléčit to nejde.“*

Péče o klienty s ACH

Na dotaz, zda může být klient s ACH léčen v domácím prostředí, respondent sděluje, že do nějaké doby určitě ano, v pozdějším stadiu ale potřebuje takový klient do zařízení, které je pro něj vhodné. *„Chvíli to asi jde, pokud teda má ten člověk někoho, kdo se o něj postará. Ale moc dlouho asi ne, protože pak jsou ty lidi agresivní, utíkají a nedokážu si představit, kdo by byl s takovým člověkem pořád doma. Dneska každě chodí do práce, a když bude doma, tak za takovouhle péči o příbuzného asi nic nedostane. A navíc těm lidem je i v nějakém zařízení líp, jsou mezi svýma. Asi ten člověk nemůže být s takovou nemocí doma až do smrti.“* Školení, které bylo zaměřené na péči o klienty s ACH, neabsolvoval. *„Docela mě to mrzí, chtěl bych toho spoustu vědět. Určitě by mi to usnadnilo práci. Ale když by chodili všichni pořád na školení, tak kdo by pak pracoval.“* Na otázku ohledně jiného denního režimu pro klienty s ACH, odpovídá, že takový klient jiný denní režim potřebuje. *„Určitě jo, třeba ta moje klientka v noci nespí. A pak by spala ve dne. Ale to je cvičení a trénování paměti a jídlo, tak on nemá kdy. Také děle jí, myslím, že by jí vyhotovovalo, kdybysme to tady mohli trochu uzpůsobit. Jenže klientů je moc, nás je málo a nejde to.“* Připravit takový režim by respondenta osobně nezatěžovalo, ale jak uvedl výše, není na to čas ani personální možnosti. Opatření, která smí udělat, pokud se klient s ACH chystá ze zařízení utéci, zná. *„Ty moje dvě klientky dostaly cedulky, na kterých je jméno, kde bydlí a telefonní čísla. Čas od času kontroluji, zda cedulky neztratily, kdyžtak uděláme nové. Paní K. neutiká, tu není třeba hlídat, ale paní N. občas odejít chce. Zatím se vždycky podařilo někomu jí to rozmluvit. Stačí jí třeba říct, že je venku zima a ona si to rozmyslí. Jinak vím, že držet jí tady nemůžu. Ani není jak. A zamknout jí nesmíme.“* Takové situace mě nezatěžují. *„Asi proto, že se nestal žádný průšvih, jako že by klienta hledala policie, nebo že by se mu něco stalo. Pak bych to asi řešil víc. Jediný, co mě otravuje, že takové situace musím zapisovat, ta administrativa mě nebaví.“* Použít restriktivní opatření neumí. *„Vím, že na to máme nějakou metodiku, ale kdyby se něco dělo, třeba že by mě klient ohrožoval, tak já se nebojím, jsem chlap. Ale co holky, to nevím, ty asi strach mají. Určitě by proto věděli, co mají dělat.“*

Komunikace s klientem s ACH

Školení zaměřené na komunikaci s klientem s ACH respondent absolvoval. *„Nebylo to teda školení přímo zaměřené na tuhle nemoc, ale o klientech s demencí se tam taky mluvilo.“* Pravidla komunikace s klientem s ACH zná. *„Máme tady takový manuál, ten jsem si přečetl. Náhodou to bylo docela zajímavý a dost mi dopomohlo pochopit některý věci, třeba co mám dělat, když si klient vymýšlí.“* Problém navázat jako první kontakt s klientem s ACH nemá, uvádí, že se nebojí. *„A když se mi to nepovede hned, tak třeba postupně. Klienti si musí zvykat, když sem přijdou. A nejsou to jen ty s ACH, někomu to prostě trvá dýl, třeba se i chvíli stydí. Někdo nemá problémy vůbec, záleží na povaze.“* Dostatek času pro komunikaci s klientem rozhodně nemá. *„Trošku to vyrovnávají nepedagogické pracovnice, ale my v přímý péči čas nemáme. Je to škoda, spousta těch klientů je fajn, bylo by prima trávit s nima víc času.“* Na dotaz, zda pomáhá klientovi rozvíjet jeho komunikační schopnosti, respondent odpovídá, že neví. *„Ale možná jo, vždycky se snažím si s nimi povídat, když jsem v místnosti. Ale jen tak, co dovolí čas, víc nestíhám.“* Na dotaz, zda ho zatěžuje komunikace s klientem s ACH, odpovídá, že někdy ano. *„Záleží, jakou mám náladu a kolik mám práce. Oni se hodně opakují, někdy je vidět, že úplně nerozumí, je to dost těžká práce. Chce to čas a trpělivost, já jí vždycky nemám.“*

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na první dotaz z této skupiny otázek respondent odpovídá, že určitě. *„Ostatní to ví, tohle jsou klienti, kteří se nepřehlídou. Paní K. třeba v noci vykřikuje a chodí po chodbách, někdy je zlá a ostatní třeba zastavuje s nesmyslnými otázkami. Ale nemyslím si, že by to ostatní až tak otravovalo. Někdo si s takovou situací umí poradit, někdo ne. Občas se stane, že si někdo stěžuje, ale je to jen zřídka. Ale tady u nás na patře není nikdo s demencí na dvoulůžkovým pokoji, tam by to třeba neplechu dělat mohlo. Ale to nevím, nemám s tím zkušenost.“* Na otázku, zda dělá ostatním potíže se přizpůsobit

klientům s ACH, odpovídá, že spíše ne. „*Někdy to některý aktivity trochu ruší, ale třeba paní N. se společných aktivit neúčastní. I když je to škoda.*“ Dle jeho slov se klienti s ACH všech aktivit, jako ostatní neúčastní. „*Ale ne proto, že by to nešlo, nebo že by je na společný aktivity všech nikdo nevzal, ale spíš proto, že sami někdy nechtějí. Ale tak je to i s klienty, kteří demenci nemají. Možná, že kdyby se jim připravovaly nějaké jiné akce, které by jim víc vyhovovaly, třeba by to bylo lepší. Ale jich málo, a nás taky, tak to neděláme.*“ Ostatní klienty někdy nemocní ACH dle slov respondenta ruší. „*Je to hlavně v noci, to jo. Ale jinak mě nic nenapadá.*“ Na otázku, zda vnímají klienti bez ACH zvýšenou potřebu péče o klienty s ACH, odpovídá, že určitě ne. „*Jsou klienti, kteří ACH nemají a mají takovou povahu, že si vyžadují větší péči, než ti s demencí. Ale poznat to podle mě není.*“ Stížnosti na klienty s ACH od ostatních nezaznamenal. Dle názoru respondenta se zařízení bez zvláštního režimu postarat o klienta s ACH spíše dovedou.

4.2 Respondent č. 2

Identifikační údaje

Respondent č. 2 je žena, je jí 23 let, je vyučená s maturitou, absolvovala kurz pro pracovníky v sociálních službách, je pracovnice v sociálních službách. Na této pozici pracuje 2 roky. „*Nevím, jak dlouho takovou práci vydržím dělat, je to strašně náročné.*“ Jako klíčová pracovnice se věnuje jednomu klientovi s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH, odpovídá, že ano, ale jen podle toho, jak se projevuje její klient s ACH. „*Já jsem nestudovala zdrávku a ani jsem se nikdy o demenci nezajímala.*“ Jak se projevuje ACH, ví. „*Pan M. má bludy, docela dost často. Hodně zapomíná, bloudí po budově, nemůže trefit na pokoj. A také má potíže s časem, když mu třeba nesu oběd, tak se diví, že je poledne.*“ Na dotaz, zda lze snadno rozpoznat ACH

odpovídá, že neví, neví ani, zda se nemoc dědí. „Fakt jsem se o to nikdy nezajímala.“ Zda lze nemoci předcházet také neví. „Vím, že je dobré trénovat paměť, ale jestli je to k něčemu, to neví. Taky je asi fajn luštit křížovky a tak, člověka to nutí přemýšlet.“ Na dotaz, zda se dá nemoc léčit, odpovídá, že asi ano. „Jinak by se těm nemocným asi nedávaly ty všechny léky. Přijde mi, že když sem pan M. přišel z domova, kde byl sám a neléčil se, že je na tom teď líp. Ale neví, zda je to léčbou, nebo tím že je mezi lidmi. Je hodně společenský a myslím, že mu samota doma moc neprospívala.“

Péče o klienta s ACH

Respondentka se domnívá, že o klienta s ACH být pečováno v domácím prostředí nemůže. „Vůbec si to nedovedu představit. Myslím, že je nebezpečné nechat doma takového člověka, může si něco udělat, nebo se ztratit, nebo si třeba vezme léky. Myslím, že to nejde.“ Školení zaměřené na péči o klienty s ACH neabsolvovala. „Já si myslím, že to nepotřebuji, těch klientů tady moc nemáme.“ Domnívá se, že klient s ACH jiný denní režim nepotřebuje. „Nedokážu si představit, jak by to vypadalo. Jsou zmatený, každé den je to jinak, asi by to nešlo ani nijak naplánovat. Nebo by musel mít každé svého pečovatele, aby se věnoval jenom jemu a pak by mu pomohl třeba se líp orientovat v čase, udělat mu nějaký jiný režim, ale to dost dobře nejde. A nepřijde mi, že by se klienti s ACH nedokázali přizpůsobit tomu, jak to tady funguje. To by pak chtěl třeba každé, třeba obědvat v jinou dobu a to fakt nejde.“ Co má dělat, pokud by chtěl klient ze zařízení odejít, neví. „Mně se to nestalo. Navíc neví, zda bych to vůbec zaregistrovala. A předpokládám, že by takového člověk zastavili na vrátnici.“ Tudíž jí tyto situace nezatěžují. Domnívá se, že restriktivní opatření použít umí, ví, že podle metodiky má jít za sestrou. „Kdyby byl klient agresivní, asi bych utekla. A běžela bych za sestrou, ta ví co, má dělat. Ale určitě bych se sama chránila. Nikdy se mi to ale nestalo.“

Komunikace s klientem s ACH

Na dotaz, zda absolvovala školení, které by bylo zaměřené na komunikaci s klientem s ACH, odpovídá, že nikoliv. *„Na sesterně je knížka o komunikaci, nikdy jsem si jí ale nepůjčila. Nemám na to čas.“* Respondentka se domnívá, že pravidla komunikace s klientem s demencí ovládá. *„Důležitý je být v klidu. Nevadí mi, že se pan M. pořád opakuje, i že hledá různé věci, nemám problémy pomoci mu najít cestu na pokoj. Víím, že by pro něj bylo ponižující, kdybych mu dokazovala, že je zmatený, takže to nekomentuju. Jen někdy nevím, jak mám reagovat na ty jeho výmysly - jako že má na balkoně cizí děti a tak. To neumím.“* Navazovat s klienty jako první komunikaci potíže nemá. *„Některý klienti jsou upovídány, ti začnou sami. Některý se trochu bojí, ale vždycky si říkám, že jsou tady noví, neznají to tady, tak je třeba jim trochu pomoci. Většinou si nejdřív povídám o tom, odkud jsou, jako co pracovali a také zda mají děti. I když to už jsem se taky spálila, jedné klientce zemřela dcera a bylo to trochu hloupý, že jsem se jí ptala. Ale já to nevěděla.“* Dostatek času pro komunikaci s klienty s ACH nemá. *„Nestíhám si moc povídat s nikým. A povídat si s člověkem s demencí je ještě trochu náročnější. I časově.“* Zda pomáhá klientovi rozvíjet komunikační schopnosti, neví. *„Nevím, jak se to dělá.“* Komunikace s klientem jí zatěžuje, ale jen někdy. *„Hlavně když spěchám, to pak nemám čas a jsem nervózní a nemám tu trpělivost vyslechnout si znovu a znovu stejnou historku.“*

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Respondentka se domnívá, že ostatní klienti určitě o klientech s ACH ví. *„Občas někdo z lidí má nějaký komentář, většinou ne moc lichotivý. Ale že by se bouřily, že tady někoho nechťejí, to ne.“* Na otázku, zda dělá klientům s ACH potíže se přizpůsobit těm s ACH, respondentka odpovídá, že určitě ne. *„Tuhle jsme vezla na cvičení pana M., ale on se chtěl ještě pro něco vrátit, takže na něj ostatní čekali a celkem bez remcání. Jen jedna paní z druhého patra, která má ACH, si chodí na cvičení jak chce a taky třeba v*

polovině odejde, tak to ruší. Ale to není nic tak hrozného.“ Na další dotaz odpovídá, že se klienti s ACH účastní aktivit, jako ostatní. *„Ted pokud vim. Pan M. třeba chodí všude, i tancovat. Proč by taky ne.“* Domnívá se, že klienti s ACH ostatní rušit mohou. *„Oni jsou někdy fakt dost zmatení, takto může někomu vadit. Nebo třeba pan M. dost bloudí a občas vleze do pokoje někoho jiného.“* Respondentka se domnívá, že klienti bez ACH si to že by mohla být klientům s ACH věnována větší pozornost, neuvědomují. *„Já ani nevím, zda se jim větší pozornost věnuje. Ale asi jo. No pocítit by to ti ostatní asi neměli.“* Že si občas někdo stěžuje na klienta s demencí, ví. *„Pan M. by si rád povídal a dost tím ostatní obtěžuje. Ne každéj na něj má náladu. Klienti taky občas neví, co mu mají odpovídat, tak se mu někdy vyhýbají. Občas to řeknou, ale jen nám, jemu ne.“* Na otázku, zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna se postarat o klienta s ACH, odpovídá, že ano. *„Asi jo, když tady jsou, nikam je neposíláme.“*

4.3 Respondent č. 3

Identifikační údaje

Respondent č. 3 je žena, je jí 36 let, je vysokoškolačka, byt' vystudovala sociální práci, pracuje na pozici pracovnice v sociálních službách. *„Jinou práci jsem nesehnala, ale třeba se časem něco najde. To, co dělám, mě docela baví, je to s lidmi a to jsem chtěla.“* Praxi na své pracovní pozici má 1 rok, klienty s ACH má jako klíčová pracovnice dva.

