

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž  
pečujících v Domově se zvláštním režimem**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:  
doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Vypracovala:  
Lenka Horková

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 14. 4. 2012

.....  
Lenka Horková

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Františku Vízdalovi, CSc. za cenné rady a připomínky, za jeho čas, trpělivost a ochotu, kterou mi poskytl při zpracování méj bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem zaměstnancům domova pro seniory Věstonická Brno za aktivní spolupráci při zpracování bakalářské práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině, za morální podporu a trpělivost, kterou mi poskytli, a které si velice vážím.

Lenka Horková

# Obsah

<b>Prohlášení</b> .....	<b>0</b>
<b>Poděkování</b> .....	<b>0</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Rezidenční sociální služby</b> .....	<b>3</b>
1.1 Legislativa České republiky vymezující poskytování služby zvláštní režim .....	3
1.2 Domov se zvláštním režimem Věstonická Brno .....	6
1.2.1 Pracovníci v přímé péči (požadavky, kompetence, vzdělávání) .....	7
1.2.2 Struktura zaměstnanců v přímé péči v zařízení domov se zvláštním režimem .....	10
2.1 Typy a příznaky demencí .....	14
2.2 Stádia demence (stupně) (test Mini-Mental State Examination - MMSE).....	19
2.2.1 Restriktivní opatření .....	21
2.2.2 Omezení působivosti k právním úkonům .....	23
<b>3 Definice soběstačnosti</b> .....	<b>25</b>
3.1 Metody zhodnocení soběstačnosti (test: Barthelův test základních všedních činností) 25	
3.2 Typy a způsoby poskytované péče .....	26
3.3 Metody práce (bazální stimulace, reminiscenční metoda) .....	30
3.4 Úskalí přepečování .....	32
<b>4 Zdroje působící na zátěž pečujících</b> .....	<b>33</b>
4.1 Vliv klienta – osobnost, průběh nemoci .....	35
4.2 Vliv rodiny klienta.....	37
4.3 Vliv prostředí zařízení .....	38
4.4 Vliv organizace práce .....	39
4.5 Vliv pečovatele .....	40
<b>5 Vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem</b> .....	<b>42</b>
5.1 Cíl výzkumu .....	42
5.2 Metoda výzkumu .....	42
5.2.1 Dotazník .....	43
5.3 Způsob výběru a charakteristika respondentů .....	44
5.4 Zpracování získaných dat .....	44
5.5 Shrnutí výsledků výzkumu .....	45
5.6 Návrhy na předcházení situacím, které jsou zdrojem psychické zátěže.....	76
5.7 Diskuze .....	77
<b>Závěr</b> .....	<b>80</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>86</b>
<b>Anotace</b> .....	<b>86</b>
<b>Klíčová slova</b> .....	<b>86</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>88</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>91</b>

# Úvod

Bakalářská práce bude zaměřena na problematiku psychické zátěže u pečovatелů, kteří pečují o klienty se syndromem demence v domově se zvláštním režimem Věstonická Brno.

Počet nemocných demencí se každých dvacet let zdvojnásobí. Nemoc je tak považována za nemoc třetího tisíciletí. V dnešní době v celé Evropě žije téměř 7,3 milionu lidí (viz tabulka s. 14), kteří onemocněli syndromem demence. Podle průzkumu World Alzheimer report z roku 2010 trpí na celém světě Alzheimerovou nemocí 36 milionů lidí a v ČR to je více než 120 tisíc. Péče o lidi s demencí se stává sociálním problémem celé národní společnosti. Tato práce má čtenáře uvést do problematiky péče o lidi s demencí a pečujícího personálu v rezidenčních službách. Tématem bakalářské práce je popsat péči o seniory s demencí v rezidenčním zařízení domov se zvláštním režimem a pomocí empirického výzkumu zjistit, zda pečující pociťují zátěž, kterou tato péče může způsobovat a jak tuto zátěž ovlivňuje změna stupeň (stádium) demence a s tím související změna typu péče. Služba zvláštní režim je v konceptu sociálních služeb od roku 2007, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. V zákoně je poprvé zřízena samostatná sociální služba „domov se zvláštním režimem“. Klienti trpící demencí do roku 2007 bydleli v domovech pro seniory ve všech zařízeních sociálních služeb a velká část klientů byla hospitalizovaná v psychiatrických léčebnách a léčebnách dlouhodobé péče. Dnešní systém je pro klienty více vhodný, protože tato služba nabízí lepší (specifické) podmínky k domácímu bydlení.

V první kapitole bakalářské práce bude rozpracována tematika pojmu rezidenční sociální služby se zaměřením na legislativní rámec sociálních služeb a služby zvláštní režim, personální zajištění a strukturu zaměstnanců.

Druhá kapitola bude zaměřena na stručný a výstižný popis definice syndromu demence. Jednotlivé podkapitoly rozvedou typy a příznaky demencí a stádia demencí. Tato kapitola také seznámí čtenáře se zhodnocujícím testem Mini-Mental State Examination, na základě kterého se u seniorů trpících demencí orientačně vyhodnotí stádium (stupeň) demence. Podkapitola věnována těmto stádiím bude obsahovat příznaky demence v jednotlivých stupních, popis druhu péče a popis situací, které jsou nejvíce zatěžující pro pečující.

Kapitola třetí bude obsahovat informace o definici soběstačnosti. Soběstačnost se v této práci hodnotí Barthelovým testem základních všedních činností, a to proto, že se v domově se zvláštním režimem Věstonická Brno s tímto typem testu pracuje. Kapitola bude obsahovat

seznámení s typy a způsoby poskytované péče, s metodami práce (bazální stimulace, reminiscenční metoda) a podrobněji také rozpracuje úskalí přepečování.

Čtvrtá, poslední kapitola teoretické části, bude objasňovat zdroje, které působí na zátěž pečujících. Jednotlivé podkapitoly budou rozepisovat vliv klienta, rodiny klienta, prostředí zařízení, organizace práce a vliv pečovatele.

Všechny tyto kapitoly uvedou čtenáře do problematiky práce se seniory, kteří onemocněli demencí a kteří potřebují péči druhých. Úkolem teoretické části je ukázat úskalí péče o klienty s demencí a možnosti a důvody vzniku zátěže, kterou pečující v domově se zvláštním režimem mohou pociťovat.

Hlavním cílem praktické části bude zjistit, zda změna stupně demence a typu poskytované péče má vliv na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem. Abychom získali odpověď na hlavní cíl práce, musíme podrobněji rozpracovat dílčí cíle. Úkolem dílčích cílů bude:

- Pociťují pečovatelé psychickou a fyzickou zátěž a co ji způsobuje?
- Má na pocit zátěže vliv změna stupně (stádium) demence u klientů?
- Které stádium demence je podle pečovatelů nejvíce zatěžující?
- Který typ poskytované péče je nejvíce zatěžující?
- Je souvislost mezi stupněm demence a druhem poskytované péče?

K získání dat, která odpoví, na výše zmíněné dílčí cíle bude využito dotazníkové šetření. Pomocí výsledků z dotazníků, které nám zodpoví dílčí cíle, bude pak možno vyvodit závěr, který bude obsahovat hlavní cíl práce. Výzkum bude proveden dotazníkem u zaměstnanců – pečujících, domova pro seniory Věstonická Brno. Toto zařízení jsem si vybrala proto, že svojí kapacitou patří mezi největší v Jihomoravském kraji, má tedy i nejvíce pečujících a také proto, že v zařízení pracuji.

Výsledky výzkumu bych ráda využila ke zlepšení pracovních podmínek pečujících, jak bude uvedeno v kapitole 5.6 Návrhy na předcházení situacím, které jsou zdrojem psychické zátěže a jak bude shrnuto v závěru práce. Zlepšení podmínek práce pečujících by mělo vést ke zkvalitnění péče o seniory trpící demencí a kvalitní poskytování sociálních služeb je hlavním cílem každého poskytovatele.

# 1 Rezidenční sociální služby

Zákon o sociálních službách upravuje ve své třetí části pojem sociální služby. Sociální služby jsou specializované činnosti pomáhající osobě, která se dočasně nebo trvale ocitla v nepříznivé sociální (životní) situaci. Cílem poskytnutí sociální služby je pomoci a podpořit člověka, který chce svou nepříznivou sociální situaci řešit. Služba vždy musí být poskytnuta tak, aby v nejvyšší možné míře byla podporována samostatnost, soběstačnost a aby byla ochráněna důstojnost osoby, která se v nepříznivé situaci ocitla.

Sociální služby se rozdělují na 3 základní oblasti:

1. sociální poradenství
2. služby sociální péče
3. služby sociální prevence

Sociální služby se poskytují formou pobytovou (rezidenční), ambulantní nebo terénní. Rezidenční služba je vždy spojena s ubytováním v zařízení sociálních služeb.

Tato bakalářská práce se bude zabývat popisem služby zvláštní režim, tedy rezidenční sociální služby. V níže uvedené kapitole je uvedeno legislativní ukotvení služby domov se zvláštním režimem.

## 1.1 Legislativa České republiky vymezující poskytování služby zvláštní režim

System sociální péče o seniory upravuje Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. v platném znění. Mezi základní zásady zákona patří *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod“*.<sup>1</sup> K zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v pozdějším znění patří prováděcí vyhlášky MPSV č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. Zákon má novelu č. 366/2011 a vyhláška novelu č. 391/2011, které mění některé části výše zmíněných právních norem.

---

<sup>1</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, §2, odst. 2

Do legislativy vztahující se k sociální oblasti patří zákony, vyhlášky a předpisy týkající se důchodového a zdravotního pojištění, hmotné nouze, pracovního práva, bezpečnosti práce, hygienické předpisy, zákon na ochranu osobních údajů č. 101/2000 Sb., zákona o zdraví lidu a další právní předpisy. Pro poskytování sociálních služeb je nejdůležitější právní úpravou již výše zmíněný zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška. Všechny právní předpisy, týkající se sociální oblastí, musí být v souladu s ústavním pořádkem České republiky, mezinárodními smlouvami a právními akty Evropských společenství.

Domov se zvláštním režimem je pobytové zařízení, které má pro své klienty upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené systematické aktivizace.<sup>2</sup> Zákon o sociálních službách přesně definuje co je domov se zvláštním režimem a jaký typ služby poskytuje. „V domově se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsobován specifickým potřebám těchto osob.“<sup>3</sup> Služba je dle výše zmíněného zákona poskytována v základních činnostech, které jsou v souladu s prováděcí vyhláškou MPSV č. 505/2006.

V prováděcí vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., v druhé části, je vypsán podrobný rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností v domovech se zvláštním režimem:

„a) Poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.

b) Poskytnutí stravy: zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

c) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC.

d) Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

---

<sup>2</sup> MALÍNKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, s. 33

<sup>3</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, §50, odst. 1



3. *pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,*
  4. *pomoc při podávání jídla a pití,*
  5. *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.*
- e) *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
1. *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
  2. *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.*
- f) *Sociálně terapeutické činnosti:*
- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.*
- g) *Aktivizační činnosti:*
1. *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.*
  2. *nácvik a upeňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.*
- h) *Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.“<sup>4</sup>*

Mezi povinnosti poskytovatele **rezidenčních služeb** patří povinnost zajistit zdravotní péči osobám, jímž jsou tyto služby poskytovány. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.<sup>5</sup>

Službu zvláštní režim si po roce 2008 postupně registruje většina zařízení, která poskytují sociální služby pro seniory. Potřeba této služby vyplývá ze zdravotního stavu žadatelů o umístění v pobytových zařízeních. Každá sociální služba musí mít podle zákona č. 108/2006 jasně stanovenou cílovou skupinu, a tak mnoho klientů, kteří mají diagnostikovanou demenci, by do zařízení pro seniory nemohlo nastoupit. Kapacita těchto oddělení v zařízeních se pohybuje kolem 30 – 70 míst. Domov pro seniory Věstonická Brno má kapacitu služby zvláštní režim 200 míst.

---

<sup>4</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

<sup>5</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, §36

## 1.2 Domov se zvláštním režimem Věstonická Brno

Domov pro seniory Věstonická Brno poskytuje sociální služby od roku 1996. Zřizovatelem zařízení je statutární město Brno a od 8. 8. 2008 má domov zaregistrované dvě služby - domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Celková kapacita zařízení je 404 klientů. Služba zvláštní režim má kapacitu 200 klientů rozdělených do pěti oddělení po 40 klientech – muži i ženy. Pokoje na oddělení jsou jednolůžkové a dvoulůžkové. Dvoulůžkový a jednolůžkový pokoj tvoří buňku, ke které přísluší WC, umývadlo a sprchový kout. Pokoje jsou vybaveny polohovacími postelemi, nočním stolem, jídelním stolem, židlemi, vestavěnými skříněmi. Pokoj je možno doplnit drobnými předměty (poličky, obrázky, televize, rádio, atd.). Všechny pokoje klientů jsou vybaveny signalizací pro přivolání personálu. Chodby jsou vybaveny bezpečnostními prvky (madla, protiskluzové podlahy). Na každém oddělení je jídelna, společenská místnost s nábytkem a televizorem, místnost pro terapeutické činnosti a pro kuřáky je k dispozici kuřárna. Pro skupinové rehabilitační cvičení jsou v suterénu k dispozici dvě velké tělocvičny. Pro kulturní vyžití klientů slouží kinosál s pódium a zázemím pro účinkující. Klienti mohou využívat keramickou dílnu, která je vybavena pecí a keramickým kruhem. V areálu domova je kantýna na nákup drobného zboží. Příjemné posezení nabízí pro klienty i jejich rodinné příslušníky terasa a prostorná zahrada.

### Posláním domova:

je poskytnout bezpečné, důstojné a spokojené prostředí občanům, kteří z důvodu onemocnění stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí nebo ostatními typy demencí jsou závislí na pomoci jiné osoby. Tato pomoc jim nemůže být zajištěna členy rodiny v domácím prostředí nebo jinými službami terénní péče. Podporujeme klienty v soběstačnosti a samostatnosti, podle jejich individuálních možností a schopností a umožňujeme jim důstojné dožití života.<sup>6</sup>

### Zásady domova při poskytování sociální služby:

Individuální plánování služby, které vychází z možností, schopností a potřeb uživatele; prezentace služby; seznamování veřejnosti s cíly a posláním služby; udržování sociálních vazeb, kontaktu s přirozeným sociálním prostředím; profesionální přístup všech zaměstnanců zařízení.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Standardy kvality péče DS Věstonická - služba zvláštní režim v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

<sup>7</sup> op . cit. Standardy kvality péče DS

### Cíle domova:

1. „Poskytovat klientům zázemí, pocit jistoty a bezpečí.
2. Podporovat klienty v udržení soběstačnosti a samostatnosti.
3. Pomáhat udržet sociální vztahy mezi klientem, rodinou a přáteli.
4. Umožnit důstojné dožití života.“<sup>8</sup>

### Cílová skupina:

„Služba je určena pro seniory, kteří onemocněli Alzheimerovou nebo ostatními typy demencí, dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo jim byl přiznán plný invalidní důchod od 50 let výše, a kteří v důsledku onemocnění mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato pomoc jim nemůže být zajištěna členy rodiny v domácím prostředí nebo jinými službami terénní péče. Senioři nemusí být způsobilí k právním úkonům - pro rozhodování o druhu a způsobu poskytování služeb je v tomto případě soudem stanovený zákonný zástupce. Poskytovaná služba je nabízena v rámci Jihomoravského kraje, případně zájemcům, kteří mají ke kraji vztah (příbuzné, rodiště)“.<sup>9</sup>

## **1.2.1 Pracovníci v přímé péči (požadavky, kompetence, vzdělávání)**

V domově se zvláštním režimem vykonávají odbornou činnost v péči o klienty:

- a) sociální pracovníci,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci.

**Sociální pracovník** vykonává sociální šetření (depistáž), zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství a sociální rehabilitaci, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, krizovou intervenci a prevenci.

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka dle § 109 a 110 zákona č. 108/2006 Sb. je vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské (Bc, Mgr.). Vzdělání získané studiem vzdělávacího programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, speciální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost. Zákon také uvádí několik výjimek, avšak pro tuto bakalářskou práci nejsou tyto podrobnosti důležité. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit

---

<sup>8</sup> Standardy kvality péče DS Věstonická - služba zvláštní režim v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

<sup>9</sup> op. cit. Standardy kvality péče DS

sociálnímu pracovníkovi další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

**Pracovníkem v sociálních službách** je ten, kdo vykonává dle § 116, zákona č. 108/2006 Sb.:

- a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.

Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách je dle § 116, zákona č. 108/2006 Sb., základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, ergoterapeut, sociální pracovník. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkovi v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Jednou z možností, jak získat odpovídající vzdělání pro výkon povolání „pracovník v sociálních službách“ je absolvování kurzu, který je hrazen z evropských sociálních fondů a který pořádá Úřad práce české republiky.

Obsahem akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách - přímá obslužná péče, je:

- Úvod do problematiky v sociálních službách, seznámení se Zákonem o sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb – vysvětlení principů standardů kvality, významu a nutnosti poskytování péče dle standardů, - 13 hodin.
- Psychologie osobnosti – teoretické znalosti z psychologie osobnosti s cílem využití těchto znalostí při běžné interakci s klientem, osvojení si dovednosti pro navázání kontaktu - 14 hodin.
- Komunikace – seznámení s teorií, praktický nácvik komunikace s klientem - 20 hodin.

- Somatologie - 10 hodin, psychopatologie - 6 hodin, první pomoc - 4 hodiny.
- Právní minimum – etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost. Zvládnutí základních správních postupů – doporučení kompetentní instituce – sociální zabezpečení - 4 hodiny.
- Základy péče o nemocné – seznámení se s teorií potřeb. Získání dovedností k orientačnímu hodnocení úrovně soběstačnosti klienta ve všedních denních činnostech. Osvojení si základů technik pečovatelských úkonů – 16 hodin.
- Aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky – vysvětlení potřebnosti aktivizace klienta, osvojení si dovedností pro zapojení klienta do aktivizace – 4 hodiny.
- Základy pedagogiky volného času, relaxace, odpočinek – výběr volnočasových aktivit dle postižení klienta, zapojování klienta do kulturního dění společnosti.
- Seznámení se a osvojení relaxačních technik pro regeneraci pracovních sil, střídání práce a aktivního odpočinku a propojení zájmů práce – hry – odpočinek – relaxace - 4 hodiny.
- Fyziologie, psychologie, sociologie stáří, chronická onemocnění stáří – seznámení se se specifiky stáří - 7 hodin.
- Krizová intervence – 4 hodiny, BOZP a požární ochrana – 2 hodiny.
- Hygiena a epidemiologie – 5 hodin.
- Praxe v zařízení, které má registrovanou službu dle z. č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů – 40 hodin.<sup>10</sup>

Kvalifikační kurz obsahuje celkem 150 hodin a výše zmíněný obsah kurzu je prezentován vzdělávací agenturou „Republikové centrum vzdělávání“. Účastníci kurzu této vzdělávací organizace absolvují v domově se zvláštním režimem Věstonická Brno svoji povinnou praxi. Velká část posluchačů tohoto kurzu se stala zaměstnanci zařízení.

Kurzy pořádají kromě Úřadů práce ČR také vzdělávací agentury (např. výše zmíněné Republikové centrum vzdělávání) anebo střední školy se zaměřením na zdravotní a sociální péči. Kurz musí být akreditován MPSV. Frekventanti kurzu získají hlavně teoretické znalosti a dovednosti k výkonu své práce. Většina frekventantů by přivítala více hodin praxe. V teoretické části výuky by bylo vhodné zařadit více hodin o komunikačních dovednostech a o péči, která se zaměřuje na seniory trpící demencí.

**Zdravotnický pracovník (Všeobecné zdravotní sestry, fyzioterapeut) Odbornou způsobilost** pro výkon činnosti stanoví zvláštní právní předpisy - zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických

---

<sup>10</sup> Republikové centrum vzdělávání, s.r.o

povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

### **1.2.2 Struktura zaměstnanců v přímé péči v zařízení domov se zvláštním režimem**

Personální obsazení v domově se zvláštním režimem Věstonická Brno v přímé péči jsou pracovníci v sociálních službách (PSS, přímé obslužná péče), pracovníci v sociálních službách (PSS, základní výchovná nepedagogická činnost – ergoterapeut), zdravotničtí pracovníci – všeobecná sestra, fyzioterapeut, sociální pracovníce.

Náplně práce všech níže uvedených pracovníků vychází z náplní práce v DS Věstonická Brno. Dokumenty vycházejí z Nařízení vlády ze dne 14. června 2010 o katalogu prací ve veřejných službách a správě.

PSS – přímá obslužná péče poskytuje radu, pomoc a podporu klientovi v základních sebeobslužných činnostech jako je osobní hygiena, stravování, orientace, volnočasové aktivity. Pečovatel preventivně eliminuje a podílí se na odstraňování možných rizikových zdrojů v okolí klienta a tím vytváří pro klienta prostředí klidu, pohody a bezpečí.

Pečovatel plní roli klíčového pracovníka. Povinností klíčového pracovníka je být klientovi rádcem, pomocníkem, obhájcem. Na základě získaných informací o klientovi vytváří individuální plán sociálních činností. Tyto nastavené činnosti jsou poskytovány celým týmem pracovníků v přímé péči. U nekomunikujících klientů a klientů s poruchou kognitivních funkcí lze za pomoci pozorování, velké trpělivosti a znalosti problematiky navázat s člověkem kontakt nebo alespoň vnímat jeho projevy upozorňující na individuální potřeby. Ke zjišťování potřeb klienta se spolupracuje s příbuznými a blízkými osobami klienta.

Pečovatel je v přímém kontaktu s klientem od ranních hodin, kdy se klient probouzí až do večera, kdy je pečovatelem ukládán ke spánku. Na jednom oddělení v DS Věstonická Brno bydlí 40 klientů a v denní službě je 3 – 5 pečovatelů. Ve všední dny je přítomna na ranní službě od 6.00 do 14.00 vedoucí úseku (zdravotní sestra).

Zaměstnanci jsou ve stálém kontaktu s klienty, jsou přímým účastníkem všech pozitivních i negativních situací, které s sebou nese osobnost klienta, projevy a průběh nemoci u klientů. Pečovatelé v kontaktu s klienty musí vhodně reagovat a přizpůsobovat se aktuálnímu chování a náladám klientů. Jsou situace, kdy pracovník během dne i 40x odpovídá na stejnou otázku, opakovaně odvádí pozornost klienta, protože ten chce odejít mimo oddělení. Řeší situace,

kdy se klient odmítá koupat, oblékat, jíst a pracovník musí vhodnými komunikačními prostředky klienta přesvědčit nebo se vrátit k této činnosti a takovému klientovi později. Prioritou v poskytování činností je individuální přístup, který vychází z důkladné znalosti návyků a zvyklostí klienta. Pro pracovníky je časově náročné dodržovat individuální přístup, tj. respektovat schopnosti, tempo a zvyklosti klienta. Pracovník se někdy dostává do časové tísně, kdy musí zvolit co je prioritou a co počká, ale zároveň na to nesmí zapomenout. Péče se neposkytuje paušálně, ale konkrétně a každý si nese svůj díl odpovědnosti. Pro některé pracovníky je tento systém velmi zatěžující a raději odchází k jiné práci.<sup>11</sup>

Důležitou součástí práce PSS je dokumentování péče. Dokumentace je v písemné a elektronické podobě. Pečovatel samostatně vede záznamy v dokumentaci klienta. Mnoho zaměstnanců veškeré dokumentování vnímá jako zbytečné a zatěžující – „odvádí je od práce, tento čas mohou věnovat klientům“. Je prací vedoucích pracovníků, aby zaměstnancům vysvětlili, že správně vedená dokumentace je ochráněna v případných sporech, které mohou nastat. S počítačem již pracuje většina zaměstnanců a i pracovníci ve vyšším věku vedou samostatně dokumentaci elektronicky.

PSS – ergoterapeut - náplní práce pracovníka jsou volnočasové a aktivizační činnosti. Na každém oddělení je místnost, kde klienti během dopoledne tráví svůj čas. Mezi aktivity patří převážně rukodělná výroba, která je důležitá pro zachování jemné motoriky. Klienti, kteří tuto činnost zvládnou, tkají koberce, navštěvují keramickou dílnu, vyšívalí, vytváří obrázky z papíru. Oblíbené je vaření, kdy si klienti vaří jídla, která vařili doma - bramborák, palačinky, puding nebo modernější jídla – pizzu, boršč. Další oblíbenou aktivitou jsou ruské kuželky, (které má zařízení v suterénních prostorech), společné cvičení, společné zpívání a poslech hudby, promítání starých filmů v kinosále domova. Za klienty, kteří se nemohou těchto aktivit zúčastnit, dochází terapeut individuálně na pokoj nebo aktivizační činnost vykonává pracovník v přímé obslužné péči – nejčastěji klíčový pracovník. Nejoblíbenější činností je prohlížení fotografií, povídání si o prožitém životě nebo i o jiných událostech a zážitcích.

Zdravotní sestry - náplní práce je především zajištění a poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Zdravotní sestry v domově úzce spolupracují s PSS. Zdravotní sestry

---

<sup>11</sup> KOLEKTIV AUTORŮ, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011

jsou v domově ve velmi malém počtu. Sestry musí samostatně posoudit a rozhodnout se při řešení akutního zdravotního stavu. V domově není stále přítomen lékař a sestry jsou opakovaně vystavovány složitým situacím, které vyplývají ze změny zdravotního stavu klienta. U klientů trpících demencí je pro sestru každá změna zdravotního stavu klientů náročná. Hlavním důvodem je, že příznaky a potíže musí sestry vyzorovat, protože klient není schopen adekvátně sdělit své potíže. Velkou zátěží pro sestry je spolupráce s jinými zdravotními zařízeními, protože pacient s demencí je pro většinu zařízení velká neznámá. Bohužel v naší společnosti, včetně odborné zdravotní, přístup k lidem s demencí není vždy adekvátní. I tyto společenské předsudky musí zdravotní sestra, stejně tak, jako ostatní pracovníci pomáhat odstraňovat ze společnosti. Vedoucí úseku je vždy zdravotní sestra, která koordinuje pečovatele, zdravotní sestry a ostatní pracovníky v poskytování sociálních služeb a současně zabezpečuje zdravotní péči, kterou klienti potřebují.<sup>12</sup>

Sociální pracovníce zajišťují sociální práci, týkající se klientů. Vedou evidenci žadatelů o službu. Provádí depistáž a spolupracují hospici, nemocnicemi a ostatními sociálními zařízeními. Vedou písemnou i elektronickou dokumentaci klientů, sepisují s klienty smlouvu při nástupu. Konzultují péči s rodinnými příslušníky záležitosti týkající se administrativy, financí klienta, spolupracují s ostatními institucemi (pošta, soudy, úřady práce, magistrát města atd.). Sociální pracovníce se podílí na začleňování klientů do kolektivu a komunity tím, že pořádají různé společenské a kulturní akce pro klienty a jejich příbuzné (hody, hudební vystoupení, výlety). Na žádost klienta zařídí příchod kněze, který poskytne duchovní útěchu klientům. Součástí práce je také sociální poradenství a získávání dostupných informací, které klienti potřebují nebo vyžadují. Pracovníce vedou různé statistiky a evidence, zajišťují vyúčtování poskytovaných služeb, evidují platby a nedoplatky klientů, vyplácí důchody klientům a evidují jejich finance a cennosti, které si v domově mohou uložit. Do jejich povinností patří také řešení konfliktů, které mezi klienty vzniknou a které nejsou pracovníci přímé péči kompetentní řešit. Sociální pracovníce provází příbuzné při řešení situací, které nastanou při úmrtí klienta.

---

<sup>12</sup> MALÍNKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, s. 86 – 97



## 2 Definice syndromu demence

### Výskyt demence

Podle tiskové zprávy Alzheimer Europe z 13. července 2009, která shrnuje výsledky projektu EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) financovaného Evropskou komisí a koordinovaného evropskou asociací Alzheimer Europe, jsou počty lidí s demencí vyšší, než se dosud předpokládalo. Na základě obsáhlé analýzy dostupných odborných pramenů (po prostudování celkem 194 článků vybrali autoři 26 studií odpovídajících metodickým požadavkům Cochrane Collaboration a data těchto studií dále zpracovali) došel autorský tým podle Dr. Emmy Reynish, primářky geriatrického oddělení Victoria Hospital v Kirkcaldy ve Velké Británii k závěru, že dosavadní údaje o prevalenci demencí odpovídají pouze u lidí do 85 let. Výsledky nové studie ukazují, že s narůstajícím věkem prevalence narůstá rychleji, než předpokládaly dřívější studie a výskyt demence je tak výrazně vyšší, než se dosud předpokládalo, a to zejména u lidí 85letých a starších. V celé Evropě tak žije téměř o milion lidí s demencí více, než se dosud předpokládalo - tedy 7,3 miliónu (viz tabulka níže).

#### Prevalence demence v Evropě

věk	muži		ženy	
	EuroCoDe (2009)	EURODEM (1991)	EuroCode (2009)	EURODEM (1991)
30 - 59		0,16 %		0,09 %
60 - 64	0,2 %	1,58 %	0,9 %	0,47 %
65 - 69	1,8 %	2,17 %	1,4 %	1,10 %
70 - 74	3,2 %	4,61 %	3,8 %	3,86 %
75 - 79	7,0 %	5,04 %	7,6 %	6,67 %
80 - 84	14,5 %	12,12 %	16,4 %	13,5 %
85 - 89	20,9 %	18,45 %	28,5 %	22,76 %
90 - 94	29,2 %	32,10 %	44,4 %	32,25 %
95 +	32,4 %	31,58 %	48,8 %	36,00 %

13

<sup>13</sup> <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/> (11. 1. 2012)

## 2.1 Typy a příznaky demencí

Demence je klinický syndrom (= výskyt několika typických příznaků) a vzniká na základě organického postižení mozku. Je to závažná [mozková choroba](#), která je způsobena [degenerativními](#) změnami v [mozkové](#) tkáni. Hlavními příznaky demence jsou progresivní deteriorace rozumových schopností (kognitivních schopností) a změny osobnosti. V počátečních fázích vzniku onemocnění bývá postižena obvykle krátkodobá paměť. V pozdějším stadiu je postižena i [paměť](#) dlouhodobá, je porušen úsudek a časoprostorová orientace, včetně ostatních [kognitivních](#) schopností, jakými je pozornost, schopnost komunikace, ale také abstraktní myšlení a rozpoznávací funkce. Osobnost nemocného se postupně rozpadá. Pacient zapomíná již naučené úkony (oblékání, příprava jídla a hygiena), ztrácí své osobní věci, bloudí ve svém bydlišti a „v sobě samém“. Problematickými jsou pro něj i běžné každodenní činnosti a jeho společenská role. Tyto projevy jsou velmi často doprovázeny poruchou nálady s nezvyklým chováním, epizodickými stavy zmatenosti s hrozbou pádu.

*„Demence náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku. I když nejsou specifické pro vyšší věk a vyskytují se i ve věku dětském, s vyšším věkem se procento demencí zvyšuje. V důsledku chorobného procesu dochází k podstatnému snížení kognitivních (poznávacích) funkcí oproti původní úrovni. Toto snížení je tak podstatné, že interferuje s běžnými aktivitami, profesními aktivitami i soběstačností postiženého. Druhotně dochází i k poruše nekognitivních funkcí – emocí, chování, spánku.“<sup>14</sup>*

*„Demence sama o sobě představuje syndrom – určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny rozvojem demence (například Alzheimerova choroba), u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (například AIDS). Proto řekne-li se demence, vybavíme si člověka postiženého poruchami paměti, poznávání apod., ale nejsme ještě schopni říct, která choroba jeho demenci vyvolala.“<sup>15</sup>*

Dále Jiráček ve své knize uvádí, že diagnostika demence je proces, na kterém se rovnoměrně podílí několik na sobě závislých složek – pacient, pečovatel – rodinný příslušník nebo profesionální pečovatel a lékař, který všechny získané informace vyhodnotí a stanoví

<sup>14</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing a.s., 2004, s. 546

<sup>15</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 12

diagnózu. „Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho, různě intenzivně ho bagatelizuje a racionalizuje. Objektivizace příznaků další osobou je velice důležitá.“<sup>16</sup>

### **Základní klinické příznaky demencí**

„V rámci diagnostiky demence je potřeba odlišit jiné příznaky:

- Běžné změny ve stáří.
- Reakce na změnu prostředí.
- Porucha nálad, zejména deprese.
- Reakce na obtížnou situaci.
- Somatické onemocnění se znaky selhávání sebepěče.“<sup>17</sup>

„Skutečné primární symptomy počínající demence lze s přibývajícím věkem těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí. Benigní stařecká zapomnětlivost může přejít v mírnou kognitivní poruchu, která se může rozvíjet dále až do syndromu demence.“<sup>18</sup>

„Demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, ale onemocnění postihuje i další funkce. U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení, přičemž se tyto okruhy navzájem prolínají:

- postižení kognitivních funkcí - poruchy paměti,
- postižení aktivit denního života – běžné dovednosti, profesionální dovednosti, péče o sebe sama jsou u demencí porušeny úměrně tíži demence,
- behaviorální a psychologické příznaky demence – mohou se objevit již od prvopočátku demence, ale zpravidla se rozvíjí ve středních stadiích demence a vrcholí v těžkých stadiích.“<sup>19</sup>

Klienti do zařízení přicházejí s již diagnostikovanou demencí. Lékaři – praktický lékař, psychiatr, kteří dochází do zařízení, se zabývají léčbou projevů, které s sebou nese samotné onemocnění (neklid, halucinace, agrese, deprese, nespavost atd.) a podle toho nastavují další léčbu. Níže uvedené typy syndromu demence jsou nejvíce se vyskytující v DS Věstonická Brno.

---

<sup>16</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruch paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 26

<sup>17</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 28

<sup>18</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s. 15

<sup>19</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruch paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 22

## **Alzheimerova choroba**

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytujícím typem demence a jedná se o neurodegenerativní onemocnění.

Alzheimerova choroba se dělí podle doby manifestace prvních klinických příznaků:

- na formu s časným začátkem (presenilní), příznaky se manifestují před 65 rokem života,
- na podstatně častější formu s pozdním začátkem (senilní), kdy se příznaky manifestují po 65 roku života.

V lehkém stádiu Alzheimerovy demence dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Časný příznak je porucha prostorové a časové paměti, kdy nemocní začínají bloudit nejprve v místech, která znají málo, ale později i v místech dobře známých. Běžné denní životní aktivity jsou narušeny – ztrácejí své profesní dovednosti, postupně dochází i k poruchám aktivit takového typu, jako jsou běžné domácí práce a starost o sebe sama. To vše vede k poměrně brzy nastupující (na rozdíl od pacientů s ischemicko – vaskulárními demencemi) degradaci osobnosti.

Ve středním stádiu se poruchy paměti rychle zhoršují. Pacienti si v důsledku poruch krátkodobé paměti nezapamatují, kde se nacházejí, a proto se chovají dezorientovaně. Narušení denních životních aktivit dosahuje takového stupně, že nemocní se stávají nesoběstačnými a jsou plně závislí na péči svého okolí – nejbližších rodinných příslušníků, event. profesionálních pečovateli. Často se objevují příznaky, kterým se souhrnně říká behaviorální a psychologické příznaky demence. Mezi časté poruchy chování patří agitovanost – neustálý psychomotorický neklid. Časté bývají útoky a nonverbální i verbální agresivita vůči okolí. Inkontinence moči a stolice bývá také součástí nemoci.

Těžké stádium Alzheimerovy nemoci - nemocní mají těžké poruchy paměti a jsou převážně dezorientovaní místem i časem. Nepoznávají své známé a s progresí demence i své nejbližší příbuzné. Bez pomoci již nejsou schopni vykonávat bazální aktivity denního života. Stávají se plně odkázanými na péči okolí. Behaviorální a psychologické příznaky demence se zhoršují. Nemocní někdy vydávají stereotypní ječivé zvuky, požívají nepoživatelné předměty, objevují se poruchy chůze.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing a. s., 2004, s. 547, s. 548

## **Smíšená alzheimerovsko – vaskulární demence**

*„Klinický obraz je směsicí symptomatiky obou demencí. V dlouhodobém časovém horizontu demence má plynule progredientní charakter, avšak v krátkodobém časovém horizontu jsou četné výkyvy.“<sup>21</sup>*

## **Demence u Parkinsonovy nemoci**

*„V popředí je celková zpomalenost s výraznou zpomaleností procesů myšlení, poruchy paměti v oblasti vstřípivosti, výbavnosti i přesnosti uchování vzpomínek, dochází k deterioraci intelektu. Časté jsou poruchy exekutivních (řídících) funkcí.“<sup>22</sup>*

## **Demence ischemicko - vaskulárního typu**

*„Diagnostika - přítomnost cerebrovaskulárního postižení, syndrom demence a jejich vzájemná souvislost. Vaskulární demence má základní klinické charakteristiky odlišné od Alzheimerovy choroby - vzniká zpravidla rychle, průběh není plynule progredientní, nýbrž kolísavý, fluktuující, deteriorace probíhá ve skocích (především v závislosti na tvorbě nových mozkových infarktů. Osobnost člověka zůstává dlouho relativně zachovalá.“<sup>23</sup>*

## **Demence intoxikační etiologie**

*„Nejvíce se uplatňuje alkoholová demence. Ve stáří se může klinickým obrazem podobat Alzheimerově chorobě. Ke zlepšení klinické symptomatiky je nutná trvalá abstinence.“<sup>24</sup>*

## **Demence s Lewyho tělísky (DTB)**

Většinou bývá zaměňovaná za Alzheimerovu nemoc nebo za vaskulární demenci. *„Velmi častá jsou (na rozdíl od Alzheimerovy choroby) přidružená deliria a často se vyskytují halucinace, především zrakové a jiné psychotické bludy (bludy, iluze).“<sup>25</sup>*

Existují další onemocnění, která mohou vyvolat demenci. Např. demence nádorového původu, demence u epilepsie, posttraumatická (poúrazová demence), farmakogenní demence, metabolická demence, Huntingtonova chorea, Priniová demence, demence při AIDS, demence při Creutzfeldtově - Jakobově nemoci, demence při lyonské borelióze, demence na podkladě normotenzního hydrocefalu.<sup>26</sup>

---

<sup>21</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing a.s., 2004, s. 550

<sup>22</sup> op. cit. s. 551

<sup>23</sup> op. cit. s. 551

<sup>24</sup> op. cit. s. 553

<sup>25</sup> op. cit. s. 550

<sup>26</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing a.s., 2004, s. 550 - 554

Demenci mohou provázet i další níže zmíněné projevy, které mají vliv na péči a pocity zátěže u pečujících. Mezi tyto projevy patří např. deprese, poruchy spánku, agresivní chování.

- **Deprese u demence**

Původ depresivní poruchy může být v organických změnách CNS. Diagnostika deprese u lidí trpících demencí je velmi složitá. Je-li možnost navázat s pacientem verbální kontakt, je dobré se ho zeptat „jak je spokojený“, „jak se cítí“, „jak se mu daří“. U klientů trpících demencí a nekomunikujících je na zkušenosti pečujících jak jsou schopni rozpoznat, zda není klient smutný, apatický, nezajímá se o činnosti, které měl dříve rád. Všechny tyto změny je potřeba uvážit a konzultovat v týmu pečujících i s rodinnými příslušníky. Léčení deprese je lepší pro klienta i v případech, kdy si lékař není diagnózou jist, protože s ohledem na kvalitu jeho života je to menší chyba, než když se deprese neléčí.<sup>27</sup>

- **Poruchy spánku**

Ve stáří dochází ke změnám ve struktuře spánku. Staří lidé spí méně, hůře usínají, častěji se probouzí v noci a budí se v ranních hodinách. U lidí postižených demencí jsou všechny změny výraznější s ohledem na stádium demence a osobnost klienta. Poruchy spánku se ve zvýšeném množství vyskytují v druhém stádiu. Opakované noční buzení a nadměrná aktivita je častá.<sup>28</sup> Všeobecně se mohou objevit noční stavy zmatenosti, kdy klient bloudí, budí ostatní, může křičet. Důležité při poruchách spánku je nalézt příčinu, např. nepohodlí, bolest, nepřiměřená teplota v místnosti. Jednou z příčin noční nespavosti může být hlad, zvláště u klientů, kteří byli zvyklí v noci jíst. Důležité při řešení situací je dodržovat pravidla spánkové hygieny např. vynechat povzbuzující nápoje (káva, silný čaj) a stimulační léky v pozdních odpoledních hodinách, zabránit dennímu pospávání, přes den zajistit dostatek aktivity, zajistit pravidelné a klidné ukládání ke spánku.

- **Agresivní chování**

*„Agrese je útočné a výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby“.*<sup>29</sup>

Agresivita málokdy vzniká bez příčiny. Často se zdá, že záchvaty agresivního jednání a chování nemají žádný logický důvod a nelze najít příčinu, proč se takto člověk chová.

---

<sup>27</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s.72

<sup>28</sup> op. cit. s. 75

<sup>29</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 22

U klientů s demencí můžeme narazit na zvláštní druh jejich „logiky“ kdy člověk s demencí situacím a věcem kolem sebe nerozumí, nedokáže je řešit a agresivní chování je pro něho východiskem z nepříjemné situace.<sup>30</sup> Jedna z příčin agresivity u demencí může souviset i s osobností člověka. U lidí, kteří byli vznětliví a výbušní po většinu svého života, je agresivita spíše zintenzivněním něčeho, co je pro ně normou. Agresivita je zátěží a nepříjemnou komplikací pro okolí a pečující. Pečovatelé i rodinní příslušníci musí mít vždy na paměti, že nevhodné postupy a projevy mohou spustit agresivní reakci a proto nejdůležitější je preventivně těmto situacím předcházet především znalostí vyvolávajících podnětů. V DS Věstonická Brno je pro pečovatele vypracován metodický pokyn, ve kterém jsou písemně zpracovány názorné situace jak postupovat v případě agresivního chování klientů. Dalším pomocným nástrojem pro pečovatele je vyplněný dotazník od příbuzných, pomocí něhož je možno získat informace o klientově prožitém životě. V roce 2012 je domově se zvláštním režimem Věstonická Brno naplánované školení na téma „projevy agrese u klientů“.

## **2.2 Stádia demence (stupně) (test Mini-Mental State Examination - MMSE)**

*„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak je zvyklý. V konečné fázi je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“<sup>31</sup>*

V knize *Problematické situace v péči o seniory* od M. Venglářové jsou stádia (stupně) demence rozdělená na:

- I. stádium (stupeň) - příznaky - zapomínání nedávných událostí, neschopnost vybavit si data, jména. Problémy v životě nemocného - chybné úkony, nedorozumění, ztráta zaměstnání.
- II. stádium (stupeň) - příznaky - zvýraznění rysů osobnosti, zpomalení myšlení, potíže rozhodnout se, ztráta zájmu. Problémy v životě nemocného - zvýšená dráždivost, slovní konflikty, apatie.

<sup>30</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s. 88

<sup>31</sup> BUIJSSEN, H. *Demence Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 13

III. stádium (stupeň) - příznaky – dezorientace, ztráta soudnosti, zhoršení sebezpěče, poruchy komunikace. Problémy v životě nemocného - závažný rozvrat života, nutná celodenní péče a dohled, problematické chování.<sup>32</sup>

V této práci bude použito pojmu stádium nebo stupeň demence. V literatuře a v péči o seniory s demencí se používají oba pojmy a oba označují to stejné. V názvu práce uvádím pojem stupeň, neboť pro laika je tento termín srozumitelnější.

### **Zhodnocení testem Mini-Mental State Examination (MMSE)**

*„Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho, různě ho bagatelizuje a racionalizuje. V rámci demence testujeme neurologicko – psychiatrické funkce, které jsou v procesech demence narušené. Klinicky nejužívanějším testem je test Mini Mental State Examination (MMSE)“.*<sup>33</sup>

*„Mini Mental State Examination (MMSE) tvz. Folsteinův test je nejužívanější orientační test ke zjištění demence, respektive narušení kognitivních funkcí. Skládá se ze třiceti bodů, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování podle předlohy. Za každou správně zodpovězenou otázku dostává testovaný 1 bod; plný počet bodů je tedy 30.“*<sup>34</sup>

#### Celkové hodnocení testu:

24 a více - norma, není organické mozkové postižení

21 – 23 bodů – lehká porucha – **1. stádium** (stupeň)

11 – 20 bodů – kognitivní porucha středního stupně – **2. stádium** (stupeň)

0 – 10 bodů – těžká kognitivní porucha – **3. stádium** (stupeň)

Zhodnocení testem MMSE se na oddělení se zvláštním režimem v DS Věstonická Brno provádí u každého klienta minimálně 2x ročně. Testy provádí pracovníci v sociálních službách – klíčový pracovník. Testy se s klientem dělají během dne, nejčastěji v dopoledních hodinách, protože v odpoledních hodinách je většina klientů již unavena. V případě, že se klient necítí dobře, pracovník test odloží na jiný den. Testy mohou s klienty vypracovávat i ergoterapeuti a to v situacích, kdy klient pravidelně dochází do terapeutické

<sup>32</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 28

<sup>33</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 26

<sup>34</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Grada Publishing a.s., 2004, s. 185



dílky (viz příloha č. 1 a 2 Barthelův test a Mini-Mental State Examination – výsledky testů dle oddělení).

### 2.2.1 Restriktivní opatření

V sociálních zařízeních je nezbytné ve výjimečných případech užít speciálních prostředků pro omezení pohybu klienta.