Informace o ACH

Na první otázku odpovídá, že co je ACH ví. *„Psala jsem ve škole o ACH práci. Navíc jsem vždycky chtěla pracovat se seniory, ke kterým ACH patří, takže jsem se zajímala o tuhle problematiku i mimo studium.“* Projevy ACH také zná. *„Patří sem zapomínání, bludy, halucinace, zmatenost, poruchy spánku, deprese.“* Ví i to, že ACH se problematicky diagnostikuje. *„Dlouho se na tuhle nemoc nemusí vůbec přijít. Také*

nemocní často nejdou vůbec k lékaři, stydí se, nebo jim, to co se s nimi děje, nepříjde až tak zvláštní. Také se dlouho čeká na vyšetření odborníkem. Domnívám se, že když už se nemocný k odborníkovi dostane, rozpoznat tuhle nemoc není až tak velký problém.“ Na otázku, zda se nemoc dědí, odpovídá, že částečně ano. Informována je i o možnostech předcházení této chorobě. *„Určitě udržování mentálního zdraví - kvízy, křížovky, trénování paměti. Zda pomáhají prodávané doplňky stravy, si nejsem jistá. Navíc je to drahé, pro seniora nic moc dostupného.“* Respondentka je informována i o léčbě ACH. *„Tlumit lze agresivitu, pomoci se spánkem, léčí se i deprese, které nemoc provází. ACH lze ale jen zpomalit, léčit ne.“*

Péče o klienta s ACH

Na dotaz, zda lze pečovat o klienta v domácím prostředí odpovídá, že po nějakou dobu ano. *„Určitě může být nemocný doma, ale s pomocí někoho blízkého nebo nějaké sociální služby. Od určitého období se domnívám, že to nejde, klienti jsou zmatení, mohou si něco provést, mohou ohrožovat i svoje okolí.“* Školení zaměřené na péči o klienta s ACH absolvovala. *„Bylo to praktické školení, týkalo se i komunikace s obtížnými klienty. Ví, že klient s ACH odlišný režim, než klienti bez této nemoci. „Nejsme ale schopni vycházet vstříc každému klientovi. Je to technicky nemožné.“* Rozhodně by jí neobtěžovalo zařídit pro klienta s demencí zvláštní režim, někdy to i zkouší. *„Neobtěžuje mě vrátit se ke klientovi kvůli jídlu několikrát, vím, že zrovna strava je u klientů s demencí důležitá. Nejde to ale dělat plošně.“* Na dotaz, zda ví, co má dělat, pokud klient ze zařízení utíká, odpovídá, že ví. *„Nejlepší řešení je klienta zabavit a cestování mu rozmluvit. Klienta, který je zmatený a nemůže najít, kde bydlí, vždycky dovedeme. Někteří klienti by chtěli domů, to pak třeba i řešíme s rodinou. Nevím ale o tom, že by se mám někdy klient ztratit.“* Na další otázku odpovídá, že situace tohoto druhu zátěžové jsou. *„Pokud je třeba klientovi cestování vymlouvat, nebo ho vést zpátky na pokoj, je to náročné na psychiku. Jsou zmatení, neví, co se děje, je mi jich vždycky líto.“* O restriktivních opatřeních ví, zná metodiku i zákon o sociálních službách. *„Já bych asi utekla, pokud by to šlo. Člověk se musí nějak ošetřit.“*

Komunikace s klientem s ACH

Na otázku ohledně školení, které by bylo zaměřené na komunikaci s klientem s demencí, odpovídá výše. Na další dotaz odpovídá, že pravidla komunikace s klientem s demencí zná. *„Kdysi se mi dostalo do ruky i nějaké desatero komunikace s klientem s demencí. Navíc byla komunikace s obtížným klientem státnicová otázka.“* Navázat kontakt s klientem jako první jí potíže nedělá. *„Ideální by bylo si vždycky předem přečíst ve složce informace o klientovi, ne vždycky to ale stihnu. Někdy se mi daří komunikovat lépe, někdy hůře. Ale oslovit klienta jako první a navázat s ním kontakt mi potíže nedělá. Témata, kterým je lépe se zpočátku vyhnout, znám.“* Na dotaz, zda má dostatek času pro komunikaci s klientem s demencí, odpovídá, že nemá. *„Někdy se ale člověk zdrží, od některých se špatně odchází, jsou povídaví. A někdy, třeba když je klient rozčílený, je třeba ho uklidnit. Určitě bych ale uvítala, kdybych měla víc času.“* Zda pomáhá klientovi rozvíjet jeho komunikační schopnosti, neví. *„Nevím, ale asi moc ne. Tolik času s klienty netrávíme.“* Komunikace s klientem s ACH jí nezatěžuje. *„Musela jsem si ale zvyknout. Každý z mých dvou klientů s demencí je jiný, jeden má hodně halucinace, tak je to náročnější na psychiku, ale hlavně proto, že je mi ho líto.“*

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na otázku, zda ví klienti zařízení, že jsou mezi nimi i klienti s ACH, odpovídá, že ví. *„Občas si někdo stěžuje, to pak vysvětluji, že každý jsme nějaký a máme svoje. Občas je to ale dost obtížný.“* Na dotaz, zda dělá klientům bez ACH potíže přizpůsobit se klientům s ACH, říká, že ne. *„Ono jich tady máme jen pár, takže to problém není. Někdy vidím klientku, jak vede zabloudilého pána na jeho pokoj anebo tak. Myslím, že to nikomu problém nedělá. Ale fakt je jich tady málo, kdyby to bylo půl napůl, tak si to představit nedovedu.“* Na další dotaz odpovídá: *„Jo, klienti s demencí se účastní všech aktivit, jako ostatní. Jen nevím, jak s trénováním paměti, tam myslím dochází pracovnice asi víc individuálně. Ale třeba cvičit, nebo na akce chodí všichni společně.“*

Dle jejího názoru klienti s ACH ty ostatní neruší. *„Nevím o tom.“* Na otázku, zda si uvědomují ostatní klienti, že je klientům s ACH věnována větší péče, odpovídá, že ne. *„Já myslím, že si to neuvědomují. Neví, kolik já u koho trávím času a co tam dělám. Takže ne.“* Na poslední dotaz odpovídá, že o žádných zásadních stížnostech na klienty s ACH, neví. Domnívá se, že se o klienty s ACH zařízení bez zvláštního režimu postarat dovede. *„Ale je to fakt o tom počtu, kdyby jich bylo víc, nejsem si jistá, jak by to probíhalo.“*

4.4 Respondent č. 4

Identifikační otázky

Respondent č. 4 je žena, je jí 31 let. Je vysokoškolačka, v pracovní pozici zdravotní sestra. Praxi má 5 let, pečuje na svém oddělení o 4 klienty s ACH.

Informace o ACH

Na první dotaz odpovídá, že díky vzdělání samozřejmě ví, co je ACH. *„Jedná se o degenerativní onemocnění mozku.“* Jaké jsou projevy ACH, zná také. *„Lidé začnou zapomínat, ztrácejí se, někteří jsou agresivní, nejhorší je konec - nepoznávají ani své děti.“* Na otázku ohledně znalostí diagnostiky ACH odpovídá také kladně. *„Nejdůležitější je dostat seniora co nejdříve k lékaři. I když se zpočátku nemoc poznává těžko, je to důležité, nemoci se dá trochu zpomalit průběh.“* Na otázku, zda se nemoc dědí, respondentka sděluje: *„Ano, dědí. Proto se tolik zvyšuje výskyt nemoci mezi lidmi.“* Další dotaz se týká prevence ACH. *„Určitě existuje prevence, jen nevím, jak je účinná. Jsou doplňky stravy, třeba gingo, určitě existuje i něco podobného, co může předepsat lékař. Jak je to účinný ale nemám ponětí.“* Ví, že ACH se úplně léčit nedá. *„Jak už jsem řekla, je důležité dostat seniora včas k lékaři. Pak se dá průběh nemoci zpomalit, ne ale vyléčit.“*

Péče o klienta s ACH

Zda se dá o klienta s ACH pečovat v domácím prostředí respondentka, neví. „*Já si nejsem jistá. Je mi jasné, že když by se někdo věnoval takovému člověku celých 24 hodin denně, třeba by to šlo. Ale přijde mi, že klienti, kteří se k nám dostali z domova a mají ACH, tak přišli docela zanedbaný. Nikdo na ně nedohlídl, aby brali léky, aby jedli a tak. Ale je mi jasný, že to tak nemusí být všude. Navíc neobstaraní mohou být i z nemocnice.*“ Speciální školení, které by bylo zaměřené na klienty v rámci zaměstnání, neabsolvovala. „*Vystudovala jsem ošetřovatelství, neměla bych mít problém pečovat o kohokoliv.*“ Na otázku, zda klient s ACH potřebuje jiný režim, než klient bez ACH odpovídá, že ano. „*Určitě ano. Docela nám to tady dělá problémy. Třeba jedna klientka s ACH v noci nespí, pak samozřejmě spí ve dne. Takže je problém jí obstarat, o jakékoliv aktivizaci nemůže být ani řeč. A je to tak s těmihle klienty asi se všemi. Navíc jsou pomalejší, třeba s jídlem atd. Takže když je nás tady málo, třeba o víkend, tak je to fakt docela problém. A nejde o to, že by člověk neměl trpělivost, ale když se zdržíme u klienta s ACH při krmení, pak ti ostatní třeba čekají a jsou na nás nepříjemný.*“ Pokračuje: „*Ano, dělá mi problémy dělat klientům s ACH zvláštní denní režim. Prostě to není v našich silách. I když těch klientů tady není moc.*“ Opatření, která smí použít, když klient chce zařízení opustit, zná. „*Skoro žádný nejsou. Mají cedulky odkud jsou, ale to je všechno. Stalo se, že paní odešla, toulala se nám v zimě v noční košili po okolí, pak jí našťěstí přivezl policie. Tihle lidi, který se toulají, by tady neměli být. Nesmíme je zamknout, ani nic. Zdržuje nás je hledat, už jsme taky plašili, hledali a paní byla na klubovně. Navíc se jim může něco stát. Můžeme akorát tak spoléhat na to, že je zastaví na vrátnici a že jim výlet rozmluvíme.*“ Restriktivní opatření zná. „*V případě agresivního klienta budu volat záchranku, nic jiného se tady použít nedá.*“

Komunikace s klientem s ACH

Speciální školení, které by se týkalo komunikace s klienty s ACH, nemá. „*Já moc na takováhle školení nechodím. Spíš na odborná ohledně ošetřovatelství. Na škole jsme*

komunikaci měli, ale že by se to týkalo přímo klientů s demencí, to si nevzpomínám.“ Domnívá se, že pravidla komunikace s klientem s ACH zná. *„Já si myslím, že komunikace s klientem s ACH není nijak specifická. Jen to chce víc trpělivosti, často se opakují, jsou zmatení. A taky někteří nekomunikují vůbec. To si spíš pak říkám, že bych chtěla vědět, jak moc takoví lidé vnímají. Jestli má cenu na ně mluvit a o čem.“* S klienty komunikuje bez problému, i snadno navazuje s klientem kontakt jako první. *„Mám výhodu, že jako sestra si vždycky přečtu dokumentaci klienta, ještě než nastoupí. Člověk se tam trochu informací dočte. Takže vím, o čem se s klientem bavít, nebo nebavít. A líp se mi taky začíná.“* Dostatek času na komunikaci s klienty nemá. *„Jsem ráda, že obstarám to, co mám. Na to, abych si s klienty povídala, čas nemám. Ale na to tady máme pracovníce, ty se klientům věnují po téhle stránce a myslím, že to docela funguje.“* Zda pomáhá rozvíjet klientovi jeho komunikační schopnosti, neví. Na dotaz, zda jí zatěžuje komunikace s klientem s ACH, odpovídá, že ne. *„Jen kdyby bylo víc času. A trpělivá taky moc nejsem, asi by to chtělo víc.“*

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na první otázku z této skupiny odpovídá, že klienti vědí, že jsou mezi nimi klienti s ACH. *„Víte to všichni, někdy to není dobrý. Vždycky když se něco děje, třeba nám klient chce utéct, nebo tady bloudí, je z toho poplach a ostatní se to dozví. Výborně tady funguje tichá pošta.“* Na dotaz, zda mají klienti bez ACH potíže přizpůsobit se klientům s demencí, odpovídá: *„Mně přijde, že nikdo tady žádné přizpůsobení se neřeší. Klienti chodí na aktivity společně, někdy klienti s ACH třeba ruší, protože vykřikují, ale to se dá řešit. Prostě pracovník klienta odvede, ale jinak nic. A dáváme pozor, aby třeba člověk s ACH, který špatně spí, nebo je agresivní, nebydlel na dvoulůžkovém pokoji. Občas se to povede, než klienta poznáme, a pak je lepší ho při první možnosti přestěhovat. Kromě toho, že se klienti ruší, tak by se třeba tomu bez ACH mohlo i něco stát.“* Dle jích slov se účastní všichni klienti všech aktivit stejně. *„Záleží na zájmech, ta demence v tom roli už nehraje.“* Na otázku, zda si klienti bez ACH uvědomují, že je klientům věnována

větší pozornost, než klientům bez ACH odpovídá, že ano. „*Občas to i některý z klientů řekne.*“ Dle respondentky si klienti bez ACH občas stěžují. „*V noci, že klientka, která nespí a křičí, tak že ruší. Klient, který bloudí, tak že chodí do cizích pokojů a třeba si lehne do cizí postele.*“ Přesto se domnívá, že se zařízení bez zvláštního režimu o klienta ACH postarat dovede.