Použití omezovacích prostředků je krajním řešením a vždy musí být individuálně a pečlivě zváženo a dokumentováno. „*Před použitím omezovacích prostředků je potřeba pátrat po příčinách problémového chování, které mohou být odstranitelné, nebo po možných změnách zdravotního stavu, které mohou tyto změny chování vyvolat.*“<sup>35</sup>

„*Český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně zákonem vyjmenovaných. Touto oblastí je tedy § 89 zákona o sociálních službách, který umožňuje užít opatření omezující pohyb pouze v případě, že člověk ohrožuje svoje zdraví a život. Problematika opatření omezujících pohyb osob podle § 89 zákona o sociálních službách se týká všech druhů sociálních služeb.*“<sup>36</sup>

#### Opatření omezující pohyb osob

- 1) „*Při poskytování sociálních služeb **nelze používat** opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.*
- 2) *Opatření omezující pohyb osob **lze použít** pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.*

---

<sup>35</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s. 104

<sup>36</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/1087> Problematika restriktivních opatření, (8. 10. 2011)

- 3) *Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.*
- 4) *Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.*
- 5) *Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu, anebo fyzickou osobu, kterou osoba, které jsou poskytovány sociální služby, s jejím předchozím souhlasem určí.*
- 6) *Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob.*<sup>37</sup>

*„Hlavním cílem při použití omezujících prostředků je vždy zajistit bezpečnost a ochranu klienta, zajistit klid a bezpečí pro ostatní klienty a zabránit poškození majetku. Jedná se o krajní řešení a nelze používat omezení z důvodu usnadnění si péče“.*<sup>38</sup>

Za omezující prostředky se nepovažuje uzavření prostoru, kde klienti pobývají společně s personálem tj. oddělení, celé zařízení.<sup>39</sup>

V domově se zvláštním režimem Věstonická Brno se z opatření omezující pohyb osob, používají ve výjimečných situacích pouze zábrany k lůžku a to výhradně v situacích, kdy jde o přímé ohrožení zdraví a života klienta. O použití omezení rozhoduje lékař. Pouze v situacích, kdy bezprostředně hrozí zranění, může omezení indikovat zdravotní sestra. Velice důležitá je péče o klienta v době užití omezujících opatření:

- *„Zajištění základních potřeb klienta. Sledování fyziologických funkcí, zajištění hydratace, výživy, hygieny, zejména vyprazdňování.*
- *Prevence negativních důsledků omezení (především končetin).*
- *Minimalizace psychické zátěže.*<sup>40</sup>

<sup>37</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, § 89

<sup>38</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 52

<sup>39</sup> [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-PI (6. 8. 2010)

<sup>40</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 55

## 2.2.2 Omezení způsobilosti k právním úkonům

Stále více lidí se dožívá vyššího věku, kdy jim hrozí onemocnění demencí a také to, že jejich úsudek bude narušen. Proto také narůstá počet lidí, zbavených způsobilosti k právním úkonům. Občanský zákoník v platném znění rozlišuje způsobilost k právům a povinnostem (např. dědictví) a způsobilost k právním úkonům (např. uzavírání smlouvy).

Způsobilost k právům a povinnostem – právní subjektivita – vzniká u každého lidského jedince narozením a zaniká smrtí. Této způsobilosti k právům a povinnostem nemůže být lidský jedinec žádným způsobem zbaven ani nemůže být omezen. Avšak způsobilost k právním úkonům vzniká v plném rozsahu zletilostí. Způsobilost fyzické osoby k právním úkonům může být na základě rozhodnutí soudu omezena nebo jí fyzická osoba může být zcela zbavena. K tomuto zásahu do práv člověka se přistupuje jako k ochraně ostatních subjektů, ale i z hlediska ochrany samotné fyzické osoby. Důvodem zbavení je snaha ochránit takového člověka před důsledky jednání, které není, vzhledem ke stupni své rozumové a volní vyspělosti, schopen předvídat a domýšlet.

§10 občanského zákoníku stanoví, že soud zbaví fyzickou osobu způsobilosti k právním úkonům, jestliže není tato osoba schopna pro duševní poruchu (která není jen přechodná) činit právní úkony. Soud může fyzickou osobu omezit ve způsobilosti k právním úkonům, pokud osoba není schopna činit jen některé právní úkony (pro duševní poruchu, nadměrné užívání alkoholu a omamných látek).

Řízení o způsobilosti k právním úkonům je v českém právním řádu upraveno v § 186 a násl. Občanského soudního řádu. Řízení o zbavení, omezení nebo vrácení způsobilosti k právním úkonům může být zahájeno na návrh, ale i bez návrhu (soud se dozví, že v jeho obvodu je osoba důvodně podezřelá z duševní poruchy nebo z nadměrného požívání alkoholických či omamných látek). Návrh může podat každý, kdo má způsobilost být účastníkem řízení. Náležitosti a proces řízení popisuje občanský soudní řád. Místně příslušný je obecný soud, v jehož obvodu osoba bydlí, nebo ve kterém je zdravotnické zařízení, kde je předmětná osoba umístěna bez svého souhlasu. V rozhodnutí je vždy přesně definován rozsah omezení k právním úkonům a u zbavení způsobilosti opatrovník (fyzická osoba, obec atd.). Ke zrušení rozsudku může dojít jen prostřednictvím rozhodnutí soudu. V žádném právním předpisu není stanoveno, jaký je podrobný obsah práv povinností opatrovníka. Obecně platí, že opatrovník činí za opatrovance právní úkony, k nimž tento není způsobilý. Při nakládání s finančními

prostředky rozhoduje o „běžných výdajích“, o mimořádných se svolením soudu. Soudy výkon opatrovnictví kontrolují.<sup>41</sup>

V současné době prochází legislativním procesem nový občanský zákoník, který se bude svými změnami dotýkat i omezení způsobů k právním úkonům.

Důvodem, proč se v této práci zmiňuje proces omezení způsobu k právním úkonům je ten, že smlouva mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem je právní písemný akt, který musí být podepsán jak statutárním zástupcem poskytovatele, tak uživatelem služby. Na straně uživatele musí být pro platnost právního úkonu, mimo jiné, splněny i náležitosti vůle, s níž k tomuto právnímu úkonu uživatel přistupuje, tzn., že projev vůle musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně, jinak je neplatný. A zde vzniká problém v případě, že není klient schopen se podepsat nebo porozumět plně obsahu smlouvy. Pokud má klient opatrovníka (je zbaven zcela nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům), podepíše smlouvu opatrovník. Pokud však budoucí uživatel nemá opatrovníka, podepíše smlouvu zástupce obecního úřadu s rozšířenou působností.

---

<sup>41</sup> Zákon č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník

### 3 Definice soběstačnosti

U klientů s demencí se snižuje soběstačnost v sebeobsluze především jako důsledek organického postižení mozku a to hlavně neschopnost vykonávat běžné denní aktivity. U klientů s počínající demencí dochází ke snížení úrovně provádění rutinních aktivit a s postupující demencí se tato schopnost stále zhoršuje.<sup>42</sup>

*„Soběstačnost obecně, je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci. Soběstačnost konkrétní, je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí.*

*Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL – instrumental activities of daily living), je schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd.).*

*Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL – activities of daily living). Jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, vykonat hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) Schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu.“<sup>43</sup>*

Počátky nemoci se projevují například neschopností provádět složitější profesní aktivity a postupně se porucha rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života (nákup, telefonování). V pokročilejším stádiu demence se neschopnost vykonávat aktivity přesunuje i na bazální aktivity, jako je oblékání se, svlékání se, samostatnost se najíst, udržovat osobní hygienu.<sup>44</sup>

#### 3.1 Metody zhodnocení soběstačnosti (test: Barthelův test základních všedních činností)

*„Barthelův test základních všedních činností - je test, který hodnotí stupeň závislosti na péči okolí. Má 10 položek – schopnost najíst se, napít se, oblékání, koupání, udržování osobní hygieny, udržení moči, udržení stolice, použití WC, schopnost přesunu z lůžka na židli, schopnost chůze po rovině, schopnost chůze po schodech. Položky mají vážené skóre – plně*

<sup>42</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, s. 188

<sup>43</sup> Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010

<sup>44</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče* 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 22

*zachovalá výkonnost v denních aktivitách představuje 100 bodů, naopak při hodnotách 40 - 0 bodů nastala vysoká až úplná ztráta výkonnosti v aktivitách denního života a tím i ztráta soběstačnosti.*<sup>45</sup>

V DS Věstonická Brno na odděleních se zvláštním režimem test vypracovává zdravotní sestra ve spolupráci s klíčovým pracovníkem klienta. Vyhodnocení testu se provádí v pravidelných půlročních intervalech a dále v případech, kdy u klienta došlo k výrazné změně v sebeobslužnosti trvající déle jak jeden měsíc. Výsledky testu jsou pro pracovníky v sociálních službách jedním z informací pro tvorbu individuálních plánů činností, které jsou klientovy poskytovány (příloha č. 1 a 2 Barthelův test a Mini - Mental State Examination, výsledky testů dle oddělení).

### **3.2 Typy a způsoby poskytované péče**

*„K pacientům s demencí je potřeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně.*<sup>46</sup>

V DS Věstonická Brno má každý klient svůj individuální plán činností, které jsou mu poskytovány. Plán se sestavuje v IS Cygnus, ve kterém jsou činnosti nastaveny s možností výběru typu péče „*rada, podpora, pomoc*“ a s možností výběru frekvence poskytované péče. Dále program umožňuje záznam pro individuální zvláštnosti při péči o klienta. Každá činnost má specifický kód, který se po provedení činnosti „načte“ speciální čtečkou do karty klienta. V programu je zaznamenán čas načtení a jméno pracovníka, který činnost klientovi poskytl. Plán péče se hodnotí a sestavuje v pravidelných tříměsíčních intervalech. Poskytované činnosti jsou v souladu s potřebami klienta. Pečovatel má k dispozici test MMSE – který mu určí stupeň demence, dále Barthelův test, kde je hodnocena výše závislosti klienta na poskytované péči (viz kapitola 2.2 Stádia demence a kapitola 3.1 Metody zhodnocení soběstačnosti). S pomocí těchto informací pečovatelské zhodnotí potřeby klienta a nastaví plán péče.

Jedním z cílů zařízení a zároveň základní filozofií je, co nejvíce a nejdéle umožnit klientům soběstačnost a proto velkou část péče tvoří podpora. Pro pečovatele to znamená respektovat

---

<sup>45</sup> KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing a.s., 2004, s. 188

<sup>46</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s. 60

možnosti klienta a hlavně se přizpůsobit jeho tempu. Nerespektování klienta v jeho tempu se může projevit až agresivním chováním klienta a naopak neumožnění klientovi si udělat sám co zvládne, vede k tomu, že klient ztrácí schopnost v dané činnosti a tak se stává více závislým na personálu. Přesto pečovateli, který má na starosti více klientů a opakovaně se dostává do **časové tísně** a není výjimkou, že některé úkony za klienta udělá. Tyto situace nejčastěji nastávají ve druhém stádiu demence, kdy se schopnosti v instrumentálních dovednostech zhoršují, klient zapomíná co má dělat v základních sebeobslužných činnostech jako je oblékání, umývání, při jídle již nepoužívá příbor, nemůže najít WC (je schopen svoji potřebu udělat i na veřejném místě), bloudí, a proto ho personál musí stále vodit na pokoj, do jídelny. V tomto období hrozí u klientů odchod z oddělení nebo z domova (ztratí se).

### **Typy poskytované péče lze rozdělit na radu, podporu a pomoc.**

**Rada** - (první stádium) - klient mírně zapomíná (zhoršování paměti, zejména pro zcela nedávné události), je potřeba, aby mu personál opakovaně připomínal – hygienu, časové údaje denních aktivit, dopomáhal s časovou orientací (den, měsíc). Klient je kontinentní, soběstačný v sebeobslužnosti. Ze strany personálu je potřeba každodenní dohled, rada. Na oddělení se orientuje. Péče spočívá více na verbální úrovni, personál se s klientem domluví. Personál klientovi připomíná, co má dělat, kontroluje, jestli činnost udělal. Senior se někdy cítí dotčený, že je mu něco připomínáno nebo naopak jsou situace, kdy si svoje zapomínání uvědomil a s personálem svoje pocity probírá. Personál jako zátěž tohoto období vnímá situace, kdy je klient nazlobený až agresivní, že je mu něco připomínáno. Další situací jsou depresivní pocity a nálady klienta při uvědomění si své nemoci a tyto pocity se přenášejí i na personál. Personál se učí tyto pocity zpracovávat a nedržet je v sobě. Pracovníci klientovi, umožní mu být co nejvíce soběstačný a nechají ho samostatně rozhodovat, avšak musí zajistit neustálý kontrolní dohled.

Jak uvádí zaměstnanci v dotazníkovém šetření, které je součástí této práce, jako zatěžující chápou pracovníci situace, kdy snaha poradit není vyslyšena (akceptována), byť je podána profesionálně. Klienti si neradi nechávají poradit a cítí se dotčeni kladením kontrolních otázek (oblékl jste si ponožky?, čistil jste si zuby?).

**Podpora** – (druhé stádium) – klient má často výkyvy nálad, je neklidný, podrážděný, apatický, někdy agresivní. Orientace klienta se zhoršuje, na oddělení se ztrácí, od pečovateli potřebuje doprovod do jídelny, na pokoj. Klient neví, kde žije, jaký je rok, současnost si často plete s minulostí – žije si ve svém světě. Péče je individuální a vychází z možností klienta – jeho zachovaných schopností. V sebeobslužnosti potřebuje klient pomoc a dopomoc

od personálu ve všech oblastech – hygiena, stravování, orientace, aktivity. Klient má problémy v komunikaci, začíná výrazně zapomínat slova, personál se s klientem domlouvá velmi obtížně. U klienta je častá inkontinence moči i stolice. Jako zátěž v tomto období se jeví především časová náročnost v poskytování péče. Klient se projevuje každý den jinak a personál by měl veškerou činnost provádět s klientem v součinnosti včetně respektování schopnosti a tempa klienta.

Jak uvádí zaměstnanci v dotazníkovém šetření, které je součástí této práce, každý den se něco musí připomenout. Jednou je to při oblékání, jindy při jídle – např. namazat chleba, nebo najednou paní netrefí do pokoje. Nejvíce zatěžující je, že zaměstnanci neví, s jakou náladou a rozpoložením se člověk probudí a v čem bude potřebovat pomoc. Zaměstnanci musí investovat hodně času do zjištění, co zvládne klient sám a často je napadá, že kdyby to udělali za něj, tak už to mají hotové. Další zatěžující situací, vyplývající z i dotazníkového šetření, je rozpor mezi tím, co klient chce a co je skutečně nutné a musí se provést.

V procesu vzdělávání dostávají pečovatelé informace o projevech a průběhu nemoci a proto si jsou vědomi toho, že když budou vše dělat za klienty, tak se senior dříve stane plně nesoběstačným. Pro personál jako zpětná vazba funguje např. radostný úsměv od klientů, když se jim něco povede. V tomto období je velmi důležitý pozitivní přístup ke klientům, častá chvála a vytváření pocitu bezpečí a důvěry. Pozitivní výsledek je i to, že klient se v soběstačnosti nehorší a není na personálu více závislý. Součástí nemoci v tomto stádiu jsou někdy situace, které nejsou důstojné z lidského hlediska, a pro personál je někdy obtížné s důstojností k dané situaci přistupovat, např. „při jídle je stále od něčeho špinavý“, „různé kutilské kousky se stolicí“, „oblékání si 5 vrstev oblečení, kdy horní vrstva je spodní prádlo“, „konzumace všeho co vidí (šampón, mýdlo, krém, jar)“.<sup>47</sup>

Některí pečovatelé jsou vystaveni stresu, jestliže ve vztahu k lidem s demencí mají určitá očekávání, která jim mohou klienti těžko splnit – např. kontrolovat svoje city, pamatovat si nedávné události, vždy komunikovat slovy atd. Lidé s demencí se často vyjadřují symbolicky a i jejich myšlení je jiné, je na pečujících najít jim nějaký smysl i ve zdánlivém nesmyslu. Stresu se dá předejít, když pečovatelé nebudou mít nereálná očekávání a odloží soudy nad chováním klienta. Je nutné si stále opakovat, že klienti nedělají pečovatelům naschvály a nemají v úmyslu je rozčlít, že žijí ve svém světě prožitých ztrát a bolestí a personál často považují za lidi z minulosti (viz dotazník - odpovědi na ot. č. 11, 12, 16).<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Citace od pečovatelů z dotazníků

<sup>48</sup> RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, s. 81 - 82



**Pomoc** – (třetí stádium) – klient přestává poznávat své příbuzné, známé předměty, přestává být orientován vlastní osobou, není schopen porozumět nebo se slovně vyjádřit. Celková péče spočívá v poskytování ošetrovatelské péče s individuálním zapojením klienta. V oblasti sebeobslužnosti je klient nesoběstačný ve všech oblastech – nejvýrazněji v oblasti stravování kdy se sám nenají a musí se krmit. Klient slovně nekomunikuje a personál musí z neverbálních projevů klienta odpozorovat jeho potřeby. Pohyb u klientů je spíše minimální. Zátěž v tomto období vnímá personál v situacích, kdy je péče poskytována komplexně, tedy ve všech oblastech životních potřeb člověka. Pokud je na oddělení více klientů v tomto stádiu a jsou-li plně upoutaní na lůžko, je práce i fyzicky namáhavá. Z odpovědí v dotaznících vyplynulo, že personál vnímá jako zátěž nemožnost klientům pomoci, nutnost vkládat do práce co nejvíce energie, chybějící zpětnou vazbu od klienta. Zátěží je nemožnost komunikace s klientem, kdy on není schopen pochopit, co po něm chceme a sám není schopen dát najevo své pocity, myšlenky a potřeby. Syndrom demence je onemocnění, při kterém je člověk v poslední fázi nemoci plně závislý na druhých a vše co se v životě naučil tak zapomněl.

Jednou z největších zátěží pro personál je péče o klienta v terminálním stádiu a následné úmrtí klienta na oddělení. Personál má ve většině případů s klientem vytvořený určitý vztah a každé úmrtí na oddělení je stresující obzvlášť, je-li úmrtí náhlé nebo naopak je umírání dlouhé a pro člověka bolestivé. Každý zaměstnanec se vlastním způsobem vyrovnává se smrtí klienta. Někdo se pomodlí, někdo si potřebuje „povykládat o zemřelém člověku a rozloučit se s ním“ (někdy je po pracovní době i rituální „štamprle“ na rozloučenou). Každý pracovník si musí tímto procesem projít a najít si svůj způsob rozloučení a vyrovnání se se smrtí sám v sobě.

Hodně zatěžující pro pečovatele při poskytování péče je stav klienta, kdy se jeho možnosti v soběstačnosti začnou zhoršovat. Příčiny zhoršování syndromu demence i soběstačnosti jsou různé. Jedna z možných příčin je somatické onemocnění např. chřipka, průjem, teploty, kdy klient leží několik dnů v lůžku. I po několika dnech bez sebeobslužné aktivity u takto nemocných lidí dochází až k úplnému vymizení naučených dovedností. Někdy se podaří vrátit klienta do stavu před onemocněním, ale ve více případech to již není možné. Je-li onemocnění závažnější, např. zlomená noha a rekonvalescence trvá delší čas, tak návrat k dřívějším schopnostem v sebeobsluze je již nemožný. Dalším důvodem zhoršení je samotné onemocnění, které má sestupnou tendenci na sebeobsluhu. Časový úsek zhoršování

je individuální a pro pečovatele je zdrojem zátěže, protože musí vyhodnocovat co je přechodné a co nezvratné. Typickým projevem u syndromu demence je, že člověk se začne zhoršovat, tzv. „padá“ se svými schopnosti dolů, až se někde zastaví a na té úrovni nějakou dobu vydrží, než se zase začne zhoršovat. Pečovatelé při těchto změnách musí vyhodnocovat aktuální stav u klientů a podle toho postupovat z typu péče „poradit“ přecházet na „podpořit“ nebo až „provést“. Pečovatelé se musí neustále přizpůsobovat, přeladovat na potřeby klientů, které se stále mění. Musí být kreativní v tom jak na aktuální změny reagovat. *„Hledání té správné míry, rovnováhy je pak neustálým procesem, který nikdy není u konce.“*<sup>49</sup>

### 3.3 Metody práce (bazální stimulace, reminiscenční metoda)

#### Koncept bazální stimulace

Základní myšlenkou konceptu bazální stimulace je pohled na člověka jako na osobnost.

*„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidského vnímání.“*<sup>50</sup> Prvky konceptu se orientují na všechny oblasti lidských potřeb, na člověka pohlíží jako na rovnocenného partnera s jeho vlastní historií.

Při práci konceptem bazální stimulace je základem znát klientovi zvyky, návyky, co měl nebo neměl rád. Pečující tyto informace dostává od rodiny, přátel klienta a v průběhu pobytu získává informace hlavně pozorováním klienta. Cílem je porozumět stylu komunikace klienta, pochopit jeho potřeby, podporovat zachovalé schopnosti. Cílenou stimulací dávno uložených vzpomínek lze podporovat současné vnímání u klientů v různých stádiích nemoci.

Základní prvky konceptu jsou stimulace vnímání, podpora hybnosti, podpora komunikace.

Stimulace vnímání vlastního těla – u imobilních klientů se toho dosahuje polohováním do příjemné polohy pro klienta s pomocí polohovacích pomůcek do tzv. polohy „mumie“, nebo „hnízda“.

Při optické stimulaci se klientovi dají do jeho zorného úhlu předměty, které jsou pro něho známé, nejlépe z jeho domácího prostředí.

Při auditivní stimulaci se klientovi pouští muzika, kterou měl nebo má rád. Někdy pečovatelé v terminálním stádiu klientům zpívají písničky, které spolu dříve zpívali.

---

<sup>49</sup> KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou, Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. 2. vyd. Praha, Portál, s.r.o. 2003, s. 36

<sup>50</sup> FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 19

Při orální stimulaci se v třetím stádiu demence a hlavně v terminálním stádiu snaží personál podávat klientů jídlo a tekutiny, které měl rád.

Seznámení se s konceptem bazální stimulace a používání prvků tohoto konceptu vede ošetřující personál k vnímání klienta jako „holistické“ osobnosti v jeho bio – psycho – sociálních souvislostech.

Psychika neexistuje odděleně od těla a naopak, jsou v neustále interakci – to je základem holistické péče, která by měla být cílem pro každého, kdo pečuje o druhého člověka. Fyziologická nebo psychosociální nerovnováha je příčinou fyziologické nebo psychosociální nerovnováhy. Pečující poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči tehdy, pohlíží-li na klienta jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli jen na její pouhou část (např. zlomený krček, poruchu paměti atd.)<sup>51</sup>

V DS Věstonická Brno se koncept bazální stimulace využívá převážně u klientů v těžkém stádiu demence. Klienti dochází v dopoledních hodinách do terapeutické skupiny, kde je s nimi ve stálém kontaktu jeden pracovník a v rámci stimulačních prvků jim jsou nabízeny aktivity, které jsou specifikovány přímo na každého jednotlivce z konceptu jejich životního příběhu. Ke klientům upoutaných na lůžko ergoterapeutka dochází a s pečovateli poskytují péči v konceptu bazální stimulace.

U klientů se aktuálně vyhodnocují zachovalé schopnosti a ne pouze deficity. Nejnáročnější pro pečovatele je pochopit potřeby klientů a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči.<sup>52</sup> Kasuistika k této terapii je uvedena v příloze č. 3.

## **Reminiscence**

Jedná se o aktivizační metodu založenou na vzpomínkách. I v pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť zachovaná a principem této metody je práce se vzpomínkami. Reminiscenční terapie je vhodná u klientů s lehkým až středně těžkým stupněm demence, protože předpokladem je určitá schopnost komunikace. U klienta podporujeme vzpomínání na důležité události z jeho života: vlastní dětství, děti, manželství, koníčky a záliby, práci. Jako podpůrný prostředek pečovatelé používají alba fotografií klientů, staré časopisy, staré předměty a oblečení, symboliky známých svátků – vánoce, velikonoce. Vhodné pro klienty je promítání starých filmů, pouštění si hudebních hitů z jejich mládí, předčítání básniček,

---

<sup>51</sup> MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 20 - 33

<sup>52</sup> FRIEDLOVÁ, K.. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 11

kteří se naučili ve škole. Cílem je nejen zlepšení fyzického a psychického stavu klienta, ale zejména posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace.<sup>53</sup>

V DS Věstonická Brno mají na třech odděleních vytvořeny tzv. reminiscenční koutky. Jsou to volně přístupné prostory, které jsou vybaveny starým nábytkem. Např. jedno oddělení má koutek stylizovaný do obývacího pokoje z padesátých let. V prostoru je starý sekretář, sedací souprava, starý lustr, v okně jsou záclony a závěsy a zdi jsou vymalovány válečkem. Reakce klientů je toto prostředí je velmi pozitivní. Kasuistika k této terapii je uvedena v příloze č. 4.

### 3.4 Úskalí přepečování

*„Tváří v tvář pokračující nemoci, která neústupně nahlodává dovednosti, paměť a znalosti, je všechno, co zůstane zachováno, cennější a cennější. Skutečně neexistuje nic, co by se dalo ohodnotit jako nepodstatné.“<sup>54</sup>*

U klientů trpících demencí je velmi důležité respektování rozsahu jejich stávajících schopností a respektování jejich tempa. Úskalí přepečování pramení z požadavku okolí, které jsou kladeny na pečovatele a z jeho potřeby tyto požadavky uspokojit. Není vždy pro pečovatele jednoduché zvolit priority v poskytované péči a umět si je obhájit. Tlaky okolí jsou někdy tak velké, že je pro pečovatele jednodušší zvolit cestu přepečování než nesplnění požadavku okolí. Přepečování znamená, že klientovi poskytneme více péče, než kterou potřebuje. Víme, že si je klient schopen něco udělat sám, ale přesto za něj činnost vykonáme. Důvodem může být, jak bylo níže zmíněno, to, že příbuzní tlačí na personál, aby za klienta činnost udělal (viz kapitola 4.2 Vliv rodiny klienta). Dalším důvodem může být nedostatek času, kdy pracovník nemůže dále čekat, než klient udělá, co je třeba. Jedním z důvodů také je, že pracovník nemá dostatek trpělivosti vyčkat, až se klient sám umyje, oblékne, nají se atd.

Důležité je zmínit, že přepečování není něco, co je úmyslně v neprospěch klienta. Avšak samotný fakt, že pracovník udělá něco za klienta, který by to zvládl sám (v delším časovém horizontu), je pro klienta škodlivý. Přepečování i nepečování mají podobný negativní vliv na seniora a neprospívají jeho fyzické a psychické kondici.

---

<sup>53</sup> HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost: Gerontologické centrum, 2009, s. 181

<sup>54</sup> ZGALA, J. *Úspěšná péče člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, s. 108

## 4 Zdroje působící na zátěž pečujících

Mezi legislativní normy, upravující psychickou zátěž způsobenou výkonem povolání patří Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., Nařízení vlády č. 252/1992 Sb., § 9 odst. 2, Zvláštní příplatky.

- „Zaměstnanci, kterému zaměstnavatel v rámci dvousměnného, třisměnného nebo nepřetržitého provozu rozvrhl pracovní dobu tak, že střídavě vykonává práci v ranní, odpolední, popřípadě noční směně, přísluší příplatek.
- Zdravotnickému zaměstnanci a zaměstnanci zabezpečujícímu obslužnou a sociální péči, jehož výkon práce je spojen s mimořádnou zátěží spočívající v soustavné přímé péči o osoby v psychiatrických a gerontologických odděleních lůžkových zařízení, v samostatných ošetrovatelských odděleních u obyvatel upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči, **případně v samostatných ošetrovatelských odděleních pro ošetřování dementních osob v domovech důchodců a ústavech sociální péče pro osoby mentálně nebo tělesně postižené a o tělesně nebo mentálně postižené děti ve zdravotnických zařízeních, přísluší.**“<sup>55</sup>

V podstatě se dá říci, že každá lidská činnost je zdrojem rizika pro člověka, tím spíše pak činnost zaměstnance v pracovním procesu.

Práce v třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu při střídání směn v intervalech delších než jeden kalendářní týden a práce spojené s opakujícími se psychickými zatěžujícími faktory, které jsou vyvolány prací vykonávanou pod časovým tlakem, vysokými nároky na sociální interakci a mezipersonální aktivity jsou považovány za práce, za které náleží příplatek za práci v noci a zvláštní příplatek.<sup>56</sup>

Zdrojem zátěže pro pečovatele může být klient, rodina klienta, prostředí zařízení, organizace práce zařízení a i samotný pečovatel. V níže uvedených kapitolách se těmito zdroji budeme zabývat. Zátěž může způsobovat jeden zdroj nebo se jich může nakumulovat více. Často se setkáváme se zátěží způsobenou nevhodným chováním klienta nebo jeho příbuznými. Dalšími zdroji, které zátěž pečujících mohou zvyšovat, jsou špatná firemní kultura, nízké finanční ohodnocení, nedostatek personálu atd. Starý člověk potřebuje nejen zdravotní léčbu, ale stejně tak i pečovatelskou péči, která se podobá co možná nejvíce

<sup>55</sup> [www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098](http://www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098), (10. 2. 2012)

<sup>56</sup> [www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098](http://www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098), Příplatek za práci v noci a zvláštní příplatek, JUDr. Eva Dandová, odbornice na pracovní právo, (10. 2. 2012)

„domácí péči“. Poskytovat takovou péči je však psychicky a fyzicky náročné. Mylně je tato práce považována, a to i v odborných kruzích, za méně hodnotnou, než jiné obory.<sup>57</sup>

Ve společnosti převládá také mylná představa, že když se budeme o staré lidi pěkně starat, oni nám za to budou vděční. Ve skutečnosti tento model nefunguje. Starý, nemocný člověk není často vděčnost schopen projevit a tím dochází k tomu, že personál nemá žádnou pozitivní zpětnou vazbu. Dále se také někteří staří lidé a jejich příbuzní domnívají, že péče o staré lidi je pouze v rukou odborníků, kteří musí splnit každé klientovo přání. Falešné představy o tom, co je a není péče o staré lidi, pramení také z toho, že se dlouho opomíjelo zmiňovat, že i rodina a společnost se musí podílet na zvládnutí potřeb starých lidí. Rodina tím, že bude pečovat a společnost tím, že vytvoří pro tuto péči vhodné podmínky (materiální, legislativní a technické). Do ústavů by pak přicházeli skutečně jen ti senioři, o které se již nelze doma starat.<sup>58</sup>

Příbuzní se často domnívají, že umístěním do ústavu jejich péče o starého člověka končí, že jejich „problém“ je vyřešen a neobtěžují se již spolupracovat s personálem. Rodině je zatěžko mít u sebe jednoho „problematického“ člena a předpokládají, že profesionál, který má kolem sebe více těchto často egocentrických klientů, je povinen rozdávat dnes a denně kolem sebe radost a lásku. Avšak toto není v silách několika zaměstnanců, ale v silách rodiny, která bude přicházet navštěvovat svého příbuzného.

Pocity psychické zátěže jsou pro každého člověka z dlouhodobého hlediska stresové. V práci se seniory s demencí v rezidenčních službách je pečovatel vystavován každodenním situacím, které mohou být vnímány jako psychicky zatěžující a proto i stresové. Charakteristika stresu v zaměstnání je dána mírou požadavků, které jsou kladeny na člověka v kombinaci s možností ovlivnit běh dění na pracovišti.<sup>59</sup> Nejvíce na pečovatele doléhá, jak potvrdily i výsledky z dotazníkového šetření této bakalářské práce v otázce č. 15, že mají pečovatelé moc práce, na kterou je málo personálu a je potřeba neustále diplomaticky komunikovat. Za další mimořádné situace, které jsou považovány za obtížné, jsou uváděny manipulace s těžkými klienty a neustálé opakování úkonů a frází (odpovědi i otázky). Dalšími obtížnými činnostmi, se kterými se personál setkává, jsou agrese, rizika útěků klienta, náhlá změna zdravotního stavu a chování u klientů. Jako zátěž vnímají pečovatelé i pravidelné vedení písemné dokumentace o poskytované péči. Pečovatelé pociťují vnitřní rozpor,

---

<sup>57</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stárí*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 317, s. 309

<sup>58</sup> op. cit. s. 315, s. 316

<sup>59</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 174

kdy administrativu vnímají jako odvádění od přímé péče, i když jsou si vědomi právní důležitosti vedení dokumentace.

## 4.1 Vliv klienta – osobnost, průběh nemoci

**Osobnost** se definuje jako individuální spojení [biologických](#), [psychologických](#) a [sociálních](#) aspektů každého jedince a projevuje se vždy jako celek. Osobnost je výsledkem interakce zděděného, vrozeného a naučeného.<sup>60</sup> Utváří se ve vztazích mezi lidmi (sociální inteligence), prostředím a společností (socializace). Každý člověk je od nejútlejšího věku formován prostředím, ve kterém se nachází. Vlastnosti a rysy jsou vždy typické pro každého jedince a determinují reakce (myšlení, prožívání, chování, jednání). V průběhu stáří bývá integrita osobnosti zachována, mění se jen dílčí vlastnosti.<sup>61</sup>

Do domova přichází klient, jehož kognitivní funkce jsou ovlivněny nemocí, jeho blízcí o něj již nemohou pečovat a domov je většinou posledním místem, kde bude žít. Nemůžeme tedy předpokládat, že jeho chování, jednání a myšlení se bude projevovat běžným způsobem. Starší člověk je mnohem méně adaptabilní a dodržování návyků a stereotypů mu dává pocit jistoty. Je důležité si uvědomit, že každý z nás má zažité své denní „rituály“ a jakákoliv změna, je pro člověka velmi těžká a pro starého, nemocného obzvlášť. Senior si do zařízení přináší jen nezbytně nutné předměty denní potřeby, pár věcí připomínajících mu „staré časy“ a vše ostatní opouští. Starají se o něj dosud neznámí lidé, kteří vstupují do nejintimnějších činností jeho života (koupání, hygiena, přebalování). Prožívání takových situací je pro klienty psychicky náročné a někdy unikají do agrese vůči okolí, vůči sobě, do sebelítosti, sebeobviňování. Také ale mohou obviňovat okolí, své blízké a to i z důvodu ztráty pocitu bezpečí a strachu (kde jsou, protože neznají nové prostředí, neví, co a kdy bude), protože i nejlépe fungující zařízení má nějaký denní řád a není to jako doma. Můžeme se však setkat i s tím, že se klient do sociálního zařízení těší, hlavně v začátku onemocnění, protože ví, že o něj bude postaráno, nebude mít starosti s tím co uvařit, jak obstarat nákup, vyprat prádlo, kdo mu pomůže s úklidem, s vykoupaním. Smutnou reakcí klientů bývá rezignace na vše a hlavně na svůj život. Tito klienty bohužel velmi brzy po nástupu do domova umírají. S těmito všemi reakcemi se musí umět personál vyrovnat a musí je umět zpracovat tak, aby mohl klienta provázet časem, kdy si na nové bydlení a denní režim zvyká. Vše je o to těžší, že klienti domova se zvláštním režimem trpí kognitivními poruchami,

---

<sup>60</sup> VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. vydal IMS Brno, 2009, s. 149

<sup>61</sup> DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ J. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. vydal IMS Brno, 2009, s. 137

kteří celý proces adaptace ztěžují. Personál prožívá velké fyzické a psychické napětí, když pečují o klienty, kteří se projevují agresivně (verbálně i neverbálně) nebo jsou lítostiví (plačtiví).

Klienti se také někdy upnou na jednoho z pečovatelů a přenesou na něho své bývalé a budoucí vztahy. Čím je člověk závislejší na péči, tím více je upnutí se celistvější. Opakované zvonění a žádosti o namazání zad, jsou motivovány touhou po doteku, sociálním kontaktu.<sup>62</sup>

Z osobních zkušeností vím, že přijde-li klient v začátku onemocnění do zařízení z vlastní vůle, po dohodě s rodinou, která se o klienta dále „stará“, tak i v pozdějším průběhu nemoci je menší výskyt negativních projevů, klient je klidnější, protože i když se v mnoha situacích neorientuje, tak je „doma“. Pro personál je i méně zatěžující zhoršení stavu u tohoto klienta, protože znají jeho rituály, návyky a pro obě strany je snadnější spolupráce. Řadu situací personál neřeší jako konfliktní, protože v době, kdy byl klient v „lepší“ stavu, tak se takto také choval a personál ví, že to patří k jeho osobnosti. Nejvíce zatěžující a na péči je náročné, když klient přichází do domova ve stádiu onemocnění, kdy ví, že není doma a ví, že pečovatelé jsou „cizí lidé“. Na oddělení se neorientuje, stále bloudí, něco nebo někoho hledá, svoje rituály neřekne, ale důrazně dá najevo, když se pečovatel „netrefí“, neustále se ptá, protože odpověď za chvíli zapomene a stále chce odejít – domů, do práce, na nákup, zalít zahrádku.

Pro pečující v těchto situacích je důležité znát velmi dobře životní příběh (biografii) klienta. Každý člověk se v průběhu života ocitá v různých rolích, které utváří jeho osobnost. Čím delší a významnější role, hlavně profesní, tím častěji může u každého člověka dojít k tzv. profesionální deformaci chování, tj. zvýraznění specifických stránek spojených s výkonem povolání. Je to např. u vedoucích pracovníků potřeba stále rozhodovat a kontrolovat, u učitelů poučovat, vysvětlovat<sup>63</sup>.

Lidé s onemocněním demencí se liší ve svých projevech a chování. Přesto jisté vzorce potřeb, poruch, zachovaných schopností, které jsou proto toto onemocnění typické, existují. I když je zobecnění užitečné, je třeba uvědomit si a respektovat individuální charakteristiku klienta. Jednotliví klienti se neliší jen mezi sebou, ale každý jednotlivec se mění den ode dne. Problém, který dominoval v jednom dni, může následující den plně vymizet.<sup>64</sup> Kasuistika k vlivu osobnosti klienta, která působí na zátěž na pečující je uvedena v příloze č. 5.

<sup>62</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 317, s. 324

<sup>63</sup> VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. vyd. IMS Brno, 2009, s. 173

<sup>64</sup> ZGALA, J. *Úspěšná péče člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2003, s. 147



## 4.2 Vliv rodiny klienta

Spolupráce s rodinnými příslušníky je velmi důležitá a základním principem by mělo být partnerství. Velkou část prvotních informací má pečovatel výhradně od rodinných příslušníků a vzájemná důvěra a respekt je nezbytná pro dobrou spolupráci. Rodina musí vědět, k čemu pečovatelé informace potřebují.

Většina klientů do zařízení nastupuje v situaci, kterou rodina z nějakého důvodu nezvládá. Důvody jsou různé. Samotná nemoc a její projevy jsou na péči velmi náročné a často není v lidských silách pro rodinné pečovatele umožnit svým rodičům dožít v domácím prostředí. V dnešní době, kdy se věk odchodu do důchodu neustále prodlužuje, nemají vždy příbuzní časový prostor pečovat o své blízké a jsou odkázáni na pomoc jiných (sociální služby). Klient, trpící demencí, je často v takovém duševním a fyzickém stavu, že jeho blízcí jsou vyčerpaní péčí o něj a jediným východiskem se jeví sociální zařízení pobytového typu, což však mohou příbuzní chápat jako své selhání. Je potřeba si uvědomit, že jak bylo výše již zmíněno, demence má takové projevy, které v péči jednoho pečujícího jsou často nezvladatelné. Pečující se může stát ohrožený závažným psychosomatickým onemocněním nebo až syndromem vyhoření. To, že svého blízkého umístí do zařízení sociálních služeb je někdy jediné možné východisko. V domově je o klienta postaráno jak po fyzické stránce (vč. rehabilitace), tak po psychologické a spirituální, má-li klient zájem. Rodina, příbuzní a přátelé mohou kdykoliv klienta navštěvovat. Mohou s ním chodit na procházky (k dispozici vozíčky), v zařízení navštívit kino, různá představení, bohoslužby, zahradu a kantýnu.

Personál se v některých případech setkává s příbuznými, kteří jsou agresivní, nebo neustále personál kontrolují, někdy je situace velmi nepříjemná a personál je pod velkým tlakem. Také se lze setkat s případy, kdy přání klienta a příbuzných je v rozporu a pak vše musí umět vyřešit personál.

Když „laici“ (rodinní příslušníci) poznají práci kolem starých lidí zblízka, dívají se na ni jinak, než ti, kteří se s péčí nesetkali. „Nezasvěcený“ člověk, který přichází na oddělení, může nabýt dojmu, že prádlo se tu měnilo naposledy minulý týden. „Poučený“ však ví, že klient takto nesoběstačný, před chvílí umytý, přebalený a převlečený, je schopen během pár okamžiků způsobit „spoušť“. Jestliže pečovatel během své směny takto opečuje některé klienty i několikrát, je pak velmi obtížné se láskyplně usmívat.<sup>65</sup>

Velkou zátěží pro personál je rodina, hlavně dcery, které mají špatný pocit z toho, že jejich rodič je v domově. Často ony trpí, že rodiče „odložily“ do domova a své pocity

---

<sup>65</sup>HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 318

si kompenzují na personálu. Pro pečovatele je psychický náročné čelit v klidu denním kontrolám, otázkám až útokům, proč jejich rodič nemá to nebo ono. Opakovaně je jim vysvětlováno, že v zařízení tohoto typu není počet personálu jeden pečující na jednoho klienta a že tak intenzivní péči a kontakt, jaký měl klient doma, v zařízení nebývá. Není výjimkou, že příbuzní zdůrazňují, že si to přece jejich rodiče platí a za ty peníze by měl mít lepší péči. Malou „náplastí“ pro zaměstnance je, že těmto příbuzným je nabídnuto jiné – soukromé zařízení. Příbuzní si soukromé zařízení prohlédnou a zjistí, že za dvojnásobné množství peněz, které by zaplatili, by dostali stejné služby ve stejné kvalitě. Smutné na těchto nepříjemných situacích je, a pro personál je to zdroj psychické zátěže, že když je příbuzným nabídnuta možnost spolupodílet se na péči, tak najednou nemají čas, jsou nemocní a najdou si další důvody, proč spolupracovat nemohou. Důležité je zdůraznit, že na prvním místě je vždy přání a potřeba klienta, nikoli rodiny. Nutné je však přihlížet k tomu, že klienti trpící demencí často nejsou schopni následky svého chování a svých přání domyslet a pak je potřeba upřednostnit takové řešení, které je nejbezpečnější a nejvíce v prospěch klienta a to i v případě, že je to v rozporu s přáním příbuzných.

Přesto pro obě strany (pečovatele a rodinu) je na prvním místě spokojený klient. Je důležité pro všechny nezapomenout na to, že základní funkcí rodiny je emocionální funkce. Žádný pečovatel ani instituce nedokáže vytvořit potřebné citové zázemí, pocity jistoty a bezpečí, pocity lásky<sup>66</sup>. Tato potřeba je důležitá v kterémkoliv období života člověka, ale v dětství a stáří je nejpotřebnější. U klientů s demencí jsou tyto potřeby zvýrazněné proto, že se člověk na základě onemocnění vrací do dětských let, kde tyto pocity byly nejdůležitější.

### 4.3 Vliv prostředí zařízení

Významnou součástí, která ovlivňuje tlak, který je na personál vyvíjen je i prostředí, ve kterém se sociální služba poskytuje. Prostor ovlivňuje člověka nemocného i zdravého v každé situaci. Prostor, ve kterém klienti trpící demencí bydlí, by mělo vyvolávat pocit klidu, bezpečí, psychické pohody. Prostor má být příjemný a co nejvíce domácí. Venkovní, společné prostory v domově by měly být vybaveny nábytkem pro odpočinek.<sup>67</sup> Senioři by měli mít pocit soukromí a prostředí by je mělo minimálně omezovat. Pokud je zařízení vybaveno pomůckami, které personálu usnadňují práci (zvedáky, polohovací lůžka, WC křesla, koupací lůžka atd.) a pokud mají neustále možnost péči konzultovat

<sup>66</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 83

<sup>67</sup> JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2009, s. 99

s odborníky (zdravotní sestra, lékař, psycholog, sociální pracovníce, psychiatr, odborní lékaři), je jejich práce usnadněna. Pečující pak mají také více času se individuálně klientům věnovat a naplňovat tak požadavky individuálního plánování.

Prostředím je také myšleno personální zázemí a vztahy, které na pracovišti jsou. Každé oddělení je v domově se zvláštním režimem Věstonická Brno vedeno úsekovou sestrou, které zastřešuje vrchní sestra a pečovatele se kdykoli na ně může obrátit, pokud potřebuje konzultaci. Důležité je zmínit, že prostředí zařízení je ovlivněno finanční situací, ve které se sociální služby nacházejí. Dotace státu jsou neustále snižovány, bez ohledu na to, že náklady na poskytování péče stále vzrůstají. Společnost nepovažuje péči o staré a nemocné za důležité a je otázkou, jak se bude dále situace vyvíjet a zda nedojde k úplnému kolapsu systému. I toto ovlivňuje práci pečujících, neboť i personálu se dotýká nedostatek financí na provoz zařízení.

V dotazníku respondenti odpovídali na otázku „*Vnímáte prostředí DS Věstonická pro Vaši práci s klienty trpící demencí vhodné v rámci Vaší psychické pohody?*“ 43 respondentů vnímá své pracovní prostředí kladně, 14 záporně a 16 respondentů neví. Celkem je 57% zaměstnanců s pracovním prostředím spokojeno. Za zamyšlení by stálo zjistit (např. v diplomové práci), proč 16 respondentů odpovědělo nevim, jak by si pracovní prostředí představovali, protože nespokojený zaměstnanec dá najevo svoji nespokojenost a svými negativnímu postoji může negativně ovlivnit další zaměstnance.

#### **4.4 Vliv organizace práce**

Jedním ze zdrojů zátěže je organizace práce na oddělení. Jedná se např. o počet uživatelů na jednoho pečovatele, o jasně danou organizaci práce – pracovní postupy, harmonogram práce, metodiku při řešení konfliktních (mimořádných) situací atd.