4.5 Respondent č. 5

Identifikační otázky

Respondent č. 5 je žena, je jí 52 let. Je vyučená, má kurz pracovníka v sociálních službách, pracuje jako pracovnice v sociálních službách. Praxi na této pozici má 8 let, jako klíčová pracovnice má 3 klienty s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH, odpovídá: „*Je to duševní onemocnění. Tuhle nemoc maní lidé, kteří zapomínají, nakonec zapomenou i kdo byli a nepoznávají své blízký.*“ Na dotaz, zda ví, jaké jsou projevy ACH, odpovídá, že ano. „*Nemocní zapomínají, jsou zmatený, někdy i nebezpečný. Mohou klidně někomu něco udělat, ublížit, nebo skočit z okna, nebo nechají puštěný plyn a bouchne barák.*“ Jestli lze ACH snadno diagnostikovat jistě neví. „*Nevím, já jen vím, kteří klienti tady tu nemoc mají, ale jestli je to těžké poznat, to nevim. Ale je to duševní nemoc, tak asi moc ne.*“ Respondentka se domnívá, že nemoc se nedědí. „*To určitě ne, to by to člověk měl už od narození a tohle je nemoc, která vzniká až během života, až když je člověk starý.*“ Na další otázku odpovídá, že nemoci se předcházet nedá. „*To asi nejde. Něco jako otužování na to asi nefunguje*“ (*směje se*). Respondentka odpovídá, že nemoc se léčit nedá. „*Určitě to nejde. Vždyť ty lidi, který se dostanou sem s touhle nemocí, sice berou léky, ale rozhodně se ta nemoc nezlepšuje, naopak. Jsou zmatenější a zmatenější. Ale léky berou, to vím.*“

Péče o klienta s ACH

Dle respondentky o klienta s ACH pečováno v domácím prostředí může být. *„Kamarádím se s jednou pečovatelskou, která pracuje v terénu. Mají klienty s demencí doma a zvládají o něj pečovat. Ale pomáhá rodina, u takového člověka musí být pořád někdo.“* Školení zaměřené na péči o klienta s ACH neabsolvovala. *„Mrzí mě to, docela bych byla zvědavá.“* Na otázku, zda potřebuje klient s ACH jiný denní režim, než klient bez tohoto onemocnění odpovídá, že ne. *„Nevidím důvod, podle mě tohle onemocnění časově nijak člověka neomezuje. Pokud je klient zmatený, tak mu vysvětlím, že je poledne, že je potřeba, aby se najedl, ale jinak nevidím důvod.“* Na dotaz, zda ví, co má dělat, pokud klient chce opustit zařízení, odpovídá, že ano. *„Prostě ho zastavím a dovedu zpátky na pokoj. Nikdo z mých klientů nikdy neutekl. Paní H. se chystá každý den, má sbaleno, že čeká na vlak. Ale nikdy neodešla, takže jsem to přestala řešit, a nechávám jí bejt.“* Na otázku, zda nezjišťovala, proč chce klientka odjet zrovna vlakem, respondentka říká, že neví. *„Jen se jí občas ptám, kam jede a ona odpovídá pokaždý jinak.“* Na dotaz, zda respondentku takové situace zatěžují, odpovídá, že již nikoliv. *“Dřív jsem z toho byla vyděšená, ale už jsme si zvykla. Každý klient má ale jiné zvyky, třeba by mě chování někoho jiného leklo.“* Na poslední otázku tohoto okruhu respondentka odpovídá, že restriktivní opatření použít neumí, protože je nezná. *„Nevím, co by to mělo být.“*

Komunikace s klientem s ACH

Zda absolvovala respondentka školení na téma komunikace s klienty s demencí, neví. *„Byla jsem na školení kvůli komunikaci, ale jestli se tam mluvilo o klientech s demencí, to už si nepamatuju.“* Na další dotaz, zda zná pravidla komunikace s klientem s demencí, odpovídá, že ano. *„Četla jsem je. Ale nevidím na komunikaci s klientem s demencí nic zvláštního. Jen že si nemůžou třeba vzpomenout, ale to mi nevadí. Ze začátku mě to uvádělo do rozpaků, snažila jsem se jim třeba napovídat, ale pak jsme zjistila, že to nemá cenu, tak jsem toho nechala. Většinou čekám, co mi chce*

klient říct. “ Problémy s tím, aby začala komunikaci s klientem jako první, nemá potíže. „Já se ráda seznamuji s lidmi. Takže nemám potíže. Spíš čekám, v jakém je nový klient stavu, jestli s ním bude horší komunikace, nebo lepší. To zjistíte brzy. Brzy taky zjistíte, jak moc zapomíná, jestli se hodně opakuje, jestli má vidiny.“ Na otázku, jestli má dostatek času, odpovídá, že ano. *„Já si ráda povídám, a tak si na klienty čas vždycky najdu. I na ty s demencí. Fakt mi nevadí, že jsou jiný.“* Na dotaz, zda pomáhá rozvíjet klientovi komunikační schopnosti, odpovídá: *„Nad tím mě nikdy nenapadlo přemýšlet. Ale tak asi jo, když si s nimi povídám.“* Sděluje, že jí komunikace s klientem s ACH nezatěžuje.

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na otázku, zda klienti vědí, že jsou mezi nimi klienti s ACH, odpovídá, že ano. *„Jo, určitě. Ale pochybuju, že to někomu vadí. Kdo se nesnáší s nikým, tak se nesnáší s nikým, a je jedno, jestli má demenci, nebo nemá. Takže v demenci problém nevidím“* Na dotaz, zda dělá klientům bez ACH přizpůsobit se těm bez s onemocněním, odpovídá, že jistě ne. *„Určitě ne. Tady se musí tak nějak brát ohledy na všechny. A jestli se něco někomu nelíbí, tak ať se prostě neúčastní.“* Tím odpovídá respondentka i na následující otázku. Na dotaz, zda klienti s ACH ruší ty ostatní, odpovídá: *„Mám pocit, že moc ne. Nenapadá mě jak. Maximálně, když vykládají všem pořád to samý. Je možné, že se takovým klientům pak může někdo vyhýbat. Ale to se taky dá.“* Na otázku, zda si klienti bez ACH uvědomují, že je klientům s ACH věnována větší pozornost, respondentka sděluje, že neví. *„Nejsem si jistá. Nikdo by ale neměl mít pocit, že je o něj pečováno méně, než o někoho jiného.“* Na další otázku - zda si stěžují klienti bez ACH na ty s onemocněním - odpovídá váhavě. *„Oni si klienti obecně rádi stěžují. Ale že by byl problém kvůli nějakému klientovi s ACH, to snad ani ne.“* Zařízení bez zvláštního režimu se dle jejích slov postarat o klienta s ACH dovedou. *„Proč ne, já myslím, že to jde.“*

4.6 Respondent č. 6

Identifikační otázky

Respondent č. 6 je žena, je jí 54 let, je zdravotní sestra se středoškolským vzděláním a 30 let trvající praxí. Pracuje na pozici zdravotní sestry, klientů s ACH má na svém oddělení 6.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH odpovídá, že ano. *„Je to onemocnění, které postihuje starý lidi. Je to strašná nemoc, když to tady vidím, fakt nechci, aby mě někdy něco takovýho potkalo.“* *„ACH se pozná tak, že člověk začne zapomínat, nejdřív to vypadá v pohodě, ale ono to až tak v pohodě není.“* Zná i projevy ACH. *„Kromě zapomínání ty lidi mají taky deprese, jsou agresivní, postupně nejsou schopni se o sebe postarat, takže končí ležící na lůžku. Je potřeba je krmit, jsou inkontinentní, nepoznávají známý ani děti.“* ACH dle jejího názoru diagnostikovat jde. *„Určitě ano. Lidi k nám chodí už s touhle diagnózou. Diagnostikuje psychiatr, ale poslat by ho tam, měl obvodák. Pokud na to ovšem přijde.“* Na otázku, zda si myslí, že se ACH dědí, odpovídá, že ne. Na dotaz, zda se ACH dědí, říká: *„Asi se to nedědí, to by se klienti za chvíli nikam nevešli.“* Na otázku, zda se ACH dá předcházet, odpovídá, že nedá. *„Nedá. To mě právě vždycky strašně štve, když vidím ty reklamy v televizi. Chudáci starý lidi si to kupují za strašný peníze a k ničemu to není.“* Na dotaz, zda se dá ACH léčit, odpovídá: *„Nedá. Lze ji medikací zpomalit, ale ne vyléčit. A fajn jsou léky na deprese, na spaní... To těm klientům všechno usnadní život.“*

Péče o klienta s ACH

Na dotaz, zda může být o klienta pečováno v domácím prostředí, říká: *„Určitě chvíli ano. Docela dlouhou dobu. Myslím si, že když může být člověk s demencí tady u*

nás v domově, tak může být i doma. Ale asi to chce celodenní dohled, nejde ho nechat doma samotného. A když se zhorší tak, že třeba začne utíkat, nebo je nebezpečnej, tak potom by měl jít do zařízení, kde se o něj někdo postará. My tady sice poskytneme tu základní péči, ale specializovaná péče by byla určitě prospěšnější.“ Školení, které by bylo specializované na péči o klienty s demencí, neabsolvovala. „Já nevím podle mě je to ztráta času. Pečujeme o klienty o všechny stejně.“ Na dotaz, zda potřebuje klient s ACH jiný denní režim, odpovídá, že ano. „Určitě. Nám to tady dělá docela nepořádek. Hlavně u těch klientů, kteří nespí v noci. Bylo by fajn je přes den aktivizovat tak, aby spali v noci, ale na to nemáme lidi. A jsou to klienti, kteří jsou pomalejší. Všechno se jim musí vysvětlovat víckrát, hůř chápou. Dost to zdržuje.“ Připravit klientovi jiný denní režim respondentku zatěžuje. „Já bych to uměla, i bych na to třeba měla trpělivost, ale to by musel být jeden pracovník na jednoho klienta. A taky úplně jiný prostory, tady to nejde.“ Opatření, která může učinit, když chce klient ze zařízení odejít, zná. „Žádná nejsou. Nemůžeme dělat nic, když odejde, odejde. Nejsme uzavřený oddělení. Pak jen můžeme doufat, že se vrátí. Dá se takovému klientovi nabídnout doprovod, ale jak už jsem říkala, nemáme na to lidi. Sem tam to děláme, klienti toho využívají, kdo by se chtěl potulovat po Budějovicích sám, ale fakt na to není čas.“ „Takový situace nás zatěžujou. Občas, když se nám někdo nevrátí, tak vyrazíme oběhnout barák, jestli třeba nesedí někde na lavičce na sluníčku, ale nedá se tady běhat a nahánět klienty. Pak tak akorát zavolat rodině, jestli si třeba klienta neodvezli a my o tom nevíme, a pak bohužel tak akorát volat policii.“ Restriktivní opatření použít umí. „Já už pracuju se seniorama dlouho, tak mám zkušenosti. Zažila jsem i agresivní klienty. Ostatně tuhle jsme to řešili, ale než jsme stihli zavolat záchranku, tak se nám paní podařilo uklidnit.“

Komunikace s klientem s ACH

Školení zaměřené speciálně na komunikaci s klientem s demencí neabsolvovala. „Chodila jsem na školení, který bylo zaměřený na komunikaci, bylo toho víc, navazovalo to na sebe. Řešili jsme tam samozřejmě i problémový klienty, takže i klienty

s demencí. Docela dost mi to dalo.“ Na dotaz, zda zná pravidla komunikace s klientem s demencí, odpovídá respondentka, že zná. *„Znám, ale spíš jsou to roky praxe. A pak je dobrý toho klienta poznat. Časem víte, jakým tématům se máte vyhnout, o čem nemluvit. Občas je o nervy, když se klient opakuje, což ty s demencí dělají často a rádi, ale to je o zvyku.*“ Navázat komunikaci klientem jako první jí potíže nedělá. *„Já jsem ukecaná, já nemám problémy oslovit nového klienta, ať má demenci, nebo ne.*“ Na dotaz, zda má dostatek času na komunikaci s klienty, odpovídá, že nemá. *„Ne, čas fakt nemám. Já vím, že by byli ti klienti spokojený, i by jim to pomohlo. Uklidní se, trochu by pocvičili mozek, ale fakt na to není čas.*“ Domnívá se, že kvůli nedostatku času nepomáhá rozvíjet klientovy komunikační schopnosti. Na dotaz, zda jí komunikace s klientem zatěžuje, odpovídá, že ne.

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na první otázku odpovídá, že klienti bez ACH vědí, že je mezi nimi pár klientů s ACH. *„Jo, ví to. Ono se to nedá přehlédnout. O těch, kteří leží ne, ale když někdo bloudí po patrech a nemůže najít pokoj, tak toho si nejde nevšimnout.*“ Na otázku, zda dělá klientům bez ACH potíže přizpůsobit se klientům s ACH, odpovídá, že asi ne. *„Mně teď nenapadá žádná situace, kdy by k tomu jako mělo dojít. Já si myslím, že tady má každej něco.*“ Na další dotaz odpovídá, že pokud ví, klienti s ACH se účastní stejných aktivit, jako ti bez ACH. *„Proč ne. Vždycky se to dá. Spíš by ale potřebovali aktivity zvlášť, jako navíc, třeba víc trénování mozku, nebo tak něco.*“ Na další dotaz, zda rusí klienti s ACH ty ostatní, odpovídá, že ano. *„No, právě, že jo. Ted' tady mám jednu paní a ta v noci nespí. Huláká tady, navíc je sprostá. Což se taky leckomu nelíbí. Někdo to neřeší, ale dost lidem to vadí. A bejvá agresivní, takže se docela i občas bojíme. O sebe ne, ale o ostatní klienty.*“ Domnívá se, že klienti bez ACH vědí, že je věnována větší pozornost klientům s ACH. *„Určitě to všichni ví. Oni tý péče fakt potřebujou víc. A samozřejmě se to dotýká těch ostatních. Když paní pořád zvoní, běháme tam, třeba fakt kvůli banalitám, který by klient bez ACH vyřešil sám, tak je to*

znát. *I když je jasný, že by to dostání poznat neměli.*“ Na poslední dotaz odpovídá, že klienti bez ACH si na ty s ACH občas stěžují. *„Problém jsou tady teďka ty noci, to je fakt blbý. Když se tři pokoje kolem paní M. nevyspí, tak to tady pak řešíme.“* Na poslední otázku odpovídá, že se zařízení bez zvláštního režimu postarat o klienty s ACH spíš nedovede.