Významným determinantem, který může ovlivnit psychickou zátěž pečovatelů je vztah managementu k pracovníkům v přímé péči. Nevhodné styly řízení, nezájem o podřízené, nevhodné (direktivní) jednání, nezájem při řešení konfliktních situací, to vše negativně ovlivňují psychickou pohodu pečovatelů. Dobrá pracovní kultura může významně ovlivnit přístup pečovatelů k náročným pracovním podmínkám a dodržování manažerských zásad (styly řízení, styly jednání, styly spolupráce, vyhodnocení výsledků, vytváření podmínek k práci) může významně ovlivnit atmosféru a interpersonální vztahy na pracovišti.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> MALÍNKOVÁ, E. *Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže v domovech pro seniora a v hospicích*. Ošetrovatelská péče, 2010, č. 2, s. 14

Jakákoliv práce s lidmi je živý proces a zvláště práce s nemocnými lidmi. Zorganizovat si práci je důležité a pro každého pracujícího člověka je zásadní, aby znal a uměl své pracovní dovednosti co nejlépe. V situacích, kdy zaměstnanec neví, co během své pracovní doby bude dělat nebo jaká práce ho čeká, může toto vnímat jako zátěž nebo stres. Na pracovišti, kde se pečuje o klienty trpící demencí, tyto pocity prožívá pečovatel každou službu. V denním harmonogramu práce jsou pevné body, které jsou neměnné, jako je podávání stravy, podávání léků, terapeutické dílny, ale většina ostatní práce s klienty je každý den jiná. Někdy je změna výrazná jindy nepatrná, ale pečovatel musí při každé změně zjišťovat aktuální stav klienta a jeho soběstačnost.

Z dotazníkového šetření mě překvapilo, že na otázku „*Máte pocit, že je Vaše práce stereotypní?*“ byla odpověď „ano a asi ano“ u 44% dotazovaných a odpověď „ne a asi ne“ byla u 45% respondentů. Z toho vyplývá, že i přes všechny změny, které musí pečovatel denně vyhodnocovat tak polovina personálu tuto práci vnímá jako stereotypní. Tento výsledek je pro mě překvapením a určitě se v budoucnu budu zabývat pocity zaměstnanců v této problematice.

*„Chceme-li, aby někdo dělal dobře, pak je dobré, když se zajímáme i o to, jak mu je. Je-li mu dobře, není samozřejmé, že by „automaticky“ podával dobrý výkon“.*<sup>69</sup>

## 4.5 Vliv pečovatele

Na pocity zátěže mají v neposlední řadě má vliv samotní pečovatelé - jejich vlastní osobnostní předpoklady pro tuto práci – charakter, sebehodnocení, dobrý pocit z práce, znalosti teoretické i získané z praktických zkušeností. I zde je ale riziko, že když pracovník dělá tuto práci dlouho, může nastat syndrom vyhoření. Snaha o předcházení syndromu vyhoření je aktivní a pozitivní přístup k získávání teoretických i praktických dovedností, možnost odpočinku v práci a po práci, dobré pracovní podmínky a dobré interpersonální vztahy, možnost rozebrat své pocity s kolegyňemi i nadřízenými. Domov seniorů Věstonická Brno má i službu pro seniory a zaměstnanci v případě pocitů psychického vyčerpání z práce s klienty trpící demencí mají možnost přejít na oddělení, kde nejsou lidé trpící demencí a tím se preventivně předchází strachu ze ztráty zaměstnání.

Od pečovatelů se vyžaduje práce s klienty v různé psychické a fyzické nesoběstačnosti, uplatnění odborných dovedností a znalostí, požaduje se vnímavý přístup k lidem, vyrovnání se s emočně náročnými situacemi, profesionální řešení různých situací s klienty, jejich

---

<sup>69</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd Praha: Grada Publishing a. s., 2004, s. 9

rodinou a klienty mezi sebou navzájem. Práce v přímé péči je náročná na psychiku a zvládání stresových situací, se kterými se pečovatelé denně setkávají.<sup>70</sup>

Pečovatelé v dotazníku v otázce č. 16 měli vybrat z nabídky nejdůležitější vlastnost pečovatele. Z odpovědí vyšla jako nejdůležitější vlastnost trpělivost, schopnost empatie, sebeovládání, komunikativnost, odpovědnost, úsměvnost. Tyto vlastnosti se objevují i v odpovědích pečovatelů při otázkách na zátěž při projevech demence a typu péče. Respondenti opakovaně uváděli, že je potřeba trpělivosti, sebeovládání, empatického přístupu.

Z výsledků dotazníků je patrné, že je důležitá u pečovatelů osobní spokojenost ze sebe sama a z pocitu dobré práce, protože na otázku jestli je jejich práce smysluplná 48 respondentů odpovědělo „ano“ a nikdo nenapsal „ne“. Většina dotazovaných má pocit, že je jejich práce duševně obohacuje. Spokojenost dotazovaných v této oblasti se odráží i v tom, že 46 dotazovaných vnímá, že okolí si jejich práce váží.

---

<sup>70</sup> OSVALDOVÁ, I. *Supervize v pomáhajících profesích*. ZPRAVODAJ, APSS ČR, 10. Ročník, č.1, s. 7

## **5 Vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem**

### **5.1 Cíl výzkumu**

Praktická část má za cíl získat odpověď na otázku, zda změna stupně demence a typu poskytované péče mají vliv na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem. Úkolem dotazníkového šetření je zjistit, jak pracovníci v přímé péči vnímají změny v chování a v péči o klienty, u kterých se zdravotní stav zhoršuje a kteří prochází v době výzkumu různými stupni demence.

V teoretické části, kapitole o demencích (viz kapitola č. 3 Definice syndromu demence) jsou vyjmenovány stádia demence a jejich projevy. Cílem dotazníku je prokázat, jaký vliv tyto rozdíly v projevech klientů v jednotlivých stádiích a odlišnost péče, kterou je potřeba klientům poskytnout, mají na psychickou zátěž pracovníků. Vhodně kladené otázky zodpoví dotazy spojené s prožitky zátěže pečujících a poukáží na stupně zátěže, kterou pracovníci pociťují a jak se s ní vyrovnávají.

Respondenty dotazníkového šetření budou pracovníci v přímé péči, kteří pečují o klienty s demencí v domově se zvláštním režimem Věstonická 1. Hlavním cílem praktické části bude získat odpověď na otázku, zda změna stupně demence a typu poskytované péče má vliv na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem. Jako dílčí cíle bude nutné prostřednictvím dotazníkového šetření získat odpovědi na tyto otázky:

- jestli pečovatelé při své práci mají pocity zátěže a co je příčinou zátěže,
- jaký vliv na zátěž má změna stádia demence,
- jaký vliv má změna stádia na poskytovanou péči,
- které vlastnosti pečovatele jsou v práci s klienty s demencí nejdůležitější,
- jak pečovatelé řeší pocity únavy a zátěže po pracovní době.

### **5.2 Metoda výzkumu**

Pro sběr dat jsem použila metodu dotazníkového šetření. Cílem sběru dat bylo najít odpovědi na výše zmíněné otázky, které jsou obsaženy v cílech bakalářské práce.

K získání informací o vlivu změny stupně demence a poskytované péče na psychickou zátěž u pracovníků v přímé péči jsem použila anonymní dotazníkové šetření, které jsem sama sestavila. Oslovila jsem 80 pracovníků v přímé péči v domově se zvláštním režimem

v Domově pro seniory Věstonická v Brně. Důvodem k výběru této metody byla dostupnost pracovníků, a proto jsem zvolila kvantitativní metodu.

### 5.2.1 Dotazník

*„Dotazník je metoda hromadného získávání údajů pomocí písemných otázek. Dělí se podle formy otázek na položky otevřené – nestrukturované a uzavřené – strukturované. Lze použít i škálové položky. Podle účelů se dotazník dělí na zkoumání názorů, postojů, zájmů, vybraných znaků aj.“<sup>71</sup>*

Dotazník obsahoval celkem 30 otázek. 17 otázek bylo uzavřených a 13 otázek otevřených. U otázky č. 5, 6, 17, 18, 19 – 25 odpovídali respondenti formou škálovací stupnice, kde otázku známkovali 1-5. Čím nižší číslo, tím větší zátěž. V otázkách které směřovaly k získání dat souvisejících s oceněním práce okolím, smysluplnosti práce, perspektivě uzdravení klientů, psychické a fyzické náročnosti a stereotypnosti práce, prostředí pracoviště a o duševním obohacování prostřednictvím práce se seniory, měl respondent možnosti výběru z varianty „ano, asi ano, nevím, asi ne, ne“.

Zvolenou odpovědní variantu měli odpovídající zvýraznit, např. podtržením, zvýrazněním písma nebo v otázkách otevřených prostřednictvím vlastních slov napsat odpověď.

Kromě otázek týkajících se věku, stupně vzdělání, doby praxe, byly respondentům položeny otázky týkající psychické a fyzické zátěže, která pramení z různých stupňů demence u jednotlivých klientů. Otázky se hlavně zaměřily na získání podkladů pro hlavní cíl bakalářské práce a tím je zjištění, zda změna stupně demence ovlivňuje psychickou zátěž u pečujících.

Odpovědi na otázky týkající se věku, pracovní pozice, vzdělání a praxe slouží k tomu, aby bylo možno při vyhodnocení zátěže vyhodnocovat tyto odpovědi s přihlédnutím k tomu, zda jsou nějaké rozdíly v odpovědích u osob, které mají různý věk, vzdělání, praxi (tzv. kontingenční tabulky). Informace z těchto kontingenčních tabulek budou případně vytvořeny a hodnoceny v diplomové práci.

Před provedením vlastního dotazníkového šetření byl dotazník zkušebně předložen několika pracovníkům k prověření jeho srozumitelnosti. Na základě tohoto pilotního průzkumu bylo zjištěno, že otázky jsou srozumitelné a pomocí nich lze získat relevantní data pro cíl práce.

---

<sup>71</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 121

### **5.3 Způsob výběru a charakteristika respondentů**

Sběr dat jsem provedla rozdáním dotazníků s průvodní žádostí o spolupráci personálu v přímé péči v Domově se zvláštním režimem Věstonická v prosinci 2011. Respondenti vyplnili dotazníky dobrovolně, anonymně a byla jim zaručena mlčenlivost. Počet respondentů, kteří na dotazník odpověděli, bylo 75 (rozdaných dotazníků bylo 80). Dotazníky mi byly vyplněné vráceny všechny vhozením do schránky umístěné u mé kanceláře. Pět dotazníků bylo vyřazeno (nebyly dostatečně vyplněny).

### **5.4 Zpracování získaných dat**

Získaná data jsem vyhodnotila během měsíce ledna a února 2012. Celkem bylo zpracováno 75 dotazníků. Vyhodnoceny byly odpovědi z nabízených alternativ. Některé dotazníky obsahovaly také individuálně doplněné texty a komentáře. I ty byly vyhodnoceny.

Pro přehlednost a názornost byly výsledky průzkumu na základě získaných kvantitativních dat převedeny pomocí programu MS Excel do grafů a tabulek. Některé tabulky byly doplněny pro lepší srozumitelnost o procentní poměr počtu odpovědí

Otázky č. 1 až č. 4 zjišťují tvrdá data. Otázka č. 1 se týká věku, otázka č. 2 pracovní pozice, otázka č. 3 se ptá na nejvýše dosažené vzdělání a otázka č. 4 zjišťuje u respondentů délku praxe. Odpovědi na tyto otázky budou sloužit na podrobnější zpracování následujících otázek v diplomové práci. Otázka č. 5 se ptá na osobní pocit ze zátěže dle stupně demence u klientů. Otázka č. 6 se zaměřuje na to, který typ péče je nejvíce zatěžující. Otázka č. 7 a 8 zjišťuje, jak působí zhoršování stavu klienta na personál (psychicky a typem péče). Otázka č. 9 a 10 zkoumá, zda je více náročný přechod klienta z prvního stádia na druhé nebo z druhého na třetí stádium demence z pohledu zátěže a poskytované péče. Otázka č. 11 pomocí škálových odpovědí zjišťuje který projev demence je nejvíce zatěžující. Otázka č. 12 se ptá na pocity pečujících při projevech, které vybrali dotazovaní v otázce č. 11. Otázky č. 13 a 14 se týkají oblíbené a neoblíbené pracovní činnosti. Otázka č. 15 zkoumá co je na práci s lidmi s demencí nejobtížnější. Otázka č. 16 nabízí k výběru odpovědi na otázku, které vlastnosti pečovatele jsou nejdůležitější podle pracovníků v péči o staré lidi. Odpovídající vybírá 5 vlastností. Otázky č. 17 – 25 se zaměřují na ocenění práce ze strany okolí, smysluplnost práce, chybějící perspektivu uzdravení u onemocnění demencí, psychickou a fyzickou náročnost práce a překročení sil pracovníka, na stereotypnost práce a na prostředí poskytované služby. Otázka č. 26 získává informace o tom, zda respondent má pocit,

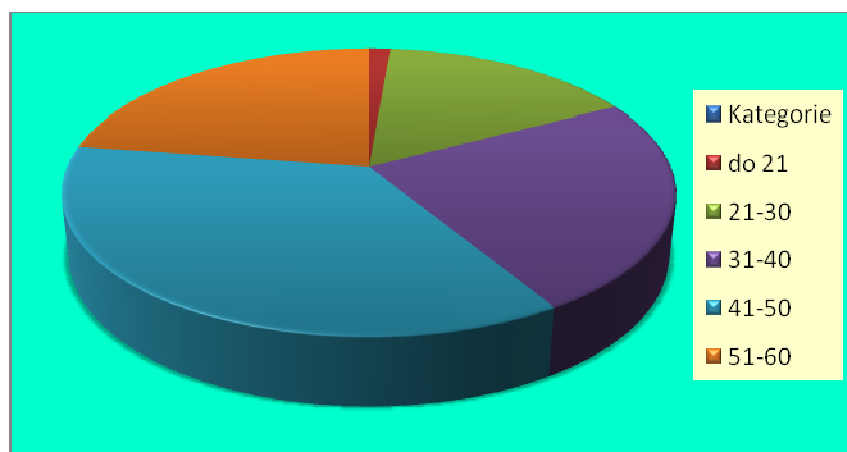


že ho práce duševně obohacuje. Otázky č. 27 - 30 řeší vyrovnávání se s negativními pocity z práce a řešení pocitů psychické únavy. Viz příloha č. 6 Dotazník

## 5.5 Shrnutí výsledků výzkumu

### OTÁZKA č. 1

*Kolik let Vám bylo při Vašich posledních narozeninách .....*?



Kategorie	do 21	21-30	31-40	41-50	51-60
Počet odpovědí	1	12	18	27	17
%	1,33	15,96	23,94	35,91	22,61

Věkové rozvržení pracovníků v přímé péči v domově se zvláštním režimem je zobrazeno na výše uvedeném grafu. Z výsledků vyplývá, že nejvíce zaměstnanců je ve věkovém pásmu 41 – 50 let. Následuje věková kategorie 31 – 40 a 51 – 60 let. Obě tyto kategorie jsou zastoupeny početně velmi podobně. Nejmladšímu pracovníkovi je 20 a nejstaršímu je 59 let. Z celkových 75 oslovených zaměstnanců jeden tj. 1,33%, je ve věkové hranici do 21 let. Tato práce je velmi náročná a záleží na osobnostních předpokladech a vlastních zkušenostech, proto je tak málo mladých pracovníků. Přesto je dobré mít v pracovních kolektivech všechny věkové kategorie a i senioři se k mladým pečovatelům chovají shovívavěji. Potvrzením toho je 12 zaměstnanců, tj. 15,96% , ve věkové hranici do 30 let. Přibývá mladých lidí, kteří jdou pracovat do sociálních služeb a mají zájem o práci se seniory.

Nejpočetněji je zastoupena věková kategorie 40 - 50 let. V této kategorii je 27 zaměstnanců, tj. 35,91%. S prodlouženým věkem odchodu do důchodu je i poměrně vysoký počet zaměstnanců ve věkové hranici do 50 - 60 roků a to 17 zaměstnanců, tj. 22,61%.

## OTÁZKA č. 2

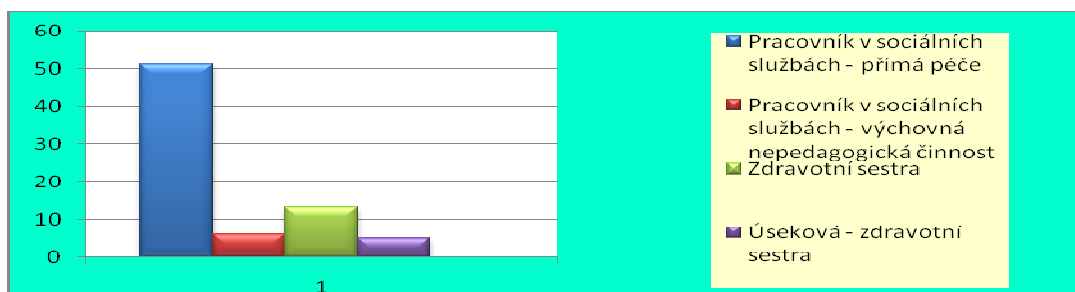
*Pracovní pozice*

*Pracovník v sociálních službách – přímá péče*

*Pracovník v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost*

*Zdravotní sestra*

*Úseková – zdravotní sestra*



Pracovní pozice	Celkem	%
Pracovník v sociálních službách - přímá péče	51	67,83
Pracovník v sociálních službách - výchovná nepedagogická činnost	6	7,98
Zdravotní sestra	13	17,29
Úseková - zdravotní sestra	5	6,65

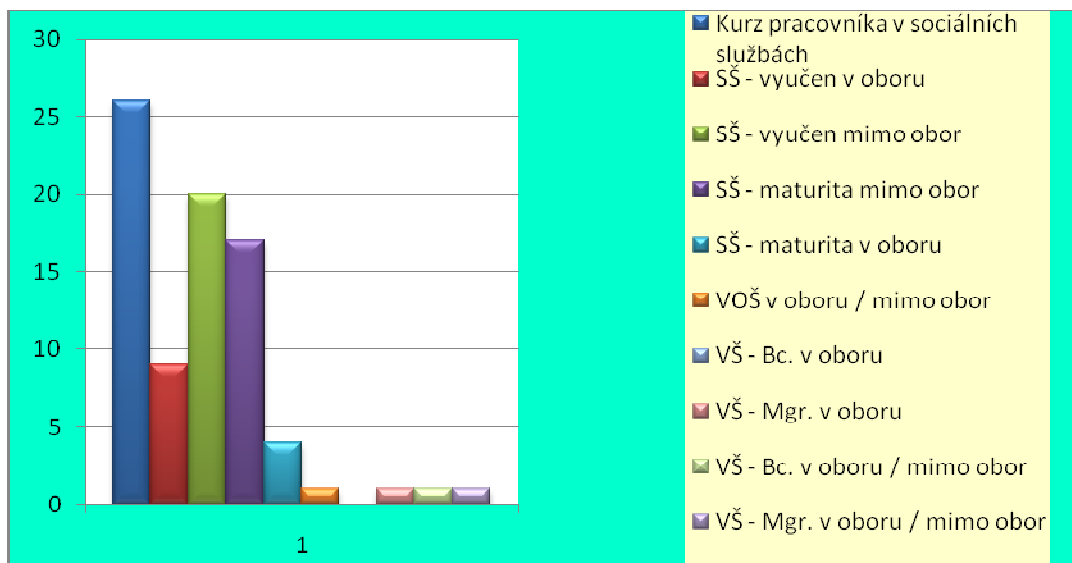
Samotný název profese pracovník v sociálních službách - pečovatel je v této bakalářské práci používán v mužském tvaru bez ohledu na to, zda povolání vykonává muž nebo žena, nebo na skutečnost, že pracovníci v sociálních službách jsou v České republice více ženy než muži. V domově pro seniory Věstonická Brno z dotazovaných pracovníků jsou převážně ženy. Muži v této profesi pracují velmi málo. Na službě zvláštní režim pracují dva muži a to jeden v přímé péči a jeden jako ergoterapeut. Jednou z možných příčin je nízké finanční ohodnocení a špatné společenské ohodnocení.

Z uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce pracovníků, 67,83% pracuje na pozici pracovník v sociálních službách - přímá péče. Jsou to pracovníci, kteří vykonávají přímou obslužnou péči, tzn., že pečují o tělesné i duševní pohodlí klientů.

Druhou nejpočetnější skupinou jsou zdravotní sestry, 17,29%. Do této kategorie lze zařadit i úsekové sestry, které jsou vedoucí svého oddělení a vždy musí být zdravotní sestrou. Tento personál zajišťuje zdravotnické výkony. Úseková sestra patří do středního managementu organizace. Snahou zřizovatelů sociálních služeb je zaměstnávat co nejméně zdravotních sester. Důvodem jsou vyšší mzdové náklady než u pečovatelů.

### OTÁZKA č. 3

#### Stupeň vzdělání



Stupeň vzdělání	počet odpovědí	
Kurz pracovníka v sociálních službách	26	
SŠ - vyučen v oboru	9	
SŠ - vyučen mimo obor	20	
SŠ - maturita mimo obor	17	
SŠ - maturita v oboru	4	
VOŠ v oboru / mimo obor	1	
VŠ - Bc. v oboru / mimo obor	0	1
VŠ - Mgr. v oboru / mimo obor	1	1

Z celkového počtu 51 pečovatелů má střední vzdělání (vyučen) 29 respondentů, tj. 56,80%, střední vzdělání s maturitou má 21 pečovatелů, tj. 41,16% a vysokoškolské vzdělání mají 3 pečovatелé, tj. 5,88%.

Pracovník v sociálních službách má více možností jak získat odpovídající vzdělání. Základní podmínkou je minimálně základní vzdělání a kurz pro pečovatele v délce 150 vyučovacíh hodin. Většina pečovatелů je vyučena v jiném oboru a v rámci rekvalifikace si udělala 150 hodinový kurz.

Pečovatel má možnost své odborné vzdělání získat v učební oboru - pečovatel, středoškolské vzdělání v oboru sociální a pečovatelské práce a vysokoškolské – speciální pedagog, sociální pedagog, psycholog. Vysokoškolsky vzdělaný pečovatel je převážně zařazen do skupiny PSS - nevyhovná pedagogická činnost (ergoterapeut).

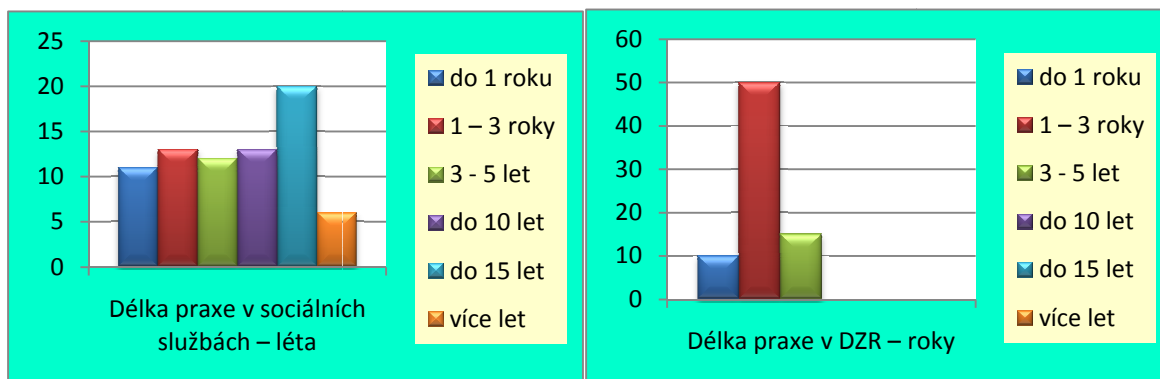
#### OTÁZKA č. 4

*Délka praxe v sociálních službách – roky*

*Délka praxe v v Domově se zvláštním režimem*

a)

b)



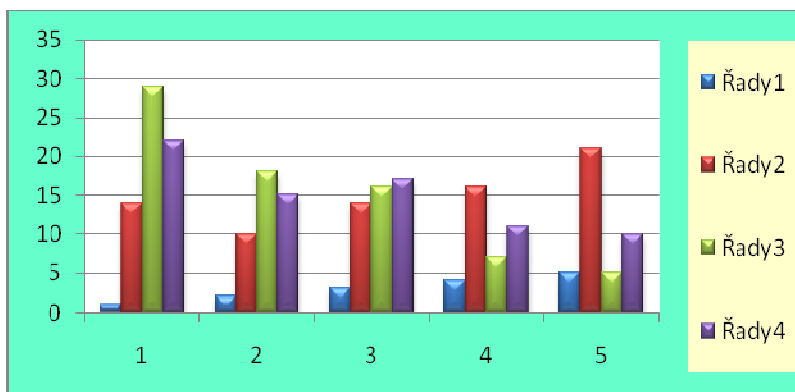
	Délka praxe	Počet odpovědí					
		do 1 roku	1 – 3 roky	3 - 5 let	do 10 let	do 15 let	více let
a)	Délka praxe v sociálních službách – léta	11	13	12	13	20	6
b)	Délka praxe v DZR – roky	10	50	15	0	0	0

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce respondentů má praxi v sociálních službách do 15 let, avšak na službě zvláštní režim pracuje nejvíce pracovníků v časovém úseku do tří let. Lze to zdůvodnit tím, že služba zvláštní režim je v soustavě sociálních služeb poskytována teprve od roku 2008 a je velmi fyzicky a psychicky náročná. Domov pro seniory Věstonická Brno má službu zvláštní režim zaregistrovanou od roku 2008.

## OTÁZKA č. 5

Uveďte, které stádium demence pocítujete pro svou práci jako psychickou zátěž? (oznámkuje je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující).

První stádium demence , Druhé stádium demence, Třetí stádium demence  
Proč Vámi vybrané stádium pocítujete jako psychickou zátěž?



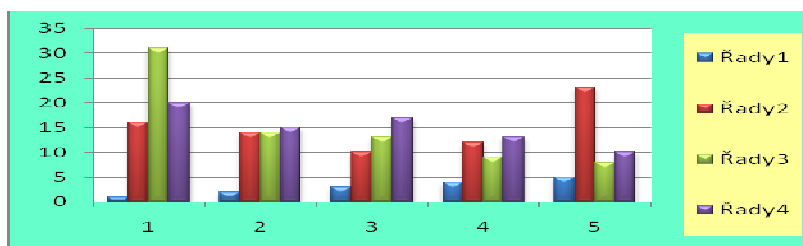
Stupeň demence	Počet odpovědí				
	Psychická zátěž 1-5 (1 = nejvíce zatěžující)				
	1	2	3	4	5
1. st.	14	10	14	16	21
2. st.	29	18	16	7	5
3. st.	22	15	17	11	10

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pečující jako stádium, které je nejvíce zatěžuje, pocítují stádium 2. a 3. Stádium první je naopak považováno, jako stádium, které pečovatele psychicky zatěžuje nejméně. Z odpovědí na doplňující otázku: „Proč Vámi vybrané stádium pocítujete jako psychickou zátěž“ vyplynulo, že stádium 2 je považováno za nejnáročnější a nejproblematičtější z důvodu neustálého opakování slov, dotazů a vět, které stejně nevedou k žádnému výsledku, klient stále nerozumí. Zatěžujícím problémem je nemožnost se s klienty domluvit. Není vidět žádné zlepšení, ba naopak, stav se neustále zhoršuje. Stupňuje se agrese a často není zřejmé, jak klient zareaguje. V prvním stádiu si pečující jsou vědomi toho, že si klient uvědomuje, že je nemocný (projevy i důsledky), setkávají se s jejich častými výkyvy nálad, objevuje se agrese. Třetí stádium se jeví problematické v tom, že verbální komunikace je převážně ze strany personálu, vysvětlování je k ničemu. Klienti jsou neklidní až agresivní nebo naprosto pasivní.

Objevilo se však také několik respondentů, podle kterých není žádné stádium psychicky více zatěžující. Všechna tři mají své problematické projevy a pečovatelé vyhodnocují, že je třeba být trpělivý.

## OTÁZKA č. 6

Uveďte, který typ poskytované péče (**Poradit - 1, Podpořit - 2, Provést - 3**) pocítujete pro svou práci jako psychickou zátěž? (oznámkuje je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující). Proč Vámi vybrané stádium pocítujete jako psychickou zátěž?



Typ péče	Počet odpovědí				
	Psychická zátěž 1-5 ( 1 = nejvíce zatěžující)				
	1	2	3	4	5
<b>Poradit</b>	16	14	10	12	23
<b>Podpořit</b>	31	14	13	9	8
<b>Provést</b>	20	15	17	13	10

Nejvíce psychicky zatěžující druh péče, kterou personál dává klientovi je podle výsledků dotazníkového šetření **„podpořit“**. Na doplňující otázku: „Proč Vámi vybrané stádium pocítujete jako psychickou zátěž?“ respondenti odpověděli, že „podpořit“ je psychicky náročné v tom, že klienta je třeba podpořit v jeho snaze o sebeobsluhu a samostatnost, avšak pečující je limitován časem a často by nejraději udělal činnost za klienta, ale to nemůže. Klienti také stále opakují stejné dotazy, něco chtějí, ale neví co, komunikace vážne, je zde rozpor v tom, co klient chce a co je v jeho zájmu. Dalším z důvodů zátěže z odpovědí respondentů vzešlo, že se v tomto typu péče prolínají oba další typy péče – někdy místo podpory stačí poradit a naopak někdy musí pečovatel už činnosti za klienta provést. Z pohledu poskytované péče se jeví nejvíce náročné nebot’ **„podpořit“** vyžaduje mnoho času a pracovník se ocitá ve stresu z nedostatku času.

V prvním stádiu, kdy druhem poskytované péče je **„poradit“** je nejnáročnější čelit změnám nálad u klientů. Dále bylo zjištěno, že pečujícím jako zatěžující připadá to, že se množí časté konflikty, které vychází z problematické komunikace. Klienti nevidí důvod, proč by jim měl někdo radit, mají stále pocit, že vše zvládají a je nedůstojné, že jim někdo radí a kontrolními otázkami zjišťuje, zda se opravdu najedli, oblékli atd. Pro klienta je obtížné si uvědomit, že již radu potřebuje, že je v některých záležitostech závislý na pomoci druhých.

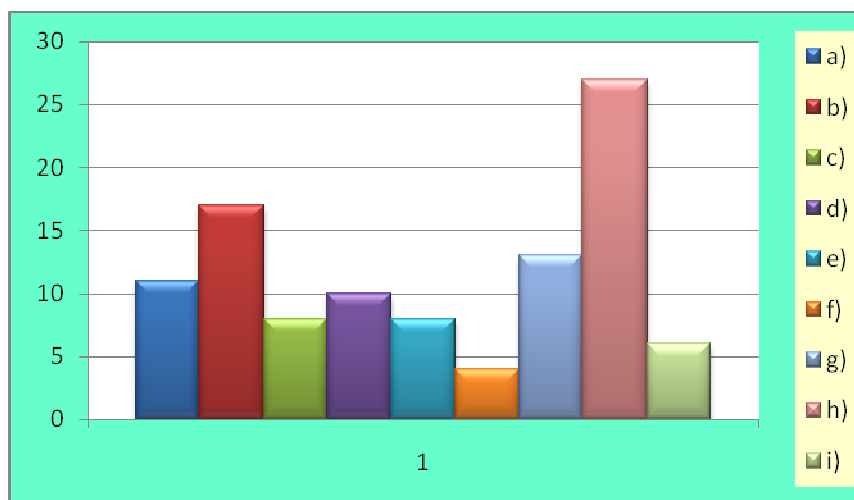
**„Provést“** se jeví jako druh péče, který je náročný fyzicky. Náročná je celková péče o klienta, každodenní stereotyp, lítost a bezmoc z toho, že nelze klientům pomoci.

Několik respondentů uvedlo, že nevidí jako zatěžující ani jeden ze způsobů péče.

Z otázky č. 5 a 6 lze vyvodit závěr, že jako nejnáročnější se jeví **druhé stádium demence** a druhem péče je typ „**podpořit**“. Lze z toho usuzovat, že psychicky zatěžující je pro personál druhé stádium, které je doprovázeno druhem péče podpořit. Náročné je z důvodu časového tlaku na pečujícího, kdy klientovi vše trvá dlouho, ale pečovatel ho nechává, aby činnost vykonal sám. Pro personál je psychicky zatěžující neustálé vysvětlování a odpovídání na stejné otázky, obtíže v komunikaci, zapomínání, dezorientace v čase a místě, kdy klient zabloudí na známém místě. S tím souvisí i poskytovaná péče, která je nejvíce zatěžující. Třetí stupeň je náročný tím, že péče se omezuje na „pomoc“ a pečovatel z velké části vykonává vše sám za klienta. Toto stádium klade na pečovatele i vysoké fyzické nároky. Psychická zátěž spočívá v tom, že pečující vidí úplný fyzický a duševní rozpad osobnosti, který směřuje ke smrti a pečovatel není schopen tento proces zvrátit.

## OTÁZKA č. 7

*Jak na Vás působí zhoršování stavu klienta v rámci projevů demence?*



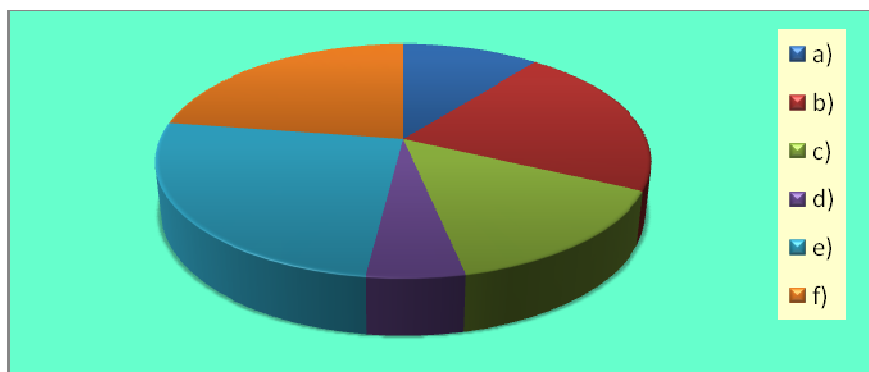
	Kategorie odpovědi - Pocity při zhoršení stavu klienta	Počet odpovědí
a)	lítost, smutek, bezmocnost	11
b)	zvýšená psychická zátěž, někdy depresivně, frustrace,	17
c)	nutná trpělivost, zachovat klid (empatie)	8
d)	vyčerpávající je stálé opakování, vysvětlování,	10
e)	je to vyčerpávající, únava	8
f)	vadí mi konflikty s nesoudnými příbuznými	4
g)	uvědomuji si, že nemoci ve stáří mají různé projevy	13
h)	nevadí mi to, vím, že to patří k nemoci, musím se s tím smířit	27
i)	nevadí mi to, protože práce s klienty s demencí mně naplňuje	6

Z výše uvedeného grafu, který vychází z dotazníkového šetření, vyplývá, že pečující vnímají nejčastěji zhoršení stavu klienta jako samozřejmost, která patří k jeho diagnóze. Druhým nejčastějším prožitkem je zvýšená psychická zátěž, někdy depresivnost a frustrace z toho, že nelze klientům pomoci. V doplňujících odpovědích se objevily názory, že se pečující dostává často do konfliktu, mezi tím, co je pro klienta dobré a vhodné a tím, co klient chce nebo nechce (koupat, jíst, vzít si léky). Pečovatel musí klienty neustále přemlouvat a to je vyčerpávající. Obtížné také je neustálé zjišťování, co klient zvládne a co již ne, protože schopnost sebeobsluhy se stále zhoršuje. U někoho rychleji a u někoho pomaleji, ale u všech klientů postižených demencí ke zhoršení vždy dojde. Frustrující také je, když si klient uvědomuje, že jeho schopnosti se vytrácejí a je obtížné s ním o tom komunikovat a nepociťovat lítost.



## OTÁZKA č. 8

*Jak na Vás působí zhoršování stavu klienta v rámci změn v poskytování péče?*

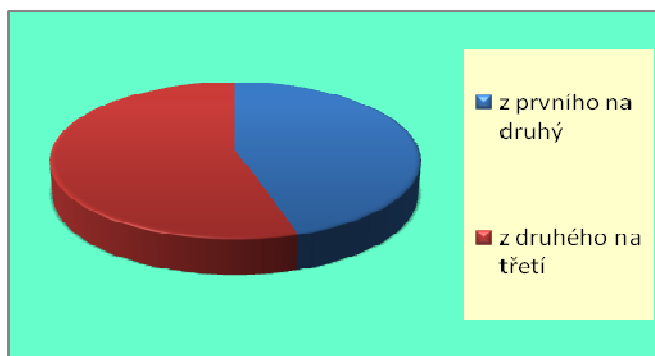


Číslo otázky	Kategorie odpovědi - Působení zhoršování stavu klienta	Počet odpovědí
a)	fyzicky náročnější	8
b)	psychický náročnější	16
c)	náročné po všech stránkách	11
d)	mohli by se více zapojit příbuzní	4
e)	v poskytování péče je to různé, někdy je toho hodně a jsem ve stresu, jindy je to v poklidu	19
f)	nevadí mi to, patří to k nemoci a zvláštnímu režimu	17

Respondenti v této otázce jako nejčtenější odpovědi uvedli pocity, že se zhoršením stavu klienta a změnou péče jsou smíření, k demenci zhoršení patří, někdy je práce více, někdy jsou ve stresu, jindy je práce poklidná. Někteří respondenti rozvedli odpovědi o doplnění, ve kterých uvádí, že prožívají zhoršení stavu klienta a změnu péče špatně, obzvláště pokud je zhoršení náhlé a rychlé. Také pociťují, že klient má nepříjemný pocit, protože některou činnost již nevykonává sám, ale musí mu někdo pomoci nebo ji za něj vykonat. Jiní pečovatelé hledají takové aktivity, které ještě klient zvládne, chválí ho a podporují a tím ho odvádějí od smutných úvah a pocitů závislosti. Nejméně frekventovaná odpověď byla „d) mohli by se více zapojit příbuzní“. Převážná část práce je na zaměstnancích a spolupráce na péči s příbuznými je velmi individuální.

## OTÁZKA č. 9

*Které zhoršení v rámci stadia demence je pro Vás více zatěžující a proč – z prvního stadia na druhé, nebo z druhého stadia na třetí?*



Zhoršení mezi stádii	celkem	%
z prvního na druhý	33	44,8
z druhého na třetí	40	54,76

Jako více zatěžující se jeví změna ze **stádia 2. na stádium 3.** Rozdíl mezi dvěma přechody ve stádiích je 7 odpovědí. Lze říci, že rozdíl mezi přechody mezi jednotlivými stádii nepovažují zaměstnanci jako příliš odlišné.

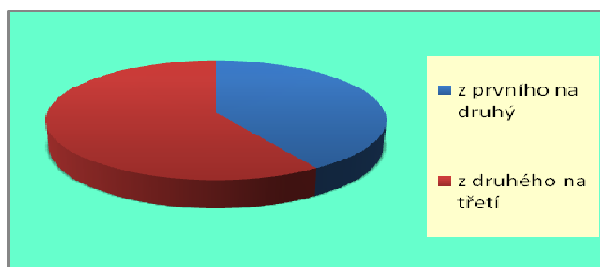
U varianty v přechodu mezi 1. a 2. stádium se objevují jako důvody např., že trpí nejvíce rodina, klient vyžaduje hodně trpělivosti, klient si uvědomuje, že jeho stav se zhoršuje. Časté jsou také změny nálad, které toto přechodové období doprovází. Dochází k tak výrazným změnám, že se pečující zdá, že před nimi stojí zcela jiný člověk (klient).

Přechod z 2. na 3. stádium je doplněn o poznámky, které se zabývají tím, že se péče stále točí dokola (opakování komunikace, činností), rapidně se zhoršuje soběstačnost, kdy si klient nepamatuje základní úkony, pojmy a nepoznává blízké. Nároky na personál se zvyšují, již nestačí klientovi jen poradit, pečující mu musí pomoci, podpořit v sebeobsluze anebo činnost za něj vykonat. A na to vše má velmi málo času. Odpovědi v této otázce potvrzují výsledky z otázky č. 5, kdy nejvíce zatěžujícím stádium je stádium druhé a třetí.

Dva respondenti uvedli, že pro ně není rozdíl v přechodu mezi jednotlivými stádii.

## OTÁZKA č. 10

*Které zhoršení v rámci typu poskytované péče je pro Vás více zatěžující a proč – z prvního stadia na druhé, nebo z druhého stadia na třetí?*



Zhoršení mezi stádii	celkem	%
z prvního na druhý	30	41,7
z druhého na třetí	43	44,69

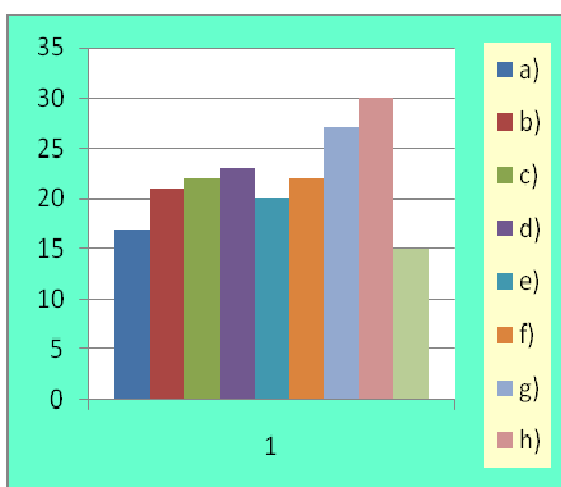
Jako více zatěžující zhoršení z **2. na 3. stádium** ve způsobu poskytované péče vnímá 43 z oslovených respondentů. Je to tedy o 13 respondentů více, než těch, kteří vnímají jako zatěžující ve způsobu poskytované péče zhoršení ze stádia 1. na stádium 2. Jako důvod bylo uvedeno, že ze stádia 1. na stádium 2. dochází ke změně přístupu pečujících, kdy již rada nestačí, je třeba klienta podpořit. Pečující potřebuje trpělivost, empatii, neboť neustále vysvětluje a opakuje ty stejné informace. Pokud chtějí pečující udržet klienta co nejdéle soběstačného, je potřeba mnoho času a trpělivost. Mezi těmito dvěma stádii je vidět velký propad v duševním i fyzickém rozsahu klientů. Odpověď se shoduje s odpovědí na otázku č. 6. Přechod v péči mezi **2. a 3. stádiem** hodnotí pečující jako problematický v tom, že vyžaduje od pečujícího větší fyzické a psychické nasazení. Zjistit klientovy potřeby a přání je často náročné. Pečující vkládají více své energie, avšak efekt je někdy nulový.

Odpovědi v této otázce, se shodují v odpovědích v otázce č. 9, která také hodnotí dopad na pečovatele v porovnání dvou přechodů mezi stádii demence. Z obou těchto otázek vyplývá, že druh péče a dopad na psychiku pečujících je daleko vyšší v přechodu mezi **2. a 3. stádiem**, kdy péče o klienta narůstá, sebeobsluha klienta je v podstatě nulová a pečující se stará o člověka, který je v naprostém psychickém a fyzickém úpadku vlastní osoby. Mluvíme o období, kdy se existence člověka omezuje na příjem a výdej stravy a základním úkolem pečujících je zabezpečit klientovi pocit bezpečí, základních životních potřeb a doprovázet ho důstojně k zániku jeho existence, smrti.

## OTÁZKA č. 11

Který z projevů u klientů trpící demencí je pro Vás nejvíce zatěžující? (Vyberte ty, které Vás nejvíce zatěžují a označte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující).

- stále opakování stejných slov, stejných otázek
- poruchy komunikace – klient vůbec nemluví
- kutilství
- bloudění, potřeba někam odejít
- změny nálad
- verbální agresivita
- fyzická agresivita
- zapomínání naučených činností v soběstačnosti

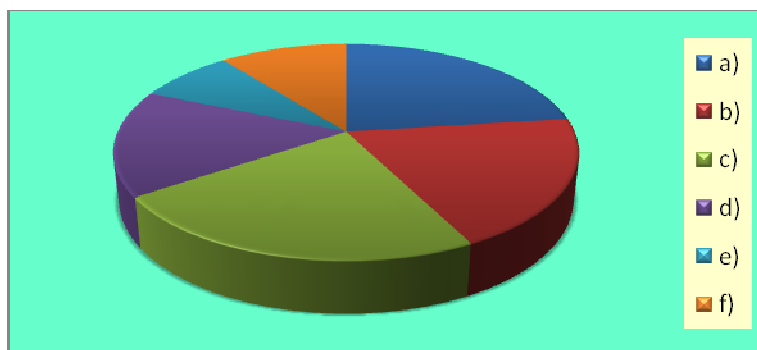


Projevy u klientů	Psychická zátěž 1-5 (1 = nejvíce zatěžující)				
	1	2	3	4	5
a)	17	10	19	14	14
b)	21	15	16	11	11
c)	22	13	12	13	14
d)	23	14	14	11	12
e)	20	13	21	10	10
f)	22	14	13	12	13
g)	27	16	14	8	9
h)	30	17	12	7	8

Z výše uvedené nabídky, vybrali respondenti jako nejvíce psychicky zatěžující fyzickou agresivitu a verbální agresivitu (viz s 19 Agresivní chování). Je pochopitelné, že tyto dvě varianty vyžadují nejvíce duševních a fyzických sil. Pracovník musí oba dva způsoby agresivity zvládnout tak, aby neublížil klientovi, ostatním klientům a aby neublížili sobě. Verbální agresivita ze strany klient je problematická v tom, že pečující musí reagovat adekvátně, nenechat se „vyprovokovat“ a zároveň v sobě samém se vyrovnat s tím, že mu někdo nadává a je na něj sprostý. U klientů s demencí nelze očekávat regulaci projevů, klient ve své nemoci není schopen svůj projev regulovat a velmi často je jeho verbální projev velmi krutý k pečujícím. Zvládnout takovéto projevy je obtížné a pracovník musí být „obrněn“ aby tyto ataky zvládl. Nutné je uvědomit si, že agrese není namířena osobně proti pečujícímu, ale může být projevem neschopnosti se vyjádřit anebo klient pociťuje úzkost. Ostatní projevy demence jsou hodnoceny také ve škále zátěže na vysoké úrovni v tlaku na pečující. Jako nejméně zatěžující je vyhodnocena varianta zapomínání naučených činností v soběstačnosti. To pokládají pečující za součást onemocnění a jsou s tím smířeni.