4.7 Respondent č. 7

Identifikační otázky

Respondent č. 7 je žena, je jí 19 let, je vyučená, absolvovala kurz pro pracovníky v sociálních službách, pracuje na pozici pracovník v sociálních službách. Její praxe netrvá ani rok, jako klíčová pracovnice se stará o 1 klienta s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH, odpovídá, že moc ne. *„Já vím, že je demence, a vím, že lidé s touhle nemocí zapomínají, ale to je všechno.“* Na dotaz, zda zná projevy ACH, říká. *„Trochu jo. Mají to lidi, kteří zapomínají, nemůžou trefit domů a tak.“* Na otázku, zda lze ACH snadno diagnostikovat, říká, že neví. *„Vůbec nevím. Ale myslím si, že to je těžký, protože u starých lidí se těžko poznává, co jim je. Jestli jsou prostě hodně starý, nebo nemocný.“* Na další dotaz, tedy zda se dědí ACH, odpovídá, že asi ne. *„Mám paní s touhle nemocí a chodí za ní syn a ten je zdravěj. A už je taky starej.“* Na otázku ohledně prevence ACH odpovídá: *„Já myslím, že se ACH předcházet dá. Přece se dá koupit spousta výrobků na zapomínání. A to jsou určitě i některý levnější na předpis.“* Na dotaz, zda se dá ACH léčit, odpovídá: *„Asi dá, paní F. jí hromadu léků. I když je jí teda všechno možný, ale něco z toho bude na tu demenci.“*

Péče o klienta s ACH

Dle názoru respondentky se o klienta s ACH v domácím prostředí pečovat dá. *„Proč ne. Je spousta služeb, který chodí domu, i zdravotní sestry. Já v tom žádnéj problém nevidim. A určitě je pro takovýho člověka lepší bejt doma, než třeba tady. Tady je to pro klienta s ACH blbý. Je tady moc lidí. Třeba paní F. se lidí bojí, nikam nechodí, s nikým se nekamarádí. Zkoušela to, ale je hodně zmatená a nikdo se s ní nebavil. Když šla do jídelny, tak si pak lidi sedali k jinýmu stolu a říkali, že je otravuje.“* Školení, které by bylo zaměřené přímo na péči o klienta s demencí, neabsolvovala. *„V kurzu nám o demenčních lidech říkali, ale to bylo jen tak, abysme věděli, že to existuje.“* Zda potřebuje klient s ACH jiný denní režim, než ostatní, neví. *„Já nevím, paní F. je samotářka, je tady nespokojená, ale je fakt, že kdyby se jí třeba někdo věnoval, trochu jí pomohl, byl s ní, třeba by jí to vyhovovalo.“* Na další dotaz odpovídá: *„Mě by to asi nezatěžovalo, ale nenapadlo mě to. A nejsem si jistá, jestli bych to zvládala.“* Opatření, která jsou vhodná pro klienta, který se toulá, nezná. *„Asi bych ho prostě zastavila, když odchází a dovedla zpátky. Paní F. se mi netoulá, bojí se lidí.“* Tudíž jí situace, spojené s klientem, který se toulá, nezatěžují. *„Neřeším to.“* Restriktivní opatření použít neumí. *„Nevím, co to je.“* *„Jo aha, to je takovýto, že nesmim klienta zamknout, když je agresivní. No, to bych asi utekla. Ale co mám přesně dělat, to nevím.“*

Komunikace s klientem s ACH

Školení, zaměřené na komunikaci s klienty s ACH, neabsolvovala. *„Docela by mě to zajímalo. Třeba bych přišla na to, co mám dělat, když se třeba klient pořád opakuje. Nevim, co mu mám říct. Ani nevim, jak mám reagovat, když mi klientka vykládá, že má v pokoji kočku a nic tam není.“* Pravidla komunikace s klientem s ACH tedy nezná. Problém navázat kontakt s klientem jako první má. *„Já ani nevím, jak se mám s takovým člověkem bavit. Nevim, co si můžu dovolit, těžko se mi hledají témata. Jakoby nevím, co se takovýmu člověku honí hlavou. Takže většinou čekám, až klient začne sám.“* Na dotaz, zda má dostatek času na komunikaci s klientem, odpovídá, že ano. *„Asi*

mám, ale já se fakt cítím nejistá, takže se dodrat s klientem s ACH nehrnu.“ Zda pomáhá klientovi rozvíjet komunikaci, neví. „Když jsem se pokoušela s paní F. stanovit v rámci individuálního plánování cíl, tak jsme se bavili o tom, že by chtěla povídat. Ale ona je chvílku přátelská a za chvílku se začne chovat jinak a to je vidět, že jí lezu na nervy. Nevím, jestli je to mnou, ale ona celkově lidi moc ráda nemá.“ Na otázku, zda ji zatěžuje komunikace s klientem s ACH, sděluje respondentka, že ano. „Já fakt nevím, jak si mám s paní F. povídat, ani o čem, a když mi začne vykládat, co vidí atd. tak jsem z toho nervózní. Ale mám ještě málo zkušeností, jsem tady chvílku, třeba to přijde.“

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Na otázku, zda podle respondentky vědí klienti v zařízení, že jsou mezi nimi klienti s demencí, odpovídá, že ví. *„Proč ne, mně to nepřijde ani divný. Je fakt, že si nejsem jistá, jestli sem klienti s ACH patří, ale když jsou třeba jako paní F., tak proč ne. A to určitě nemůže ani nikomu vadit.“* Na další otázku, tedy zda dělá klientům problém se přizpůsobit, odpovídá, že nedělá. *„Proč, paní F. je v pokoji, nikomu nic nedělá, nikdo nedělá nic jí.“* Pokud ví, tak se klienti účastní aktivit společně. *„Pokud se jich ale vůbec účastní.“* Na otázku, zda ruší klienti s ACH ty ostatní, odpovídá, že určitě ne. *„Nevidím jediný důvod, proč by rušili ostatní klienty.“* Na dotaz, zda si klienti bez ACH uvědomují, že je klientům s ACH věnována větší pozornost, sděluje, že určitě neuvědomují. *„Ne, jak by na to přišli. A já zase tolik času navíc u paní F. netrávím, oproti jiným klientům.“* Na poslední dotaz odpovídá, že pokud ví, klienti bez ACH si na klienty s ACH nestěžují. *„Přijde mi, že si dokážou věci vyřídit sami.“* Podle názoru respondentky se zařízení bez zvláštního režimu postarat o klienty s ACH spíše nedovedou. *„Já si myslí, že patří tyhle lidi jinam. Ne kvůli nám, my to vždycky nějak uděláme, ale kvůli nim. Líp se jim tam dovedou věnovat, umí je zabavit.“*

4.8 Respondent č. 8

Identifikační otázky

Respondent č. 8 je žena, je to zdravotní sestra se středoškolským vzděláním. Je jí 41 let, praxe trvá 20 let, pracuje na pozici zdravotní sestry. Na jejím oddělení je jeden klient s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH odpovídá, že ano. *„Jde o syndrom demence, postihuje starý lidi.“* Zná také příznaky: *„Patří sem nejprve zapomínání, které se horší. Zmatenost, klienti s demencí bloudí, mají deprese, úzkosti, pak už se zapomínají i najíst, končí ležící na lůžku.“* Respondentka se domnívá, že ACH lze diagnostikovat snadno. *„To poznám i já, když má klient demenci. Navíc jsou na to testy.“* Domnívá se, že se ACH nedědí. *„Myslím, že se to nedědí, ale jistě to fakt nevím. Ze školy si to nepamatuju, už jsem pryč dlouho. A navíc se teď dělá spousta výzkumů, za mě se demence až tak neřešily.“* Ví, že prevence demence existuje. *„Ale jasně. Určitě zdravý životní styl. Já si myslím, že ten nárůst demencí, kterež teď je, souvisí i s životním stylem, kterež všichni vedeme. Takže pohyb, strava, alkohol, kouření. Pak určitě cvičit paměť, třeba křížovky. Taky že ty lidi pak třeba když jdou do důchodu, tak aby nebyli sami.“* Ví, že nemoc se léčit nedá, pouze zpomalit. *„Musí se na to ale přijít včas, pak už to k ničemu není.“*

Péče o klienta s ACH

Na otázku, zda se dá o klienta s ACH pečovat v domácím prostředí, odpovídá, že ano. *„Proč ne. Já si myslím, že pokud funguje rodina, služeb je spousta. Může to fungovat. Ale je třeba hlídat, aby brali léky, jedli. Ale to my tady musíme hlídat taky.“* Školení zaměřené na péči o klienta s ACH, absolvovala. *„Já už absolvovala školení.“* (směje se). *„Nejsem si jistá, jestli školení specializované na klienty s demencí je*

k něčemu. Staráme se o ně stejně, jako o ty ostatní. Jen je s nimi mnohem víc práce, mnohem víc problémů. Ale péče jako taková je stejná. Když je klient ležící, protože s těma je nejvíc práce, tak je jedno, jestli má demenci, nebo nemá.“ Jiný denní režim dle respondentky klient s ACH rozhodně potřebuje. „To je právě to, co my jim tady nedokážeme dát. Přizpůsobit se tomu režimu, který ty lidi potřebujou. I jiný volnočasový aktivity, prostě všechno. Tady to neumíme. A řešíme tady pak věci, který bysme řešit nemuseli.“ Na další dotaz odpovídá, že ji zatěžuje připravovat jiný režim pro klienta s ACH. „Jo, dělá mi to potíže. Dělá nám to potíže všem. Nemáme čas na ostatní klienty, hopsá se tady kolem lidí, který tady třeba ani nemají být.“ Na otázku, zda zná opatření, kterých lze využít u klienta, který ze zařízení odchází, odpovídá: „Znám, žádný nejsou. Nemůžeme dělat nic. Měla jsem tady několik klientů, který utíkali. A je to fakt super, běhat po sídlišti a hledat klienta. Nebo volat synovi, že se pan XY ztratil a nevíme, kde je. To je jeden z důvodů, proč si myslím, že tady lidi s ACH nemají být. Nejsme uzavřený oddělení.“ „Jo, tyhle situace mě zatěžují a dost.“, odpovídá na další dotaz. Restriktivní opatření zná, použít je umí. „Naštěstí to není až tak potřeba řešit. I když pani Š. není beránek, ale je droboučká, tam předpoklad, že udělá něco mě, nebo i sobě moc není.“

Komunikace s klientem s ACH

Školení zaměřené na komunikaci s klientem s ACH absolvovala. „Chodila jsem na takový děsně dlouhý školení, brali jsme tam i klienty s demencí. Bylo to dobrý. Bavilo mě to.“ Pravidla komunikace s klienty s ACH zná. „Nedávno jsme to dokonce řešili na poradě, hledala jsem pak nějaký materiály na internetu. Máme to na sesterně. Ale jestli to někdo čte, to nevim.“ Navázat jako první kontakt s klientem jí potíže nedělá. „Já si ale čtu dopředu, než klient nastoupí, papíry. Takže vím, kdo mi sem jde a co mám tak zhruba čekat. I podle seznamu léků se ledacos pozná.“ Dostatek času pro komunikaci s klientem nemá. „Jo, to já bych si i povídala, je mi jasný, že klientovi by to bylo i ku prospěchu, ale s časem nic moc. I když zase, že bych ho neměla vůbec, to ne. Ale fakt je, že si spíš člověk udělá čas na klienta, se kterým je lepší domluva.“ Dle vlastních slov rozvíjí klientovy schopnosti komunikace: „Každá komunikace s klientem mu pomáhá.“

Aspoň doufám.“ Komunikace s klientem s demencí respondentku spíše zatěžuje. „Ono je to s nima na dlouho. A já jsem docela netrpělivá. A fakt je, že když je hodně práce, a do toho když mi někdo začne vyprávět, že pojedete na chatu, kterou už dávno nemá, tak na to nervy fakt nemám.“

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Klienti zařízení dle respondentky vědí, že jsou mezi nimi klienti s demencí. *„Ale to vědí, to je jasný. Naštěstí jich tady není moc. Ale ona je někdy s těma dementníma sranda.“* Na další otázku odpovídá, že klientům bez ACH dělá potíže přizpůsobit se klientům s ACH. *„Jo, problémy jim to dělá. Protože klienti s demencí ruší aktivity, dělají tady takový napětí a dusno.“* *„Není tady takovej ten klid, co bych si slibovala od domova. Já nechci, aby tady bylo nějaký ticho, nebo tak, ale prostě zmatenej klient tady na atmosféře moc nepřidá.“* Na další dotaz odpovídá, že pokud ví, klienti se účastní aktivit společně, k některým chodí třeba i klíčový pracovník trénovat paměť individuálně. *„Ale to chodí i ke klientům bez ACH.“* Na dotaz ohledně toho, zda ruší klienti s ACH ty bez onemocnění, odpovídá: *„Ano ruší, a mě to docela štve. Úplně nejlepší ze všeho je dát klienta s demencí na dvoulůžák. To je pak mazec, i to se nám tady podařilo. Ale pán byl nebezpečnej, báli jsme se, že tomu druhýmu něco udělá. Kromě toho, že mu lezl do věcí a jedl mu jídlo.“* Klienti bez ACH si dle jejího názoru uvědomují, že je klientům s ACH věnována větší pozornost. *„Ale nevím, jestli to berou negativně. To je, jako když se někomu nelíbí, že trávíme víc času u klientů na lůžku.“* Na poslední otázku odpovídá kladně. *„Ano, občas si někdo stěžuje. Že tady někdo bloudí, křičí, nebo tak. Ale že by někdo vyloženě vyváděl, nebo to chtěl zapsat, to ne. Je to prostě tak, že tady žije hodně lidí pohromadě.“* Na otázku, zda se zařízení bez zvláštního režimu dovede postarat o klienta s ACH, odpovídá, že nedokáže. *„Ne, tyhle lidi tady nemají co dělat. Není na ně čas, prostory, ani to pořádně nikdo z nás neumí.“*

4.9 Respondent č. 9

Identifikační otázky

Respondent č. 9 je žena, je jí 44 let, je to středoškolačka, studuje vyšší odbornou školu, která je zaměřena na sociální práci, pracuje na pozici pracovnice v sociálních službách, její praxe je 1 rok. Jako klíčová pracovnice pracuje se dvěma klienty s ACH.