## OTÁZKA č. 12

*Jaké jsou vaše pocity při Vámi vybraných projevech?*



	Kategorie odpovědí Pocity při projevech	Počet odpovědí	%
a)	snaha pomoci	26	23
b)	trpělivost	22	19
c)	lítost	26	23
d)	psychická únava	18	16
e)	strach při agresivitě klientů	9	8
f)	někdy nevím, jak se zachovat	12	11

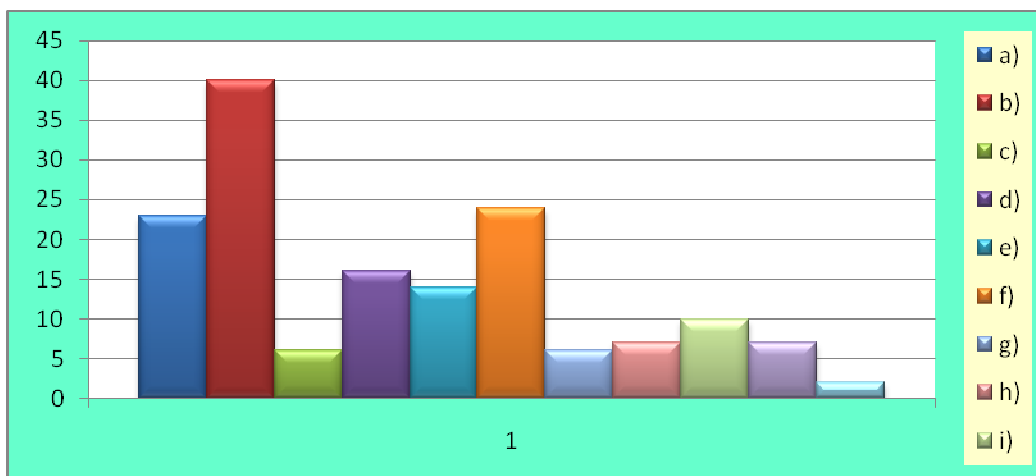
V této otázce respondenti uvedli, že nejčastěji pociťují lítost a snahu pomoci. V otázce číslo 11 jako nejvíce zatěžující projevy byly uvedeny fyzická a verbální agrese. Tyto projevy jsou ze strany pečujících vnímány jako projevy, které vyvolávají lítost a snahu pomoci. Je pochopitelné, že personál si uvědomuje, že klient není schopen své emoce a projevy kontrolovat a lze konstatovat, že v 99% by klienti agresí nereagovali, kdyby nebyli postiženi touto chorobou. Pečující pociťuje lítost nad tím, jak hluboce může ve svém chování člověk klesnout, ale také nad tím, že jeho péče, která je velmi zatěžující, není hodnocena jako dobrá, ale jako něco, co způsobuje agresi. Pracovat s někým, kdo vám neprojeví vděk nebo poděkování, ale je schopen vás fyzicky nebo verbálně napadnout, je psychicky zatěžující. Správná psychohygiena pečujících, je jedinou možností, jak v důsledku těchto projevů nedojít k syndromu vyhoření.

K těmto odpovědím se úzce váže varianta, která byla zmiňována na třetím místě a to je trpělivost. Bez trpělivosti a psychohygieny nelze v pomáhajících profesích pracovat.

K této otázce respondenti volně doplnili, že mají obavy, že je klienti napadnou a zraní sebe nebo pečující. Lítost také probouzí fakt, že klient ztrácí veškerou svou důstojnost a je obtížné udržet si ke klientovi úctu.

### OTÁZKA č. 13

*Jaký druh práce (např. koupání, krmení, prohlížení fotek, vzpomínání, vysvětlování...) je Váš oblíbený v práci s lidmi trpící demencí?*

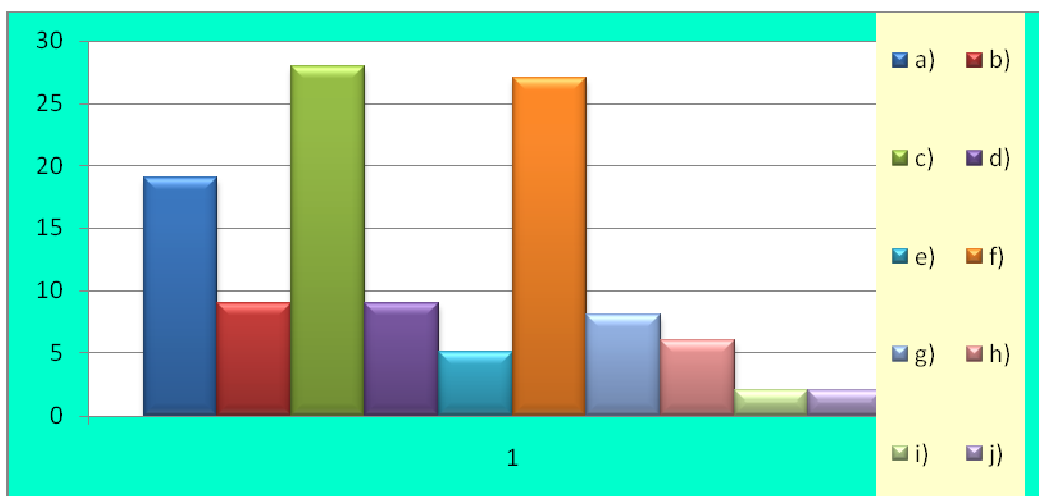


	Kategorie odpovědí - Druhy práce	Počet odpovědí
a)	prohlížení fotografií (klient projevuje emoce)	23
b)	vzpomínání na minulost	40
c)	zpívání s klienty	6
d)	povídání si o čemkoliv	16
e)	procházky do zahrady	14
f)	kulturní akce (hody, silvestr, cimbál, opékání buřtů, staré filmy)	24
g)	četba	6
h)	koupání (často si u něho i povídáme) – je za mnou vidět výsledek	7
i)	jakákoliv aktivitu dělám ráda	10
j)	krmení, u kterého si mohu povykládat, je u toho čas a klid	7
k)	když je můžu obejmout	2

Respondenti uvedli, že jejich oblíbenou prací je vzpomínání na minulost s klienty. Vzpomínání se využívá v reminiscenční terapii (viz kapitola 3.3). Dále pečující uvádějí, že rádi s klienty prohlížejí fotografie a doprovází je na kulturní akce. Nejméně oblíbenou činností je krmení, zpívání a četba s klienty. Čtyři respondenti uvedli v dotazníku, že nemají žádnou výrazně oblíbenou činnost a vše dělají bez negativních pocitů. Z uvedeného grafu vyplývá, že pečovatelé rádi dělají práci, kdy pomocí komunikace dávají klientovi pocity důvěry a bezpečí a mohou s klientem navázat lepší spolupráci. Pečovatelé si u těchto činností i „odpočinou“, protože tuto činnost klient nemusí, ale jen může, a tím se cítí lépe.

## OTÁZKA č. 14

*Jaký druh práce je pro Vás v práci s lidmi trpící demencí nejméně příjemný?*



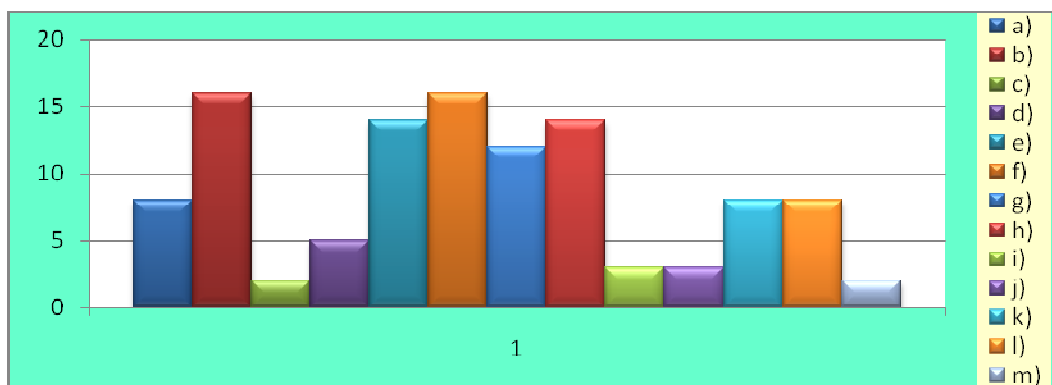
	Kategorie odpovědí - Druh práce	Počet odpovědí
a)	nevadí mi nic	19
b)	manipulace a polohování s těžce imobilním klientem – fyzická námaha	9
c)	opakování a vysvětlování stejných věcí	28
d)	koupání (agrese, na lůžku)	9
e)	krmení	5
f)	hygiena přebalování,( stolice,zvratky)	27
g)	administrativa	8
h)	agresivita při úpravě i při jiných činnostech	6
i)	péče o umřajícího	2
j)	dohady s příbuznými	2

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejméně příjemná práce je opakování a vysvětlování stejných věcí a hygieny přebalování. Tyto odpovědi souvisí s otázkami č. 5. a 6., které jednoznačně uvádí, že stádium druhé, je nejvíce zatěžující. U tohoto stádia demence pečující musí často opakovat a vysvětlovat stejné věci, a protože klient již není často schopen udržovat základní hygienické návyky, pečující musí vykonávat i tuto péči. Péče o hygienu je provázena ze strany klienta nelibostí a někdy i odporem a agresí.

Pečující volně do dotazníků uvedli, že jim vadí to, že klienti si nepamatují, že jedli a hádají se s nimi, protože mají hlad. Jedním z průvodních jevů demence je i „vlčí hlad“, kdy lidský metabolismus pracuje zrychleně a v kombinaci se zapomínáním vede často tento projev k tomu, že klienti obviňují pečující, že jim nedají najíst. Tuto informaci předávají svým příbuzným, kteří nevědí, že senior zapomíná a hlad má stále a „problém“ je na světě. Ostatní činnosti, které se týkají péče o klienty s demencí, jsou přijímány dle výsledků dotazníkového šetření jako běžná součást práce.

## OTÁZKA č. 15

Co je podle Vašeho názoru na Vaší práci obtížné?



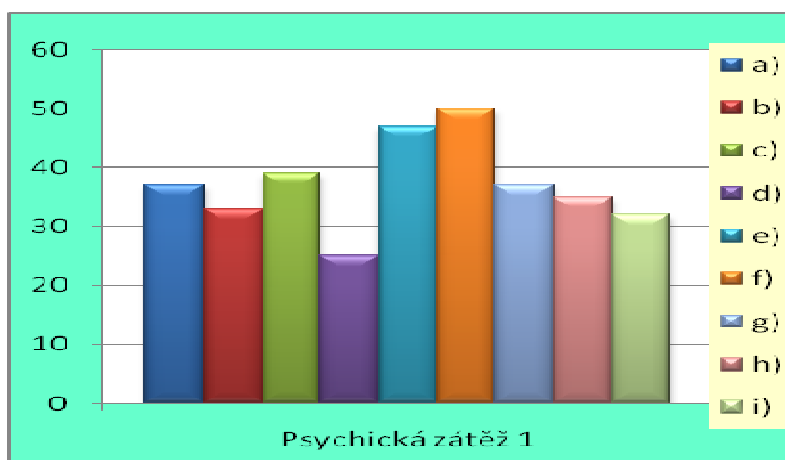
	Kategorie odpovědí – Obtížné činnosti	Počet odpovědí
a)	nespolupráce, odmítání	8
b)	moc práce, málo personálu	16
c)	celková bezmocnost	2
d)	někdy je to až nedůstojné pro člověka	5
e)	manipulace s těžkými klienty (fyzická zátěž)	14
f)	umění diplomaticky komunikovat	16
g)	psychická zátěž	12
h)	neustálé opakování	14
i)	zhoršování stavu	3
j)	všechno	3
k)	administrativa	8
l)	nevím, co opravdu člověk cítí, můžu to jen vypořádat a domnívat se	8
m)	nevadí mi nic, patří to k této práci	2

Respondenti považují za nejobtížnější ve své práci umění diplomaticky komunikovat a fakt, že na mnoho práce je málo personálu. Tyto odpovědi lze provázat s otázkou předchozí (č. 14), ze které vyplynulo, že nejméně příjemnou prací je neustálé opakování toho, co klient má udělat a odpovědi na jeho stále stejné otázky. Pečující ve svých odpovědích nesmí dát najevo to, že má málo času. Neustálé opakování toho stejného ho unavuje (viz kapitola 4.1 Vliv klienta). Klient ze zaměstnance také nesmí mít pocit, že pečujícímu „leze na nervy“ neustálé opakování a že klient „neustále otravuje s tím samým“. Odpověď, která zmiňuje nedostatek personálu (času) na mnoho práce úzce souvisí s kapitolou 4.3 Vliv organizace práce zařízení. Respondenti uvedli jako doplnění odpovědí, že důležité je mít rád svoji práci, pochopit, že požadavky klientů jsou pro ně samotné důležité a oprávněné. Problémem jsou někdy i nesoudní příbuzní (viz kapitola 4.2 Vliv rodiny). Tato práce je celkově obtížná, vyžaduje pevné nervy, velkou trpělivost, dobrou fyzickou kondici a dostatek času na individuální přístup ke klientům.



## OTÁZKA č. 16

Které vlastnosti pečovatele jsou podle Vás v práci s lidmi s demencí nejdůležitější?  
(Vyberte 5 vlastností a označte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejdůležitější.)



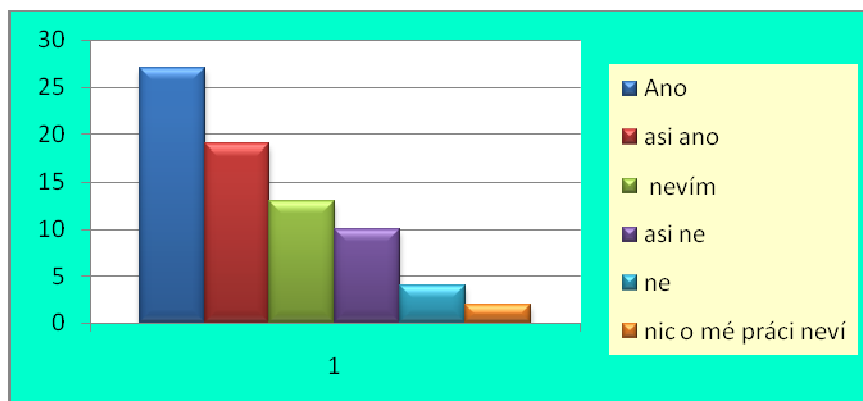
	Vlastnosti pečovatele	Psychická zátěž 1-5 (1 = nejvíce důležitější)				
		1	2	3	4	5
a)	odpovědnost	37	12	10	9	7
b)	spolehlivost	33	12	12	11	7
c)	sebeovládání	39	11	11	8	6
d)	samostatnost	25	17	14	9	10
e)	schopnost empatie	47	10	7	8	3
f)	trpělivost	50	9	8	5	3
g)	komunikativnost	37	14	11	7	6
h)	úsměvnost	35	13	9	9	9
i)	optimismus	32	11	11	10	11

Respondenti uvedli, že nejdůležitější vlastností pečujícího v práci s klienty s demencí je trpělivost a schopnost empatie (viz kapitola 4.5 Vliv pečovatele). Pečující stále opakují stejné odpovědi na stejné otázky klientů. Připomínají klientům stále dokola některé činnosti, které mají vykonat. Jako další důležité vlastnosti jsou sebeovládání a odpovědnost. I tyto vlastnosti souvisí se stereotypem stálého odpovídání na otázky klientů a v opakování činností, které si klienti nepamatují a které mají vykonat (najíst se, převléci se, kolik je hodin, kdy přijde dcera atd.).

## OTÁZKA č. 17

*Myslíte si, že si okolí (příbuzní, přátelé, známí) cení Vaši práce?*

Ano      asi ano      neví      asi ne      ne      nic o mé práci neví



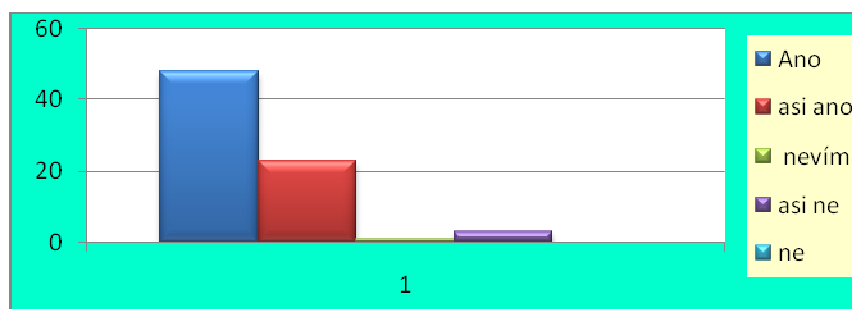
	Ano	asi ano	nevím	asi ne	ne	nic o mé práci neví
<b>Počet odpovědí</b>	27	19	13	10	4	2
<b>%</b>	35,91%	25,27%	17,29%	13,3%	5,32%	2,66%

Jak je vidět na výše uvedeném grafu z odpovědi respondentů vyplynulo, že příbuzní a přátelé pečovatelů si cení práce pečujících. Dobré zázemí a pochopení pro práci lidí, kteří pečují o klienty s demencí, je velmi důležité. Pečujícím dobré zázemí a pochopení poskytuje duševní odpočinek, který je také dobrou prevencí syndromu vyhoření. Pochopení a ocenění ze strany lidí, kteří jsou pečujícím nablízku, částečně nahrazují ocenění, které se lidem, kteří pečují o nemocné, někdy nedostává ze strany opatrovávaných a ostatní společnosti.

## OTÁZKA č. 18

*Domníváte se, že je Vaše práce smysluplná?*

Ano                                      někdy ano                                      nevím                                      ani ne                                      ne



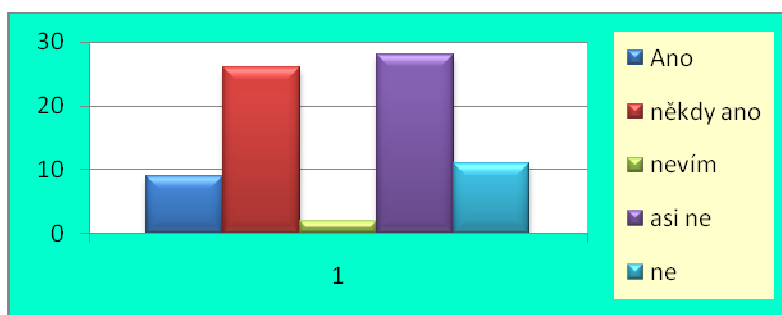
	Ano	asi ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	48	23	1	3	0
<b>%</b>	63,84%	30,59%	1,33%	3,99%	0%

Dle respondentů odpovídajících na tuto otázku je jejich práce smysluplná. Člověk, který si nemyslí, že je jeho práce smysluplná, by ji neměl vykonávat. To se týká každé práce a obzvláště práce, jejíž úloha je péče o nemocné, staré a ve většině své sebeobsluhy závislé seniory. Pokud začne práce ztrácet smysl, směřuje pracovník duševně k syndromu vyhoření. Takový zaměstnanec pak narušuje svým přístupem sehraný tým pracovníků na pracovišti a také klientům jeho přístup k práci neprospívá. Mnoho klientů dokáže vycítit, že pečující není v dobré náladě, něco ho trápí a práce ho nebaví. Neklid z pracovníka se přenáší i na klienty trpící demencí. Senioři, kteří trpí demencí, potřebují kolem sebe klid, stereotypní rozvržení dne (činnosti na sebe navazují), stejné prostředí a tváře. Jakékoliv narušení se odráží v jejich stavu např. psychomotorickým neklidem. Cílem každé péče je duševně a psychicky stabilizovaný člověk, o kterého se pečuje. Pracovník, který má pocit, že jeho práce je potřebná a má nějaký výsledek, má dobrý vliv na klienta. Výsledkem může být i tak nepatrná věc, jakou je úsměv klienta.

## OTÁZKA č. 19

*Chybí Vám při práci s klienty trpící demencí pocit perspektivy uzdravení?*

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne



	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	9	26	2	28	11
<b>%</b>	11,97%	34,58%	2,66%	37,24%	14,63%

Odpovědi na tuto otázku se v četnosti ocitly v protikladu. Z dotazníkového šetření ve škále odpovědí „ano“ odpovědělo 46, 55% respondentů, ve škále „ne“ 51,87 % respondentů.

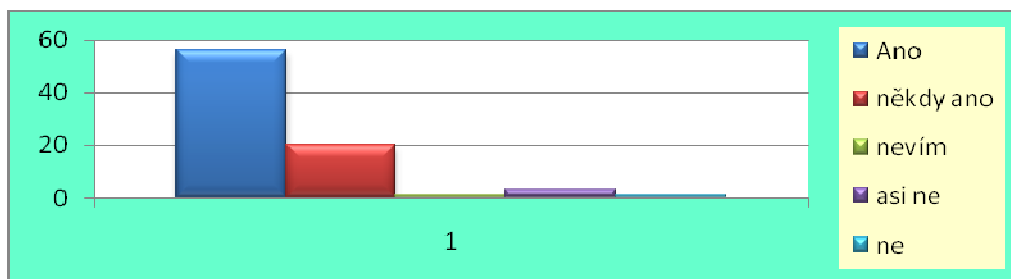
Podrobnějším studiem výsledků však nevyplývalo, zda se tyto dvě protichůdné skupiny odpovědí v něčem shodují (např. věk nebo vzdělání respondentů). Tyto protichůdné výsledky musíme tedy zdůvodnit jedině tím, že respondenti odpovídali dle svého individuálního a momentálního pocitu. Odpovědi na tuto otázku by bylo vhodné do diplomové práce doplnit o rozhovor anebo celé šetření zopakovat a výsledek v časovém rozmezí porovnat.

V otázce č. 26 odpovídající uvádějí, že pokud by nebyli smířeni s tím, že perspektiva uzdravení je nulová, nebudou schopni klientům poskytovat péči.