Informace o ACH

Na první dotaz respondentka odpovídá, že ví, co toto onemocnění je. *„Je to neurologické onemocnění.“* Říká, že zná i projevy ACH. *„Tahle nemoc je pěkně hnusná. Lidi začnou nejdřív zapomínat, pak se ztrácejí... Jsou nebezpečný sami sobě, potřebujou dohled, celej den, jinak si můžou něco udělat, nebo někomu jinýmu.“* Zda lze diagnostikovat ACH snadno neví. *„Tak tohle já fakt nevím. Ale asi jo, vždyť se ví, když má tuhle nemoc někdo. A na zapomínání jsou testy, podle těch to asi poznat jde. Ale jestli jsou na to nějaký vyšetření, jako třeba rentgen, nebo tak něco, kde by se to dalo poznat, tak to nevím.“* Na dotaz, zda se ACH dědí, odpovídá. *„Určitě dědí, proto je toho tolik. A říká se, že nárůst téhle nemoci ještě přijde. Takže se to dědí, plus k tomu to, jak žijeme. Proto takovej nárůst.“* Dle názoru respondentky se ACH předcházet dá. *„Určitě je tam nějaká prevence, alespoň malinko. Nějaký doplňky stravy se dají koupit, pak určitě změna životního stylu, to je teď moderní, je to na všechno... /smích/. Třeba běhat, může pomáhat okysličování mozku.“* Na otázku, zda se dá ACH léčit, říká: *„Spíše ne. Já vím, že se klientům dává pak hodně léků, ale že by to léčilo ACH, to ne. Ale pomoc od nespavosti, nebo neklidu, to se jim dá.“*

Péče o klienta s ACH

Dle názoru respondentky se o klienta s ACH doma pečovat dá, dokonce by se mělo. *„Takovej člověk může být doma, není důvod, proč ne. Určitě je lepší, když jsou klienti*

s ACH doma, než tady. Tady je moc věcí najednou, moc lidí, moc vzruchů. A člověka s ACH to tak akorát rozrušuje, pak jsou neklidní... A stejně ty, co tady máme, tak utíkají a chtějí domů. Kam by chtěli jinam. A doma s nimi pak je někdo, kdo se stará, může se tomu člověku věnovat intenzivně, ne jako my tady. “ Školení, které by bylo zaměřené na péči o klienta s ACH, zatím neabsolvovala. „Ale chtěla bych, určitě by to bylo užitečné. A je mi jasný, že klientů s ACH tady bude víc a víc, když je jich víc v populaci, tak se bude zvyšovat jejich počet i v zařízení, jako je to naše. Kam s nima jinam, když zařízení se zvláštním režimem je málo. Navíc ne každé je na tom, tak, aby byl v zařízení se zvláštním režimem.“ Domnívá se, že klient s ACH potřebuje jiný denní režim, než klient bez ACH. „Jo, potřebuje. Oni mají úplně jiný rytmus, potřebují, aby byl někdo s nima, aby třeba říkal, že teď je čas na oběd a věnoval se jim. Když jsou pak zmatení, tak je skoro potřeba, aby byla jedna pracovnice na jednoho člověka s ACH, a to je ale fakt utopie.“ „Připravit takový režim pro klienta s ACH by mi problém nedělalo, kdybych k tomu neměla ještě milion lidí navíc. Tady to fakt nejde. A mně by nevadilo, kdybych se starala jen o klienty s ACH, ale chtělo by to třeba dva, maximálně tři. A být s nimi, třeba pořádkem, dělat jim program, trénovat s nima paměť. Ale takhle to nejde.“ Na otázku, zda ví, co má dělat, pokud klient chce zařízení opustit, odpovídá: „No, to je těžký, když nic dělat nemůžeme. Proto si myslím, že tady klient s ACH nemá co dělat. Nemůžeme je ani zavřít, ale ani na ně dohlížet, ani nic. A já tady mám klientku, která utíkala, několikrát jí přivezla policie. Byl to docela průšvih, byla zima, a paní nebyla zrovna moc oblečená. Ale co my, můžeme zavolat policii, když se nám klient třeba nevrátí večer, voláme dětem, jestli si klienta neodvezli, ale to je tak všechno.“ Na další dotaz odpovídá, že takové situace ji zatěžují. „Je to šílený. Pořád tady někoho honíme, hlídáme, kam kdo jde, nezbývá pak čas na normální práci. Navíc je blbý, tomu klientovi se může něco stát, když nemůžou trefit domu a toulají se venku dlouho. Navíc je blbý volat těm dětem, už jsem dostala vynadáno, že se o maminku nedokážeme postarat. Přitom moc dobře ví, že dělám, co můžeme. Taky už jsem synovi jedné klientky řekla, že tady maminka nemá co dělat. Paní je tady pořádkem.“ Restriktivní opatření respondentka zná. „Tady to není až tak složitý, nic nemůžeme. Takže maximálně volat záchranku, aby klienta zklidnili, ale to je taky nanič...“

Komunikace s klientem s ACH

Školení zaměřené na komunikaci s klientem s ACH v rámci zaměstnání neabsolvovala. „*Ne, v práci jsem se k ničemu takovému nedostala. Ale měli jsme kurz ve škole, na komunikaci, takže jsme se zabývali i klientama s demencí. Určitě bych ale přivítala školení, kde bych to viděla prakticky - nemyslím přivést klienta s demencí a zkoušet to na něm, ale třeba by se hodil nácvik.*“ Základní pravidla komunikace s klientem tedy zná. „*Znám i pravidlo, že je dobrý se na klienta připravit, přečíst si dokumentaci, ale to tady nehrozí. To stíhají tak sestry, my ne. Pak by se mi nestalo, že jsem se zeptala klientky s ACH na vnučata, paní je něměla a pak byla agresivní, ječela na mě a fakt se jí to nelíbilo.*“ Začít komunikovat s klientem s ACH jako první jí potíže nedělá. „*Ne, já se nebojím. A nedělá mi to potíže. Některý se stydějí třeba dýl, musí si tady zvyknout, spíš je blbý, že jsou v novém prostředí a jsou rozhozený, trochu se bojím, než přijdu na to, co je kdo zač. Ale dobrý, problémy mi to nedělá.*“ Na další dotaz odpovídá respondentka, že čas na klienty nemá. Ani na ty s ACH, ani na ty ostatní. „*Jak už jsem říkala, já bych jim pomáhala víc, i jinak, ale není na to čas.*“ Zda klientovi s ACH pomáhá rozvíjet komunikační schopnosti, respondentka neví. „*Já bych s nima povídala víc, cvičila bych s nima paměť. Ale to je furt dokola, čas na to není.*“ Komunikace s klientem s ACH jí nijak zvlášť nezatěžuje. „*Ono je to tak, že každéj z těch klientů má něco. Ta jedna paní, co jí mám já, ta je taková hodňoučká, je ale hodně popletená, s tou se povídat dá, jen musí mít člověk čas a trpělivost. Ta druhá ne, ta je vzteklá, zlá a agresivní. Ale to máš i klienty bez demence.*“

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Dle názoru respondentky vědí klienti bez ACH, že jsou mezi nimi ti s tímto onemocněním. „*Jo, vědí to, všichni. Vždyť tady žijou na jedný hromadě. A třeba paní S., ta je tady populární - poslední dobou není na patře nikdo, kdo by si na ní nestěžoval. Včetně personálu.*“ Domnívá se, že klientům bez ACH nedělá problémy

přizpůsobit se klientům s ACH. „A naopak. Já myslím, že to tady celkem funguje. Holky dělají, co můžou, vodí klienty s ACH na akce, a tak. Občas někdo vyrušuje, to pak je o tom to kočírovat, ale ten klient, pokud je to moc, tak se vždycky nechá odvést. A třeba pak uklidnit. Nebo se to vyzkouší, a když to nejde, vodí se klienti s ACH na akce, kde je třeba míň lidí: Ale aktivizujeme je, to jo.“ Na dotaz, zda ruší klienti s ACH ty ostatní, odpovídá, že ano. „Ruší, a jak. V noci, když se tady potulují a buší na dveře, nebo teďka paní S., ta se začala svlíkat v jídelně. Tak to taky každý nerozchodí. A fakt je, že ona je agresivní a docel sprostá. Někdo si uvědomuje, že je nemocná a neřeší to, někdo si stěžuje a chce, abychom to řešili my. Jenže jak, ono to dost dobře nejde. Já nemůžu říct, aby nechodila do jídelny na oběd. No, už to řešíme se synem, jenže ten jí stejně nechce dát jinam. Takže jsem na to zvědavá. A pak jsme taky měla pána s demencí na dvoulužáku, to bylo vůbec prima. Ten byla taky agresivní, volali jsme několikrát záchranku, ten pak skončil v zařízení se zvláštním režimem. Ale on neměl rodinu, takže tam nebylo s kým se dohadovat.“ Tím respondentka odpověděla i na předposlední otázku. A na dotaz, zda si dle jejího názoru klienti s ACH uvědomují, že je klientům s ACH věnována větší pozornost, odpovídá, že ano. „Ví to, když tady pak třeba někoho naháníme, tak se ví proč. A taky proč to tajit. Já si myslím, že kdyby se sem klienti s ACH nebrali, bylo víc času na ostatní.“ Dle názoru respondentky se zařízení bez zvláštního režimu postarat o klienty s ACH nedovedou. „V žádném případě. Nejsme uzavřený oddělení, je to nebezpečný, nejen pro ty nemocný, ale i pro ty ostatní a mezi i pro nás. A neumíme je tady zabavit, to tak prostě je.“

4.10 Respondent č. 10

Identifikační otázky

Respondent č. 10 je žena, je jí 37 let, je středoškolačka – zdravotní sestra, práci ale nevykonávala. Pracuje na pozici pracovník v sociálních službách, její praxe trvá 6 měsíců, jako klíčová pracovnice se věnuje jednomu klientovi s ACH.

Informace o ACH

Na otázku, zda ví, co je ACH odpovídá, že ví. *„Vím, co to je. Je to onemocnění, který se skládá ze spousty symptomů. Klienti jsou ale každý jiný.“* Příznaky také zná. *„Nejdřív začnou ti lidé zapomínat. Podle toho se ta nemoc taky pozná. Pak se přidávají další věci - mají deprese, úzkosti, nespí, pak už neví, jestli je dopoledne, nebo dopoledne, jestli mají jíst, nebo spát. Ta péče o ně je strašně složitá.“* Respondentka se domnívá, že diagnostikovat ACH je těžké. *„Ono se špatně pozná, jestli ten člověk ještě zapomíná normálně, nebo už to v pořádku není. A je taky blbý, že na to nejdřív přijde okolí, třeba rodina, která musí dotlačit toho seniora k doktorovi. Pak už je to v pohodě, jsou na to testy, ale než tam ten člověk dojde, tak to trvá. A pak si to stejně třeba ty příbuzný nechtějí připustit. Demence je strašák, který si nikdo nechce připustit. A tím, že se o tom teď mluví třeba v televizi, tím se to moc nevyřeší. Podle mě je to ještě horší, ty lidi se pak bojí, co bude, protože ví, že třeba tu babičku budou muset dát do nějakýho zařízení a nechtějí, nebo se bojí, co tomu ten senior řekne.“* Na dotaz, zda se ACH dědí, odpovídá: *„Já myslím, že nedědí. Pokud si to pamatuju ze školy. Ale už se třeba ví něco jinýho. Ale na druhou stranu - kdyby se vědělo, že se to dědí, tak by se to dalo řešit. Ale nebo taky nedalo, ono je to u těchhle nemocí těžký.“* Respondentka na další dotaz odpovídá, že ACH se předcházet nedá. *„Ne, asi nedá, neodkážu si představit jak. A kdyby to šlo, tak by se to dělalo. Nikdo nechce mít demenci. I když rakovinu mít taky nikdo nechce a taky půlka populace kouří.“* Na otázku, zda se dá ACH léčit, sděluje, že nedá. *„Ne nedá, na demence nic není. Jen o toho člověka pečovat, hlídat ho, ale léčit se to nedá.“*

Péče o klienta s ACH

Na otázku, zda se dá o klienta s ACH pečovat v domácím prostředí, odpovídá, že dá. *„Proč ne, když má kdo. Ale jen chvíli, časem to přestane rodina zvládat, pak chodí ti klienti k nám. Ale přijde mi to jako přestupní stanice, když se ten člověk pak zhorší moc, tak to stejně nezvládneme, musí ten klient do zařízení se zvláštním režimem, pokud se*

tam dostane a to je pak na nic, klient se znova stěhuje a není to pro něj dobrý. Já bych určitě volila rovnou specializovaný pracoviště, ale jich málo. Teďka otevřeli tady v okrese něco soukromýho, ale to zase bude drahý, každej si to nemůže dovolit. Když pak vidím, kolik ty lidi mají důchod. Některý rodiny se to podle mě snaží zvládnout doma i kvůli penězům, kromě toho, že ten klient třeba nikam nechce.“ Školení, které by bylo zaměřené na péči o klienta s demencí, neabsolvovala. „Ale teď jsem koukala, že je něco v Praze, chtěla bych tam, ale nevím, jestli to projde. Alespoň by to k něčemu bylo. Je to přímo péče o klienty s demencí.“ Na další dotaz dopovídá, že klient jiný denní režim potřebuje. „Ano, potřebuje. Ale každý z nich. Já mám teda jen jednu paní, tak to nemůžu říct plošně, tolik zkušeností nemám. Ale paní např. v noci nespí, takže by bylo fajn jí pak trochu přizpůsobit ten den. Ale nejde to. Ale to by asi nešlo ani v zařízení se zvláštním režimem, tam jich pak hodně, každý by to třeba potřeboval jinak. Já nevím, jak to s nima pak dělají, jestli je jich tam víc pracovníků a řeší to individuálně, nebo třeba jestli je tam ten režim volnější.“ Připravit jiný denní režim pro klienta s ACH jí zatěžuje. „Nejde to vůbec, třeba když je trénování paměti, nebo cvičení a ta klientka v noci nespala a spí dopoledne, tak s tím nic dělat nejde, musí se přizpůsobit většině, takže buď vstane a jde, nebo má smůlu.“ Opatření, která může použít, když klient ze zařízení odchází a toulá se, nezná. „Nevím, co by to mělo být. Vím, že klienta nesmíme zamknout, to je rozdíl mezi náma a zařízením se zvláštním režimem, ale jinak nevím.“ „Kdyby se klient nevrátil z procházky, tak asi jako doma, kdybych postrádala babičku, nebo i dítě - zavolala bych, jestli není u někoho a pak policii.“ Tyto situace jí nezatěžují. „Mně se to nikdy nestalo, takže mě to nezatěžuje. Ale vím, že na jiných patrech občas holky někoho shání, ale to je pak spíš komplikace časová, než že by to bylo nějaký třeba stresující.“ Restriktivní opatření zná. „Já jsem byla na školení o restrikcích. Nic z toho, co se smí, ale nepoužíváme, nejsme proškolený. Na druhou stranu, kdyby na mě útočil klient, asi bych jednala v pudu sebezáchovy a zákon bych neřešila.“

Komunikace s klientem s ACH

Školení zaměřené na klienty s ACH neabsolvovala. „*Jsem ale přihlášená na školení, které je na dlouho a je zaměřené na komunikaci, tak se určitě dostane i na klienty s demencí.*“ Pravidla komunikace s klienty s ACH dle svých slov zná. „*Ale jo, člověk tak trochu ví. Ale já se dost bojím, nevím, jak mám reagovat na některý věci. Když se klient pořád opakuje, tak ho nechám, s tím se snad ani nic jinýho dělat nedá. Ale mám klientku s ACH, která si teď v poslední době začala vymýšlet vlastní slova, prostě jí není rozumět. Já mám strašný problémy pochopit, co po mě chce. A strašně mě to znervózňuje a stresuje. Navíc ona potřebuje pomoc s hospodařením s penězma a já pak nevím, co chce. Je to blbý, i se bojím, aby mě třeba z něčeho neobvinila*“ Navázat kontakt s klientem s ACH jako první jí dělá potíže. „*Já mám prostě strach. Mám informaci, že klientka má demenci, ale nevím, v jakým je stavu. Navíc tady se z toho dělá strašák, pěstuje se tady strach z každýho, kdo má demenci, protože se předpokládá problém, a školení taky nemáme. Prostě jsou to situace, kdy jsem nejistá a fakt je nevyhledávám.*“ Dostatek času pro komunikaci s klientem nemá, uvádí také, že těžko může pomáhat klientovi rozvíjet komunikaci, když není kdy. Na otázku, zda ji zatěžuje komunikace s klientem, odpovídá: „*Jak už jsem říkala, zatěžuje. Ale třeba to přijde s praxí a třeba mi taky pomůže to školení.*“

Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Klienti bez ACH o klientech s ACH v zařízení dle slov respondentky vědí. „*Určitě.*“ Respondentka se domnívá, že přizpůsobit se klientům s ACH těm ostatním potíže dělá. „*Já si myslím, že je to problém, tak nějak tyhle dvě skupiny vzájemně. Oni fakt ti s demencí mají jiný režim, jsou pomalejší, nejde to moc dohromady. Fakt bych osobně pro seniora v rodině, kterej by měl ACH, volila specializovaný pracoviště. Tady tak nějak přežívají, ale že by se jim někdo speciálně věnoval, to ne. I by podle mě potřebovali jiný aktivity, víc třeba trénování paměti. Nebo nějaký ruční práce, takový*

jako klidový činnosti, Tady je toho málo.“ Klienti se tedy dle slov respondentky účastní aktivit s ostatními, ale respondentka se domnívá, že by potřebovali aktivity jiné. Na další dotaz, zda ruší klienti s ACH ty ostatní, odpovídá respondentka kladně. „Ruší, to je jasné. Když klientce nerozumím já, nerozumí jí ani nikdo jiný. A ona obchází klienty, snaží se povídat. Je ale zmatená opravdu hodně. I jsem zaregistrovala poznámky rodiny jednoho klienta, který komentovali paní a její chování. A ptali se, jestli není nebezpečná. Špatně se na to odpovídá, stejně se s tím ale nedá nic dělat. Ani s paní, ani s těma ostatníma. Je to taky trochu o toleranci.“ Respondentka se domnívá, že si nikdo neuvědomuje, že je klientům s ACH věnována větší pozornost. „Nikdo by o tom vědět neměl, doufám, že to tak je.“ Na dotaz ohledně možných stížností klientů reagovala respondentka výše. Na poslední otázku respondentka odpovídá, že se zařízení bez zvláštního režimu postarat o klienty s demencí neumí. „Nejsou na to lidi, nedovedeme to.“

4.11 Shrnutí výsledků

Tabulka č. 2: Informace o ACH

Respondent	Ví co je ACH?	Zná projevy?	Lze ACH snadno diagnostikovat	Je ACH dědičné onemocnění?	Lze ACH předcházet?	Dá se ACH léčit?
č. 1	ano	ano	neví	ne	spíše ne	ano
č. 2	ano	ano	neví	neví	neví	spíše ano
č. 3	ano	ano	ne	spíše ano	ano	spíše ne
č. 4	ano	ano	ano	ano	ano	ne
č. 5	ano	ano	neví	ne	ne	ne
č. 6	ano	ano	ano	ne	ne	ne
č. 7	spíše ne	spíše ano	neví	spíše ne	ano	spíše ano
č. 8	ano	ano	ano	ne	ano	ne
č. 9	ano	ano	neví	ano	ano	spíše ne
č. 10	ano	ano	ne	ne	ne	ne

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3: Péče o klienty s ACH

Respondent	Lze pečovat o klienta v domácím prostředí?	Absolvoval/a školení zaměřené na péči o klienta s ACH?	Potřebuje klient s ACH jiný režim, než ostatní?	Připravit takový režim jej/ji zatěžuje?	Zná opatření, která lze použít, pokud klient odchází?	Zatěžují jej/ji takové situace ?	Umí použít restriktivní opatření?
č. 1	spíše ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne
č. 2	ne	ne	ne	-	ne	ne	ano
č. 3	spíše ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano
č. 4	neví	ne	ano	ano	ano	ano	ano
č. 5	ano	ne	ne	-	ano	ne	ne
č. 6	spíše ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
č. 7	ano	ne	neví	ne	ne	ne	ne
č. 8	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
č. 9	ano	ne	ano	ne	spíše ano	ano	ano
č. 10	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ne

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4: Komunikace s klientem s ACH

Respondent	Absolvoval/a školení zaměřené na komunikaci s klientem s ACH?	Zná pravidla komunikace s obtížným klientem?	Zatěžuje jej/ji navázat s takovým klientem komunikaci jako první?	Má dostatek času pro komunikaci s klientem ACH?	Pomáhá klientovi rozvíjet jeho komunikační schopnosti?	Zatěžují jej/ji komunikace s klientem s ACH?
č. 1	ano	ano	ne	ne	neví	spíše ano
č. 2	ne	ano	ne	ne	neví	spíše ano
č. 3	ano	ano	ne	ne	neví	ne
č. 4	ne	ano	ne	ne	neví	ne
č. 5	neví	ano	ne	ano	spíše ano	ne
č. 6	ne	ano	ne	ne	ne	ne
č. 7	ne	ne	ano	ano	neví	ano
č. 8	ano	ano	ne	ne	ano	ano
č. 9	ne	ano	ne	ne	neví	ne
č. 10	ne	ano	ano	ne	ne	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 5: Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Respondent	Vědí klienti, že jsou mezi nimi klienti s ACH?	Dělá klientům bez ACH potíže přizpůsobit se těm s ACH?	Účastní se klienti s ACH všech aktivit?	Ruší klienti s ACH ty ostatní:?	Uvědomují si klienti bez ACH, že těm s ACH je věnována větší pozornost?	Stěžují si klienti bez ACH na ty s ACH?	Jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna se postarat o klienta s ACH?
č. 1	ano	spíše ne	ne	ano	ne	ne	spíše ano
č. 2	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano
č. 3	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano
č. 4	ano	spíše ne	ano	ano	ano	ano	ano
č. 5	ano	ne	ano	spíše ne	neví	spíše ne	ano
č. 6	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne
č. 7	ano	ne	ano	ne	ne	ne	spíše ne
č. 8	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
č. 9	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne
č. 10	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ne

Zdroj: vlastní výzkum

5 DISKUZE

Již několik let se prodlužuje délka doby, které se lidé dožívají. Je tomu tak po celém světě, především ale v zemích s rozvinutým hospodářstvím. S tím je ale spojen i fakt, že roste počet lidí, které trápí nemoci, které jsou spojené právě s koncem života. Výjimkou není ani ACH. Ve skupině 65letých jsou postiženy touto chorobou zhruba 2 až 3 % populace, každých dalších pět let se ale toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80letých je tudíž touto nemocí postižena polovina populace (44). Nastává tedy otázka, kdo, kde a za jakých okolností o tyto osoby pečuje. Nejméně komplikovanou variantou se jeví péče o nemocného ACH v domácím prostředí. Varianta v každém případě nejlevnější, ale mající značná úskalí. Do jisté doby se o seniora s ACH doma pečovat dá. Počátek choroby je nenápadný (36). A do jisté míry neškodný. Osoba prostě zapomíná – nejprve klíče, posléze např. co měla k obědu. Nemoc se ale rozvíjí. Nastupuje porucha exekutivních funkcí. Dochází k chybám v plánování, vykonávání komplexních činností, dále je porušen úsudek. To vše se jeví zpočátku pouze jako bezradnost, osoba své okolí překvapuje nesprávnými rozhodnutími. Situace, která se v domácím prostředí zvládnout jistě dá. V pokročilejších stádiích je v popředí těžká porucha paměti s poruchou orientace a intelektu. V terminálním stádiu ACH osoby postižené touto chorobou nepoznávají ani nejbližší osoby, nedokáží verbálně komunikovat, je přítomna inkontinence moči a stolice, nemocní jsou připoutaní na lůžko, musí být krmeni (51). Tedy situace, kterou v domácím prostředí zvládne jen málokdo. A pokud ano, tedy za jakou cenu. V počátcích choroby se jistě senior obstará sám. Pak musí nastoupit pečovatel. Obvykle je to nějaký člen rodiny – až z 80 % (64), v některých případech je tento pečující doplněn nějakou sociální službou, např. pečovatelskou službou. I když pečující osobě pomáhá sociální služba, je péče o příbuzného, který trpí ACH práce velmi náročná a jistě i nevděčná, vyžaduje, aby spolupracovali všichni členové rodiny, protože i pečující si musí odpočinout, i o pečujícího je třeba pečovat (14). V rámci svého výzkumu jsem se respondentů ptala, zda si myslí, že jde pečovat o osobu s ACH v domácím prostředí. Nikdo z nich nevedl, že by měl osobní zkušenost s péčí o klienta s ACH doma, přesto mě zajímal jejich názor,

protože jsou to lidé, kteří mimo jiné, pracují se seniory, kteří trpí ACH. Pět respondentů odpovědělo, že o klienta s ACH pečovat v domácím prostředí lze, tři respondenti odpověděli, že spíše ano, jeden respondent sdělil, že se o osobu s ACH doma pečovat nedá, jeden respondent odpověděl, že neví. Respondenti ale sami uvádějí, že se sice o osobu s ACH pečovat doma dá, ale pouze do jisté doby, v okamžiku, kdy dojde ke zhoršení stavu klienta, uznávají, že je třeba jej umístit do nějakého adekvátního zařízení. Jako důvod uvádí náročnost péče a to, že klienti mohou být nebezpeční – svému okolí, nebo sami sobě. Právě vyčerpání pečovatele a rozvoj poruch chování nemocného jsou důvody, pro které dle literatury bývají nemocní umísťováni do zařízení (64).

I přes veškerou snahu jak rodiny, tak pracovníků sociálních služeb přijde ale tedy doba, kdy je třeba nemocného s ACH umístit do zařízení – ať zařízení zdravotnického, což je záležitost dočasná, nebo do zařízení sociálních služeb. Je jasné, že nemocný by měl být ten, který o svém osudu spolurozhoduje (64). Bylo by také pro klienta i jeho příbuzné příjemné, pokud by si zařízení mohli vybrat. Jistě by v jejich rozhodování hrála roli blízkost zařízení k bydlišti rodiny, příjemnost prostředí, to, že v dotyčném zařízení má nemocný již nějaké známé. Realita je ale jiná. Již po mnoho let jsou zařízení sociálních služeb obsazena, čekání je zdlouhavé a o výběru není ani řeč. Ideálním zařízením pro osobu, která trpí ACH je zařízení se zvláštním režimem. Jsou to zařízení, která zajišťují specifické potřeby osob, především právě těch s demencí (39). Potřeby klientů zajišťují jak individuálně, tak z hlediska celého zařízení (64). Osoby s ACH jsou ale velmi často umísťovány i do zařízení bez zvláštního režimu – tedy např. do domovů pro seniory, která nejsou specializovaná na klienta s ACH. Já jsem si v rámci svého výzkumu položil jako hlavní výzkumnou otázku to, zda jsou právě taková zařízení schopna pečovat o klienta, který trpí ACH. Dílčí otázky mého výzkumu vychází především z toho, v čem spočívá ona specializace zařízení se zvláštním režimem – je to tedy to, co zařízením bez zvláštního režimu chybí. Domnívám se, že kromě technického vybavení, které by jistě bylo při troše dobré vůle nahraditelné, spočívá problém především v lidském faktoru. Předpokládala jsem, že pro práci s osobami, které trpí ACH, je třeba znalost toho onemocnění, dovednost reagovat na

změny chování, které tuto chorobu doprovázejí (64). Předpokladem dobré péče o klienta s ACH je i znalost a dovednost komunikace pečujícího personálu s klienty s ACH (21).

Předpokladem dobré péče o člověka s jakoukoliv nemocí, tedy i o klienty, kteří trpí ACH, je znalost jejich onemocnění. Pečující, který zná a rozumí onemocnění, lépe reaguje, umí na nemoc reagovat, rozumí, alespoň v mezích své profese, léčbě, má ke klientovi kladný vztah (5). I já jsem se ptala respondentů na informace, které o ACH mají. První otázka se týkala toho, zda respondenti vědí, co je ACH. Devět z deseti respondentů odpovědělo, že ví. Pouze jeden respondent odpověděl, že spíše ne. Odpovídá, že o nemoci nic neví, pouze, že lidé, kteří jí trpí, zapomínají. Devět z deseti respondentů zná příznaky onemocnění, jeden odpovídá, že spíše ano. Respondentka, která odpověděla, že nejspíše neví, co je ACH a spíše zná její příznaky, nemá zdravotnické vzdělání, má velmi krátkou praxi, neabsolvovala žádný kurz, který by se týkal ACH a jako klíčová pracovnice pečuje o jednoho klienta s ACH. Je tedy vysoce pravděpodobné, že se (např. v rámci školení) její povědomí o tomto onemocnění zlepšilo. Znalosti respondentů o tom, co je ACH a o projevech, se mi zdají velmi dobré.

Pět respondentů odpovídá, že neví, zda se dá snadno diagnostikovat ACH, tři se domnívají, že diagnostikovat ACH je snadné, dva se domnívají, že to snadné není. Dle MKN má diagnostikování ACH celkem složité podmínky: musí jít o syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru, u něhož dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení, úsudku, přitom vědomí není zasaženo, zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace a diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu - psychiatrického a psychologického vyšetření (17). Výsledek podle mého názoru tedy odpovídá tomu složitosti pro určení diagnózy ACH. Vzhledem k tomu, že jde zjevně o proces, který je složitý a splnění všech podmínek pro to, aby byla diagnostikována ACH, je spousta, odpovídá tomu, že polovina respondentů neví, zda je snadné ACH diagnostikovat.

I když úplná příčina ACH není zatím známa, ví se, že vliv má zejména dědičnost (47). V tomto případě znalosti respondentů na příliš vysoké úrovni nejsou. Pět z deseti

respondentů se domnívá, že se ACH nedědí, jeden respondent si myslí, že se spíše nedědí, jeden, že spíše dědí a pouze dva respondenti se domnívají, že onemocnění je dědičné.

Vzhledem k tomu, že jsem prováděla výzkum v zařízení, kde převažují klienti bez ACH nad klienty s ACH, očekávala jsem větší osvětu v oblasti prevence tohoto onemocnění. Mezi preventivní opatření, která sloužící k zamezení vzniku ACH, patří zdravý způsob života, pohyb, trénování paměti, zákaz kouření, terapie hypertenze a ischemické choroby srdeční, vyšší přísun nenasycených mastných kyselin, dieta s přísunem antioxidantních potravin, dostatek vitamínu C, B1 a B12, beta-karotenu, někteří lékaři doporučují i preventivní použití melatoninu jako hormonu podvěšku mozkového, regulujícího spánkový cyklus (18). Pět respondentů odpovídá, že prevence ACH existuje, jmenují některé z výše zmiňovaných prvků. Tři respondenti se domnívají, že ACH předcházet nejde, jeden respondent odpovídá, že spíše nejde, jeden respondent neví. Je jasné, že některá opatření, např. použití melatoninu, nebo důsledné dodržování zdravého životního stylu (pohyb, zdravá strava) se realizují v domově pro seniory jen velmi těžko, naopak některá opatření by měla být samozřejmostí – např. léčba hypertenze. Rozhodně bych ale vyzdvihla a upozornila na trénování paměti. Kromě toho, že jde o způsob udržování mozkové aktivity – nejen klientů s ACH, ale i klientů bez tohoto onemocnění a koneckonců i pracovníků samotných – jde o terapii, která je užitečná a ještě k tomu zábavná, což je určitě při práci s klienty vítaná kombinace.

Odborná literatura apeluje na včasné zahájení léčby ACH. ACH léčit nelze, platí ale, že časnější zahájení léčby má větší úspěch, než když se začne s léčbou v pokročilých stádiích. I podávání léků v pokročilých stádiích má svůj význam, nedá se ale počítat s tím, že by se nemocný dostal na stejnou úroveň jako ten, u kterého byla léčba zahájena včas. Dojde ale většinou alespoň ke zpomalení progresu (18). Znalosti o léčbě respondentů jsou dobré – pět z deseti respondentů ví, že se ACH léčit nedá, jeden respondent se domnívá, že spíše ne, jeden, že spíše ano a pouze jeden respondent na otázku ohledně léčby odpovídá, že nemoc se léčit dá. Je tedy zřejmé, že pracovníci zařízení bez zvláštního režimu jsou si vědomi toho, že jde o onemocnění, které je

nevléčitelné, přesto jsou si vědomi, že podávání léků nemocným s ACH, je důležité. Respondent č. 2 uvádí: „Přijde mi, že když sem pan M. přišel z domova, kde byl sám a neléčil se, že je na tom teď líp. Ale nevím, zda je to léčbou, nebo tím že je mezi lidmi. Je hodně společenský a myslím, že mu samota doma moc neprospívala.“ Tři s dotazovaných jsou si vědomi, že podávání léků nemoc neléčí, ale usnadňuje nemocným život – tedy že pomáhají např. s nespavostí, projevy agresivity, depresemi atd.

Z výše sestaveného výčtu se domnívám, že znalosti respondentů o ACH, jejich projevech, dědičnosti, předcházení a léčbě jsou dobré, tedy že pracovníci zařízení bez zvláštního režimu mají dostatek informací o ACH.

Dle mého názoru je proto, aby bylo možno o klienta s ACH kvalitně pečovat, umět dobře reagovat na změny chování klienta, které provází ACH, neobvyklým chováním jsou klienti nápadní (49). Velmi mě překvapilo, že pouze dva z deseti respondentů absolvovali školení, které by bylo přímo zaměřené na péči o klienta s ACH. Školení na toto téma je spousta, je ale fakt, že nejde o levnou záležitost. Je jasné, že z tak malého vzorku nelze vyvozovat žádné závěry, přesto se domnívám, že je to velmi malý počet a že jak bude patrné dále, by znalosti specifik péče o klienta s ACH prospěly jak pečujícím, tak pochopitelně klientům.

Klienti s demencí mají potřebu jiného denního režimu, než ostatní klienti (24). Sedm z deseti respondentů je si vědomo toho, že klient s ACH potřebuje jiný denní režim, než klient bez tohoto onemocnění, dva z dotazovaných se domnívají, že to potřeba není, jeden z dotazovaných odpovídá, že neví. Čtyři respondenti uvádějí, že je nezatěžuje připravit odlišný režim pro klienta s ACH, čtyři sdělují, že je taková práce zatěžuje. Ale osm z respondentů uvádí, že je na přizpůsobení režimu pro klienty s ACH málo pracovníků. Respondenti, kteří uvádí, že je zatěžuje připravit odlišný režim pro klienta s ACH, uvádí, že je to především kvůli nedostatku personálu, nedostatku času a velkému množství jiných klientů, o které je třeba pečovat.

Zvláštností klientů s demencí je toulání, které s sebou nese řadu rizik. Patří mezi ně především možnost zranění klienta či pádu, jeho ztracení a následné strádání při nemožnosti najít cestu zpět (65). V zařízení bez zvláštního režimu nelze klienta, který

odchází zadržet, nelze ho zamknout, nelze mu samozřejmě toulání jakkoliv zakázat. Lze proškolení personál, aby věděl, co v takových situacích dělat. Inspirací může být např. informace od respondenta č. 1, který klienta s demencí vybavil informační cedulkou, která obsahuje klientovo jméno a adresu. Jako dobrý nápad se mi jeví i dlouhodobý projekt ČALS *Bezpečný návrat*, který funguje na principu náramku, který obsahuje specifický kód klienta a klient může být, pokud se ztratí, snadno vyhledán (6). Šest z deseti dotazovaných zná opatření, která lze použít, pokud klient odchází. Tři z deseti respondentů taková opatření neznají, jeden dotazovaný odpovídá, že opatření spíše zná. Dotazovaní odpovídají, že ví, že klienta nemohou zastavit, zamknout, jedna dotazovaná odpovídá, že ví, že nemůže dělat nic, dále odpovídají, že by volali rodině, popř. policii. V minulosti se pracovníci vydali klienta i hledat do okolí zařízení. Vzhledem k tomu, že jde o velmi častou změnu chování, která je typická pro klienty s ACH, zdá se mi informovanost pracovníků o možnostech řešení tohoto problému nedostatečná, postrádám i možnost využití výše zmiňované služby, kterou poskytuje Česká alzheimerovská společnost. Pět z deseti dotazovaných uvádí, že je situace spojené s touláním klientů nezatěžují, především proto, že se s tímto specifickým klientů s ACH nesešli. Zbýlých pět respondentů uvádí, že považují situace spojené s touláním klientů s ACH jako zátěžové. Uvádí především zátěž na psychiku, stres, lítost nad klientem, strach, že se klientovi něco stane, ztrátu času, a narušení vztahu s rodinou klienta – tedy jakousi ztrátu důvěry rodiny v zařízení. K péči o klienta s ACH patří také znalost restriktivních opatření, která je možno použít u klienta, u kterého dojde k takové změně chování, kterou ohrožuje ostatní klienty nebo sám sebe, popř. personál. Restriktivního opatření slouží k ochraně klienta, zajištění bezpečí pro ostatní klienty a zabránění poškození majetku (65). Šest z deseti dotazovaných se domnívá, že restriktivní opatření zná a umí je použít, čtyři odpovídají, že nikoliv. Dotazovaní sdělují např., že znají příslušnou metodiku, že se takovou situací nesešli, ve dvou případech dotazovaní odpovídají, že by v případě agresivity klienta utekli.

Z výsledků výzkumu vyvozují, že pečující o klienty s ACH v zařízení bez zvláštního režimu reagovat na změny chování klientů, které provází ACH, dovedou. Jejich práci ale zhoršuje nedostatek personálu (nebo příliš velký počet klientů na

jednoho pečujícího), jistě by jejich jistotu zvýšila větší informovanost o možných změnách chování a možnostech, jak je řešit, např. v podobě školení která jsou specializovaná na péči o klienty s ACH. Situace, spojené s těmito změnami, např. toulání klienta, možné řešení agresivity klienta v podobě restriktivních opatření, nebo např. potřeba jiného denního režimu klienta s ACH je zatěžují, i když asi jen polovinu z dotazovaných. Z odpovědí respondentů vyplývá, že možným řešením je zvýšení počtu personálu v zařízení a větší možnosti vzdělávání ve zkoumané oblasti.

Komunikace se z hlediska péče o klienty podílí na předávání důležitých informací a má motivační charakter. Podílí se na podpoře osobní identity, vede k odreagování (21). Je zřejmé, že komunikace s klientem je důležitou složkou péče o klienta s ACH. Pouze tři dotazovaní sdělují, že absolvovali školení, zaměřené na komunikaci s klienty s ACH, jeden respondent si na takové školení nevzpomíná, šest dotazovaných takové školení neabsolvovalo. Přesto pouze jeden respondent odpovídá, že nezná pravidla komunikace s obtížným klientem. Je tedy zřejmé, že v odpovědích zmiňovaná publikace o komunikaci, která je v zařízení k dispozici, slouží svému účelu. Pouze dva respondenti mají problémy navázat s klientem s ACH komunikaci jako první, dva dotazovaní jsou si vědomi toho, že existuje možnost zjistit si předem informace o klientovi, a na základě těchto informací komunikaci navázat. Dva z deseti dotazovaných odpovídají, že mají čas na komunikaci s klientem, osm nikoliv. I to je dle mého úsudku znamení, že počet personálu na počet klientů je nedostatečný, i když respondenti jako důvod nerozvíjení komunikačních schopností klientů uvádí kromě nedostatku času také netrpělivost, šest z deseti respondentů odpovídá, že neví, zda pomáhají klientovi rozvíjet jeho komunikační schopnosti. Vzhledem k tomu, že se mi jeví komunikace s klientem s ACH jako velmi náročná, pět z deseti dotazovaných ji jako zátěž nepovažuje. Tři respondenti uvádí, že komunikaci s klientem s ACH jako zátěž považují, dva respondenti odpovídají, že spíše komunikaci s klientem s ACH jako zátěž považují. Dotazovaní uvádí jako důvod k zátěži především opakování témat k hovoru, halucinace klienta, ale vidí jako problém i nedostatek času, vlastní netrpělivost a náladovost.

Z výzkumu vyvozují, že pečujícím pracovníkům komunikace s klienty žádné zásadní potíže nedělá, i když pět (tři zcela, dva spíše) z nich považuje komunikaci s klientem s ACH jako zátěž.

Poslední okruh otázek které byly ve výzkumném rozhovoru použity, se týkal soužití klientů s ACH a bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu. Ptala jsem se pečujících pracovníků, zda dle jejich názorů vědí klienti bez ACH, že mezi nimi v zařízení žijí klienti s ACH. Jednoznačně odpovídají, že ano. Sdělují, že je to informace, kterou lze těžko utajit. Přiřítají to specifickému chování klientů s ACH – agresivita, opakování se při rozhovorech, bloudění po zařízení, zmatenost, časová dezorientace atd. Šest z dotazovaných se domnívá, že klientům s ACH nedělá potíže se přizpůsobit klientovi s Ach, devět z respondentů odpovídá, že klienti s ACH chodí na všechny aktivity spolu s ostatními, i když někdy ostatní při aktivitách ruší. Jedna respondentka ale vysvětluje, že to dělají všichni klienti a dle jejího názoru to s ACH nemá nic společného. Na dotaz, zda ruší klienti s ACH svým chováním ty ostatní, odpovídá sedm z deseti dotazovaných, že ano, dva respondenti sdělují, že klienti s ACH ostatní neruší, jeden respondent odpovídá, že spíše neruší. Rušení klientů bez ACH těmi s ACH dochází dle respondentů především zmateností klientů s ACH, ostatní obtěžují tím, že se potulují po zařízení, ostatní obtěžují opakováním historek, ruší je v noci – někteří v noci nespí a dožadují se pozornosti křikem a touláním po budově, obtěžují vulgaritou a někteří agresivitou. Jsou to projevy u klientů s ACH celkem běžné, spíše je pro mě zajímavé, že dva respondenti odpovídají, že klienti s ACH ostatní neruší. Tedy zda jsou v příznivějším stádiu nemoci, nebo zda je s nimi pracováno tak, že skutečně neruší ostatní. Čtyři z dotazovaných se domnívají, že jsou si klienti bez ACH vědomi toho, že je klientům s ACH věnována větší pozornost, jeden respondent neví, pět respondentů se domnívá, že o takové skutečnosti klienti bez ACH neví. Tři respondenti uvádí, že si klienti bez ACH na klienty s ACH nestěžují, jeden respondent odpovídá, že spíše nestěžují, šest dotazovaných sděluje, že ano. Jedná se především o výše zmíněné noční toulání, vykřikování, vulgární chování, obtěžování. V dokumentaci zařízení žádná oficiální stížnost kvůli chování klienta s ACH ale není. Na poslední otázku, tedy zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna pečovat o klienty ACH, odpovídají čtyři

respondenti, že jsou, jeden dotazovaný, že spíše ano, podle čtyř dotazovaných toho zařízení bez zvláštního režimu schopna nejsou, dle jednoho respondenta spíše nejsou. V tomto názoru se promítají zkušenosti s klienty s ACH, množství problémových situací, které ten který pracovník s klienty prožívá. Vztah mezi odpovědí a počtem klientů, kterým se pracovník věnuje jako klíčový pracovník, ani mezi odpovědí a vzděláním, popř. délkou praxe, jsem nenašla. Názor tedy ovlivňuje pravděpodobně pouze stav klientů, jejich chování a projevy.

Dle výsledků výzkumu vyvozují, že soužití klientů s ACH a klientů bez ACH v zařízení bez zvláštního režimu možné je, nezdá se mi ani příliš obtížné. Klienti bez ACH vnímají sice klienty s ACH jako problematické, ale vzhledem k jejich počtu se domnívám, že soužití těchto dvou skupin v jednom zařízení možné je. Ostatně dle momentálně diskutované novely zákona o sociálních službách, kde je navrhována výrazná redukce počtu druhů sociálních služeb, je vysoce pravděpodobné, že v budoucnu bude soužití těchto klientů běžné. Jistým řešením je možnost vyčlenit klientům s demencí prostor, který bude určený jen pro ně, zmizí tedy problémy soužití těchto dvou skupin klientů (29). Nic to nemění na tom, že i takový zásah vyžaduje finanční výdaje, a to jak pro vybavení tohoto odděleného prostoru, ale vyžaduje i investici v podobě personálního zajištění a specializovaného vzdělání personálu. Myslím si, že rozptýlení klientů s ACH mezi klienty bez tohoto onemocnění je pro obě strany výhodnější. Klienti s ACH nejsou stigmatizováni tím, že jsou v zařízení se zvláštním režimem a ty ostatní přinejmenším učí toleranci.

Na základě svého výzkumu se domnívám, že zařízení bez zvláštního režimu jsou schopna pečovat o klienty s ACH. Protože je soužití klientů s ACH a bez tohoto onemocnění sice možné, ale problematické, zatěžuje pečující personál. Nejčastějším problémem ze strany personálu v zařízení bez zvláštního režimu byl nedostatek času na klienty, na péči o ně, na komunikaci s nimi, a pak nízký počet pečujících osob na počet klientů, přesto, že počet klientů s ACH se u všech respondentů pohyboval mezi 1-6. Jako zátěžové situace pracovníci v zařízení bez zvláštního režimu pociťují především situace, které jsou spojené se změnami chování klientů s ACH. Patří sem toulání klientů, jejich agresivita, potřeba jiného denního režimu klienta s ACH (spánek, strava),

stěžují si, že musí řešit stížnosti na chování klientů s ACH od klientů bez tohoto onemocnění. Komunikace s klientem s ACH pečující personál zatěžuje v pěti případech z deseti dotazovaných (tři zatěžuje, dva spíše zatěžuje). Klienti bez ACH vnímají dle názoru pečujícího personálu klienty s ACH jako problematické, ví, že se jim věnuje více pozornosti ze strany personálu, někteří klienti s ACH ruší ostatní klienty, soužití obou skupin klientů je ale možné. Roli zde hraje počet klientů s ACH, který není vysoký, a tudíž klienti s ACH nenarušují běžný chod zařízení. Zvýšení počtu pečujícího personálu a jeho adekvátní proškolení by ale dle mého názoru zlepšilo život klientů s ACH v zařízení bez zvláštního režimu - dostalo by se jim kvalitnější specifické péče a personál by měl na klienty s ACH více tolik potřebného času.

Jsem si vědoma toho, že zkoumaný soubor je příliš malý, proto hypotéza, kterou vyvozují ze svého výzkumu a kterou předkládám, se vztahuje jen ke zkoumanému souboru a pro její obecnou platnost je třeba ji ověřit na větším množství respondentů.

Z empirické části práce je možné vyvodit tuto hypotézu:

Zařízení bez zvláštního režimu budou lépe pečovat o klienty s ACH, pokud se zvýší počet pečujícího personálu.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zaměřila na péči o osoby s ACH a na limity péče o tyto osoby v zařízení bez zvláštního režimu. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda jsou zařízení bez zvláštního režimu schopna pečovat o klienta s demencí. Dílčími cíli bylo zjistit, v jakých oblastech cítí zaměstnanci zařízení bez zvláštního režimu při pečování o osobu s demencí zvýšenou zátěž a zjistit, jak vnímají klienta s demencí ostatní klienti zařízení bez zvláštního režimu.

Výzkumem jsem shledala, že zařízení bez zvláštního režimu jsou schopna pečovat o klienty s ACH. Protože je soužití klientů s ACH a bez tohoto onemocnění sice možné, ale problematické, zatěžuje pečující personál. Jak nejčastější problém vnímá pečující personál v zařízení bez zvláštního režimu nedostatek času na klienty, na péči o ně, na komunikaci s nimi, a dále nízký počet pečujících osob na počet klientů.

Jako zátěžové situace pracovníci v zařízení bez zvláštního režimu dle mého výzkumu cítí především ty situace, které jsou spojené se změnami chování klientů s ACH. Patří sem toulání klientů, jejich agresivita, potřeba jiného denního režimu klienta s ACH (spánek, strava), stěžují si, že musí řešit stížnosti na chování klientů s ACH od klientů bez tohoto onemocnění. Personál zatěžuje i komunikace s klientem s ACH, která je u těchto klientů ztížená - personál zatěžuje v pěti případech z deseti dotazovaných (tři zatěžuje, dva spíše zatěžuje).

Zjistila jsem také, že klienti bez ACH vnímají dle názoru pečujícího personálu klienty s ACH jako problematické, vědí, že se jim věnuje více pozornosti ze strany personálu, někteří klienti s ACH ruší ostatní klienty, soužití obou skupin klientů je ale možné. Dle mého názoru zde hraje roli počet klientů s ACH, který není v zařízení bez zvláštního režimu vysoký, a tudíž klienti s ACH nenarušují běžný chod zařízení.

Z empirické části práce je možné vyvodit tuto hypotézu:

Zařízení bez zvláštního režimu budou lépe pečovat o klienty s ACH, pokud se zvýší počet pečujícího personálu.

Navrženou hypotézu je třeba ověřit na větším počtu respondentů.

Předpokládám, že práci bude možné nabídnout jako zdroj informací laické i odborné veřejnosti v oblasti péče o osoby, které trpí ACH.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Alternative Treatments. In: *Alzheimers Association*. [online]. Last Updated: 12/26/2013 [cit. 2013-12-26]. Dostupné z:
http://www.alz.org/alzheimers_disease_alternative_treatments.asp
2. Alzheimerova choroba je jako ruská ruleta. *Sociální služby*. 2012, č. 11, s. 7. ISSN 1803-7348.
3. Alzheimer's Facts and Figures. In: *Alzheimers Association*. [online]. Last Updated: 12/15/2013 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z:
http://www.alz.org/alzheimers_disease_facts_and_figures.asp
4. Alzheimer's Myths. In: *Alzheimers Association*. [online]. Last Updated: 12/14/2013 [cit. 2013-12-14]. Dostupné z:
http://www.alz.org/alzheimers_disease_myths_about_alzheimers.asp
5. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
6. Bezpečný návrat. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/projekty-cals/bezpecnmy-navrat/>
7. BULLOCK, Roger. Alzheimerova nemoc. Pokroky v léčbě a racionálním předepisování u častých a důležitých stavů. *Česká geriatrická revue*. 2004. č. 2, s. 7-11. ISSN 1214-0732.
8. Centrum pro seniory. Základní informace o centru. In: *Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*. [online]. [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/ustav-zdravotne-socialni-prace/centrum-pro-seniory>

9. Certifikace Vážka. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/projekty-cals/certifikace-vazka/>
10. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychiatrické poruchy v klinické praxi*, přeložila Silvie Struková. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
11. Communication problems. In: *Alzheimer Europe*. [online]. Last Updated: Friday 11 September 2009 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/Caring-for-someone-with-dementia/Memory-and-Communication/Communication-problems#fragment-1>
12. Česká alzheimerovská společnost. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>
13. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. In: *VZP ČR* [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence>
14. Deset tipů, jak můžete pomoci rodině postižené Alzheimerovou chorobou. In: *Gerontologie*. [online]. [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=36>
15. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 5. dotisk, 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 975-80-246-0139-7.
16. Dny paměti. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. [cit. 2013-12-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/projekty-cals/dny-pameti/>

17. *Duševní poruchy a poruchy chování: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN: 80-85121-44-1.
18. GUĽÁŠOVÁ, Ingrid. Alzheimerova choroba – rizikové a protektivné faktory. *Kontakt.* 2011, č. 4, s. 484-489. ISSN 1212-4117.
19. HANZOVÁ, Juliana. Komunikácia s chorými na Alzheimerovu chorobu. *Sociální služby.* 2013, č. 6–7, s. 16-17. ISSN 1803-7348.
20. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
21. HAVLÍK, Josef. Komunikace jako nástroj aktivizace seniorů. *Kontakt.* 2008, č. 1, s. 64–68, ISSN: 1212-4117.
22. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. Supervize v pomáhajících profesích, přeložila Helena Hartlová. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-715-9.
23. HOLMEROVÁ, I., et al. Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností. *Česká geriatrická revue.* 2004, č. 4, s. 44-48. ISSN 1214-0732.
24. CHRUMČIAKOVÁ, Katarína. Špecifické potreby klientov s Alzheimerovou chorobou. *Sociální služby.* 2011 č. 4, s. 16-17. ISSN 1803-7348.
25. Informace pro lékaře. In: *Gerontologie.* [online]. [cit. 2013-11-27]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>
26. Jak komunikovat. In: *Alzheimer centrum* [online]. [cit. 2013-11-26]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poradna/rady-pecujicim/jak-komunikovat>

27. Jedná se Alzheimerovu chorobu? In: *Gerontologie*. [online]. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=37>
28. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
29. JEŽEK, Martin. Jak se vypořádat s narůstajícím počtem klientů s demencí? *Sociální služby*. 2011, č. 6-7, s. 38. ISSN 1803-7348.
30. JIRÁK, Roman. Farmakoterapie Alzheimerovy choroby. *Česká geriatrická revue*. 2003, č. 2, s. 10-12. ISSN 1214-0732.
31. KAMENÍKOVÁ, Zuzana. Ochrana práv seniorů trpících syndromem demence. *Sociální služby*. 2013, č. 8-9, s- 43. ISSN 1803-7348.
32. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
33. KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
34. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-704-6.
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
36. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

37. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
38. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
39. MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
40. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
41. MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ et. al. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
42. Memory loss. In: *Alzheimer Europe*. [online]. Last Updated: Thursday 06 August 2009 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: [http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/Caring-for-someone-with-dementia/Memory-and-Communication/Memory-loss/\(language\)/eng-GB#fragment-1](http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/Caring-for-someone-with-dementia/Memory-and-Communication/Memory-loss/(language)/eng-GB#fragment-1)
43. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
44. MOMANGOVÁ, M., I. BÓRIKOVÁ, MERTO VÁ M. a I. Ondrejka. Příčiny předčasného ukončení kognitívnej rehabilitácie pacienta s demenciou alzheimerovho typu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2012, č. 6, s. 311–317. ISSN 1212-0383.

45. MPSV. Počet lidí s demencí roste. Pomůže plán Alzheimer. In: *MPSV* [online].
Poslední aktualizace: 17. 2.2010 [cit. 2013-12-10]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/cs/10044>
46. MRÁZOVÁ, Viera. Stres a sociální práce. *Sociální služby*. 2013, č. 5, s. 12-13.
ISSN 1803-7348.
47. O Alzheimerově chorobě. In: *Gerontologie*. [online]. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z:
<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32&typzar=SPPD&kraj=&rozvin=true>
48. Our Work. In: *Alzheimer Europe*. [online]. [cit. 2013-12-26]. Dostupné z:
<http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work>
49. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
50. PIDRMAN, Vladimír. Demence, její klinika a praxe. *Česká geriatrická revue*. 2003,
č. 2, s. 5-9. ISSN 1214-0732.
51. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vydání.
Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
52. PLUCAR, B., J. PATOČKA. Sto let od objevu Alzheimerovy choroby. *Kontakt*.
2007, č. 1, s. 183-184. ISSN 1212-4117.
53. Pomerančový den. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. [cit. 2013-12-19].
Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/calsupomerancovy-den/>
54. REBAN, Jan. Predemence a úloha dementologie v prevenci, časně diagnóze, a
terapii demencí. *Česká geriatrická revue*, 2004, č. 4, s. 39-42. ISSN 1214-0732.

55. ROKOSOVÁ, Martina. Projekt Rozvoj České alzheimerovské společnosti. *Česká geriatrická revue*. 2004, č. 2, s. 5-6. ISSN 1214-0732.
56. Seven Stages of Alzheimer's. In: *Alzheimers Association*. [online]. Last Updated: 12/26/2013 [cit. 2013-12-26]. Dostupné z:
http://www.alz.org/alzheimers_disease_stages_of_alzheimers.asp
57. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, přeložila Natálie Vrajová. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
58. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě upozorňuje na nedostatek pečovatелů. In: *Sociální práce. Sociální práce*. [online]. [cit. 2013-12-10]. Dostupné z:
<http://www.socialniproce.cz/index.php?sekce=9&clanek=138>
59. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě 2013. In: *Česká alzheimerovská společnost*. [online]. 20.9.2013 [cit. 2013-12-19]. Dostupné z:
<http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2013/>
60. TOMEČEK, Ladislav. Zvláštní režim a zásah do základních práv a svobod. *Sociální služby*. 2013, č. 4, s. 30-31. ISSN 1803-7348.
61. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
62. ÚZIS. Aktuální informace - Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007 - 2011. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>

63. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7376-414-9.
64. VELLAS, B. a kol. Společné usnesení o demenci Alzheimerova typu v pokročilém stadiu. *Česká geriatrická revue*. 2006, č. 4, s. 35-47. ISSN 1214-0732.
65. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
66. What is dementia? In: *Alzheimers Association*. [online]. Last Updated: 12/15/2013 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
67. WILDOVÁ, Olga. Prima vesnička – na pomoc osobám trpícím Alzheimerovou chorobou. In: *První český zdravotnický portál*. [online]. [cit. 2013-11-26]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7114&s_ts=39063,4706597222.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba

Klient s ACH

Komunikace s klientem s ACH

Péče o klienta s ACH

Pečující osoba

Zařízení bez zvláštního režimu

Zařízení se zvláštním režimem

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

ZÁZNAMOVÝ ARCH

1. Identifikační otázky

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Pracovní pozice

Délka praxe

Počet klientů s ACH (např. jako klíčový pracovník)

2. Informace o ACH

Co je ACH?

Jaké jsou projevy ACH?

Lze ACH snadno diagnostikovat?

Myslíte, že se ACH dědí?

Lze ACH předcházet?

Dá se ACH léčit?

3. Péče o klienta s ACH

Může být o klienta s ACH pečováno v domácím prostředí?

Absolvoval (a) jste školení, které bylo zaměřené na péči o klienty s ACH?

Potřebuje klient s ACH jiný denní režim, než ostatní klienti?

Pokud ano, zatěžuje Vás takový režim pro klienta připravit?

Znáte opatření, co dělat, pokud klient ze zařízení odchází?

Zatěžují Vás takové situace?

Umíte použít restriktivní opatření?

4. Komunikace s klientem s ACH

Absolvoval (a) jste školení, které bylo zaměřené na komunikaci s klientem s ACH?

Znáte pravidla komunikace s takto obtížným klientem?

Je pro Vás zatěžující navázat komunikaci s klientem s ACH jako první?

Máte dostatek času pro komunikaci s klientem s ACH?

Pomáháte klientovi rozvíjet jeho komunikační schopnosti?

Zatěžuje Vás komunikace s klientem s ACH?

5. Soužití klientů s ACH a klientů bez tohoto onemocnění v zařízení bez zvláštního režimu

Vědí klienti zařízení, že jsou mezi nimi klienti s ACH?

Dělá klientům bez ACH potíže přizpůsobit se klientům s ACH?

Účastní se klienti s ACH všech aktivit, jako ostatní klienti?

Ruší klienti s ACH ostatní klienty (např. při poruše cyklu spánek – bdění)?

Myslíte, že klienti bez ACH si uvědomují, že je klientům s ACH věnována větší pozornost?

Stěžují si klienti bez ACH na klienty s ACH? Pokud ano, z jakého důvodu?

Jsou podle vašeho názoru zařízení bez zvláštního režimu schopna postarat se o klienta s ACH?