## OTÁZKA č. 20

Vnímáte, že práce s klienty trpící demencí je psychicky náročná?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne



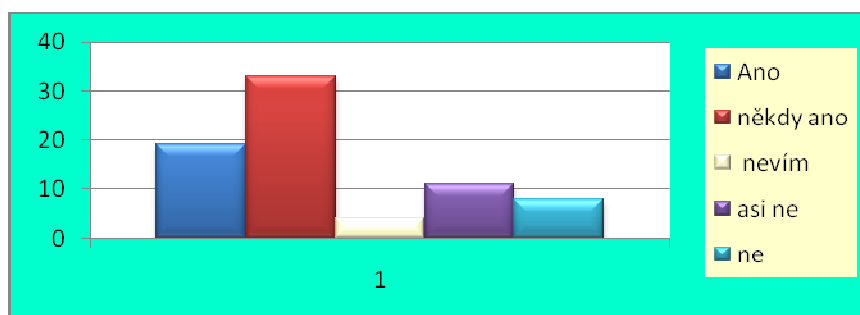
	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	56	20	1	3	1
<b>%</b>	74,48%	26,6%	1,33%	3,99%	1,33%

V této otázce respondenti uvedli, že práce s lidmi, kteří trpí demencí je velmi náročná. Jak je ukázáno na následující otázce č. 21, měli pečující pocit, že své psychické meze překročili. Z toho lze vyvodit, že tato práce je psychicky zatěžující. Několik respondentů uvedlo, že náročnost také spočívá v tom, že pečující musí být stále „ve střehu“, neboť klienti se neustále ptají a dožadují pozornosti. Psychicky náročné je i stále přehodnocování stavu klienta s ohledem na péči, kterou mu musí pečovatel poskytnout. Zdravotní a psychický stav klienta se stále, a někdy rapidně, mění k horšímu, a smířit se s tím, je pro pečujícího obtížné a duševně vyčerpávající. Odpovědi na otázku 20 a 21 nám ukazují, že pečující pocitují psychickou zátěž a tento výsledek je odpovědí na jeden z cílů práce.

## OTÁZKA č. 21

*Měli jste někdy pocit, že jste překročili své psychické síly?*

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne



	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	19	33	4	11	8
<b>%</b>	25,27%	43,89%	5,32%	14,63%	10,64%

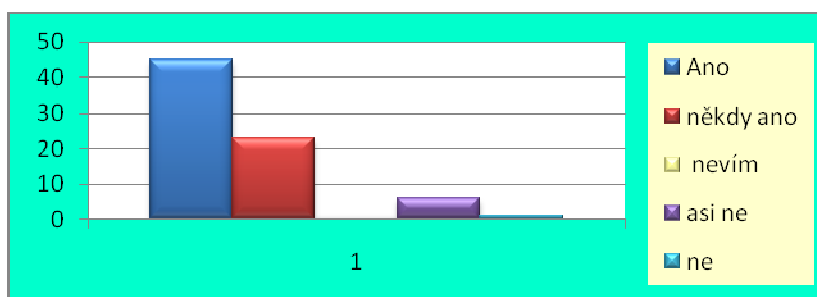
Z dotazníků v této otázce vyplynulo, že někdy jsou pečující na pokraji svých sil. Pocit vyčerpání může souviset s tlakem, který na pečující je. Jak uvedli respondenti v předchozí otázce, je práce se seniory s demencí psychicky náročná. Pracovníci v krátkém časovém úseku musí poskytnout co nejkvalitnější a individuální péči lidem, se kterými je obtížné se domluvit a jejich kladná zpětná vazba je problematická. Na pečovatele jsou někdy od příbuzných a někdy také od vedení kladeny velké nároky, které vyvolávají negativní pocity a pocity nezvládnutelnosti.

Občas se stane, že se negativní emoce nahromadí a pak mají pečující pocit, že jsou na konci svých duševních sil. Vhodná duševní hygiena, dobré a klidné rodinné prostředí a možnost odpočinku jsou jediným vhodným řešením v předcházení syndromu vyhoření, který z přemíry tlaku na psychiku pečujících může vzniknout.

## OTÁZKA č. 22

Vnímáte, že práce s klienty trpící demencí je fyzicky náročná?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne



	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
Počet odpovědí	45	23	1	6	1
%	59,58%	30,59%	1,33%	7,98%	1,33%

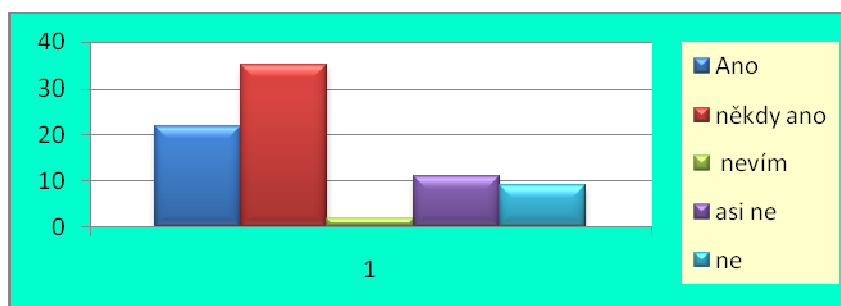
Z výzkumu vyplynulo, že péče o klienty s demencí je vnímána jako fyzicky náročná. Když si uvědomíme, že klienti, kteří trpí demencí, nejsou schopni o sebe pečovat a téměř vše musí udělat pečující, jeví se výsledek logický. Pokud pečující klienta přebalí, obleče ho do čistého oblečení a během hodiny, musí tuto činnost zopakovat a tvářit se příjemně, je to fyzicky náročné, stejně tak i psychicky. Někteří klienti se různým úkonům brání a tak s nimi vede pečující často „boj“. Manipulace s některými klienty, kteří jsou obézní a představa, že pečující na své směně během dvanácti hodin nachodí mnoho kilometrů, vede k pocitu fyzického vyčerpání. Z doplňujících odpovědí vyplynulo, že při kratších, osmihodinových směnách někteří pečovatelé vnímají menší fyzickou zátěž, ale z důvodu kratších směn jim vychází více dnů, které stráví v práci a tento fakt vnímají jako celkovou zátěž. Důvodem je zejména to, že mají málo času na regeneraci a na rodinu.

Stejně tak jako u předchozí otázky je jediným řešením dobrá prevence (dobrá fyzická kondice, aktivní a pasivní odpočinek, vhodná strava, duševní hygiena). Mnoho pomůcek při manipulaci s klienty napomáhá odlehčení námahy, kterou mohou pečující pociťovat. K tomu jsou však zapotřebí finanční prostředky a vhodné sestavení priorit, které si organizace ustanoví.

### OTÁZKA č. 23

Měli jste někdy pocit, že jste překročili své fyzické síly?

Ano                                      někdy ano                                      nevím                                      ani ne



	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	22	35	2	11	9
<b>%</b>	29,26%	46,55%	2,66%	14,63%	11,97%

Pečující uvedli, že měli pocit, že jsou na pokraji svých fyzických sil. Když porovnáme odpovědi v předchozí otázce č. 22 s touto otázkou, vyplyne nám, že časový tlak a náročnost práce může vyústit v pocit fyzického vyčerpání. Záleží na pečujících a jejich osobnosti, jak se tímto pocitem vyrovnají (viz otázky následující). I pro tuto otázku platí, že vhodné předcházení pocitům vyčerpání a vhodné vybavení zařízení může předcházet vyčerpání pečujících.

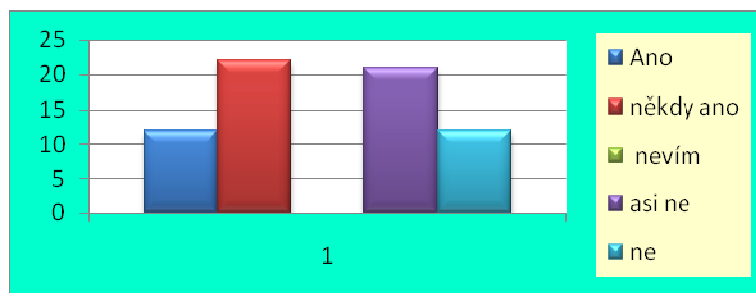
V DS Věstonická Brno nejsou klienti na odděleních rozdělení podle stupně demence a typu poskytované péče. Jsou proto období, kdy pečovatelé mají na starosti větší počet klientů ve 3. stádiu a i v terminálním stavu. Jsou však také období, kdy je větší část klientů v prvním stádiu a z toho plyne, že je navýšený počet situací které k tomuto stádiu patří (viz kapitola č. 2 Stádia demence a viz tabulka příloha č. 1 a 2 Barthelův index a Mini-Mental State Examination – výsledky testů dle oddělení).



## OTÁZKA č. 24

Máte pocit, že je Vaše práce stereotypní?

Ano                      někdy ano                      nevím                      asi ne                      ne



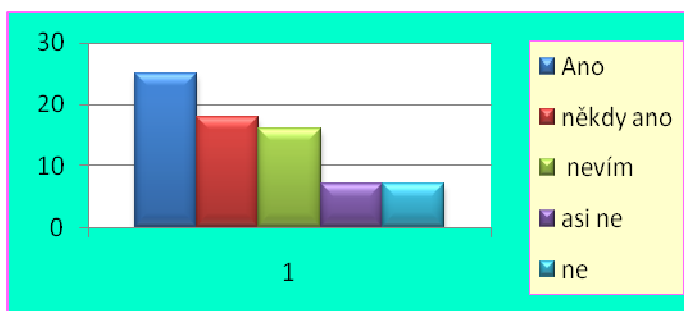
	Ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	12	22	0	21	12
<b>%</b>	15,96%	29,26%	0%	27,93%	15,96%

I v této otázce, stejně jako v otázce č. 19, vplynuly z odpovědí dvě protichůdné skupiny. Jedna skupina považuje práci za „stereotypní“ nebo „spíše stereotypní“ (34 respondentů) a druhá skupina za „nestereotypní“ nebo „ani ne stereotypní“ (33 respondentů). I zde nelze z podrobnějšího výzkumu respondentů (věk, vzdělání atd.) přesvědčivě najít shodné další znaky. I tato otázka by byla vhodná k dalšímu podrobnějšímu rozpracování, ke kterému by mělo dojít v diplomové práci. Lze však říci, že odpovědi dvou takto protichůdných skupin jsou zajímavé i s ohledem na to, že nikdo s respondentů nezvolil středovou variantu, tedy odpověď nevím.

## OTÁZKA č. 25

Vnímáte prostředí DS Věstonická pro Vaši práci s klienty trpící demencí vhodné v rámci Vaší psychické pohody?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne

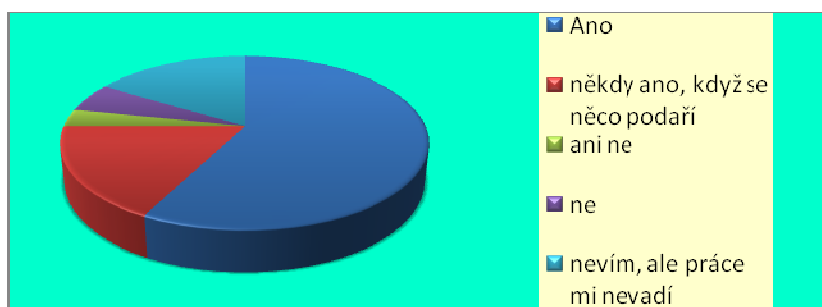


	ano	někdy ano	nevím	asi ne	ne
<b>Počet odpovědí</b>	25	18	16	7	7
<b>%</b>	33,25 %	23,94 %	21,28 %	9,31 %	9,31 %

Vhodné prostředí pro práci s klienty je považováno za důležité a respondenti dotazníkového šetření uvedli, že v domově pro seniory Věstonická Brno, takové prostředí je (jak je zmíněno v kapitolách 4.4 Vliv organizace práce 4.5 Vliv pečovatele 3.3 Metody práce). V těchto kapitolách je podrobně rozvedeno, jaký vliv má prostředí jak na klienty tak na pečující. Odpovědi v tomto dotazníkovém šetření potvrdily to, co je v těchto dvou kapitolách uvedeno. Pokud je prostředí, ve kterém pečující pracuje adekvátní, tedy kvalitní pomůcky, spolupracovníci, kultura prostředí, finanční zázemí a vhodné vedení instituce, je možno kvalitně pečovat o klienty. Pokud je pečující personál spokojen s prostředím, může odvádět kvalitní péči o seniory a naplňovat tak cíle a poslání sociálního zařízení.

## OTÁZKA č. 26

*Máte pocit, že vaše práce Vás duševně obohacuje?*

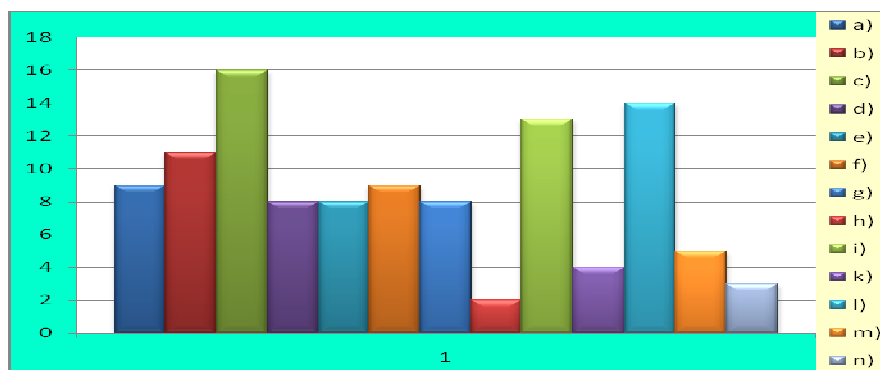


Kategorie odpovědí	počet odpovědí	%
Ano	53	58
někdy ano, když se něco podaří	16	17
ani ne	3	3
nevím, ale práce mi nevadí	15	16
ne	5	5

Dotazovaní uvedli v této otázce, že je práce s klienty s demencí obohacuje. Svě odpovědi doplnili o různé poznatky. Pečujícího obohacuje to, že může někomu pomáhat a práce ho baví. Pečující chtějí, aby se klienti cítili v zařízení sociálních služeb jako doma, což je i posláním domova se zvláštním režimem Věstonická Brno. Péče o lidi s demencí obohacuje pečujícího o pocit, že když někdo v rodině nebo známý bude trpět demencí, bude pečující schopen se o něj postarat a poradit. Objevila se i odpověď „člověk jinak vnímá důležitost životních hodnot, některé věci přehodnotí“. Pečující také uvádějí, že pokud jsou smířeni s tím, že u uživatelů není perspektiva uzdravení, mohou tuto práci vykonávat lépe.

## OTÁZKA č. 27

*Jak se vyrovnáváte s negativními pocity z práce s klienty trpícími demencí?*

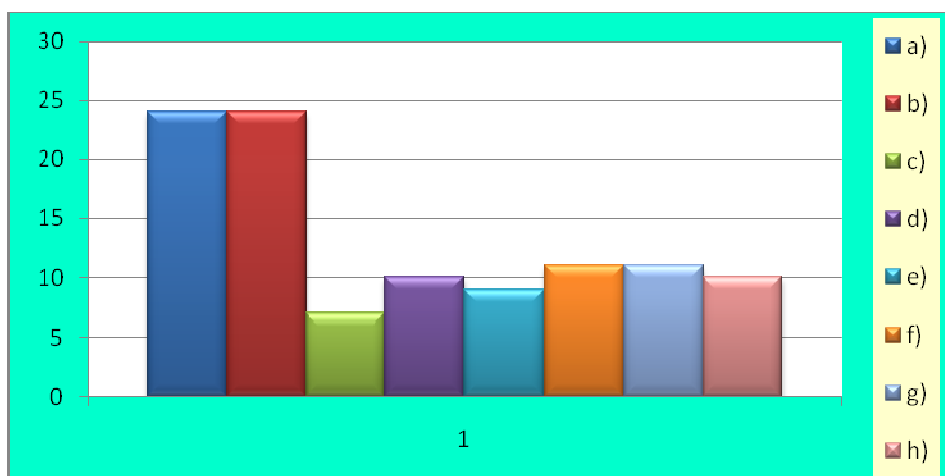


	Kategorie odpovědí	Počet odpovědí
a)	nejvíce vědět o nemoci	9
b)	procházka se psem	11
c)	věnuji se rodině, vnoučatům	16
d)	kamarádky, přátelé	8
e)	kultura, kino, sport (plavání, kolo)	7/8
f)	koníčky	9
g)	pohovor s kolegyní	8
h)	vědomě si udělám něčím radost	2
i)	po odchodu z práce na to nemyslím	13
k)	dobrý pracovní kolektiv se dovede od únavy odreagovat humorem	4
l)	nevadí mi to	14
m)	cestování – termální lázně, hory	5
n)	pomůže mi rozhovor s osobou (ne kolegyně), která zná moji práci a umí mi poradit	3

Respondenti dotazníkového šetření v této otázce uvedli, že nejčastěji jim k vyrovnání se s negativními pocity z práce s klienty trpícím demencí pomáhá dobré rodinné zázemí, kdy mohou volný čas trávit se svými blízkými. Častou odpovědí bylo setkávání se s dětmi a vnoučaty. Lze vyvodit, že v duševním rozpoložení pečujících, kteří se denně setkávají se stářími a vším co ho provází v negativním smyslu, je perspektiva setkání s někým, kdo je na začátku svého života povzbuzením a osvěžením. V jedné z odpovědí se také objevilo, že tím, že si pracovník získává další informace o onemocnění, více mu rozumí, je pak schopen se s negativními pocity lépe vyrovnat. Velký počet pečujících uvedlo, že jim pomáhá dobrý kolektiv a dobré vztahy mezi pečujícími navzájem (viz otázka č. 25). Někteří pečovatelé jsou schopni po odchodu z práce na práci zapomenout a „vyčistit“ si tak hlavu od negativních pocitů. I toto je jednou z možností, jak mít dobře „v sobě nastavenou“ duševní hygienu v prevenci před syndromem vyhoření.

## OTÁZKA č. 28

*Jak řešíte své pocity psychické únavy v pracovní době?*

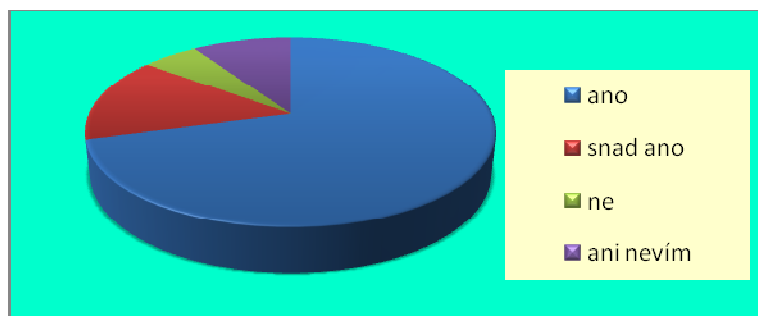


	<b>kategorie odpovědí</b>	<b>počet odpovědí</b>
a)	vypovídám se kolegyní – se spřízněnou duší (humor)	24
b)	káva	24
c)	těším se na rodinu, na to s kým budu po práci	7
d)	o přestávce se snažím relaxovat	10
e)	neřeší, jsem v práci a i negativní věci k této práci patří a mně to nevadí	9
f)	pohovor s klienty – pozitivní náboj pro mě	11
g)	je-li to možné, jdu si zapálit a dívám se do zahrady, (tento čas patří jenom mně, nemusím řešit klienty)	11
h)	mně pomůže i krátký odchod z oddělení a být bez klientů	10

Pečující nejčastěji uvádějí, že jim k odreagování od pocitu psychické zátěže pomáhá popovídání si s kolegyní, humor a káva. Často spojí pracovníci všechny tyto tři odpovědi do jedné situace, kdy se o své pauze sejdou a nad kávou proberou události dne, které je tíží. Ostatní jim mohou nabídnout jiný pohled nad situací, nabídnout radu, pomoc. Pečující si tak navzájem poskytují supervizi a pomoc. V odpovědích se také objevilo samostatně dopsáno, že tato metoda vyrovnání se se zátěží je oblíbená, avšak není na ni dostatek času v pracovní době. Personálu je málo a práce mnoho. Druhou čítnou skupinou byla skupina, která uvedla, že jim pomáhá rozhovor s klienty nebo pohled do zahrady.

## OTÁZKA č. 29

*Máte dostatek informací, jak řešit své pocity psychické zátěže – vzdělání, supervize...*

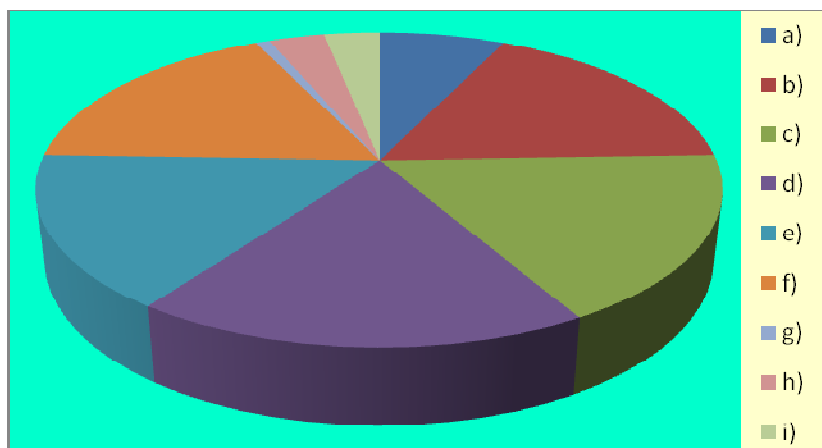


Kategorie odpovědí	Počet odpovědí	%
ano	53	71
snad ano	11	15
ani nevím	7	9
ne	4	5

Z odpovědí v této otázce č. 29 je patrné, že zaměstnanci mají informace, co je supervize a k čemu by jim mohla být nápomocná. Pečovatelé se během kalendářního roku vzdělávají a témata jsou vybírána podle potřeb pečovatелů. V roce 2012 velká část vzdělání v domově Věstonická Brno bude zaměřena na témata týkající se duševní hygieny. Tato témata byla určena na základě výstupu z dotazů u zaměstnanců, které proběhly v roce 2011. V současné době v domově Věstonická supervize již neprobíhá, ale domov zaměstnal psychologa, který se touto problematikou bude zabývat.

### OTÁZKA č. 30

*Jak řešíte své pocity psychické únavy po pracovní době?*



	<b>Kategorie odpovědí</b>	<b>Počet odpovědí</b>
a)	procházka se psem	9
b)	věnuji se rodině, vnoučata	22
c)	kamarádky, přátelé	22
d)	kultura, kino, sport (kolo, plavání),	23
e)	cestování – termální lázně – hory, výlety	20
f)	četba, televize, počítač, zahrádka	22
g)	pohovor s kolegyní	1
h)	po odchodu z práce na to nemyslím, relaxuji podle vlastního programu	4
i)	nevadí mi to	4

Odpovědi na tuto otázku, které z dotazníků vzešly, byly rozděleny do kategorií podle obsahu. Velká část respondentů uvedla více variant, ze kterých vyplývá, že pečující jsou zvyklí po pracovní době svoje pocity únavy řešit. Pečovatelé svůj čas tráví hlavně s rodinou, přáteli, cestováním. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že někteří pečovatelé jsou schopni oddělit práci a volný čas, snaží se únavu z práce nepřenášet domů. Pečovatelé v rámci vzdělávání i vlastních zkušeností si jsou vědomi, že je potřeba se svoji psychickou únavou pracovat a trávit svůj volný čas podle svých zájmů a činností, která jim dělá radost.

## 5.6 Návrhy na předcházení situacím, které jsou zdrojem psychické zátěže

Na základě výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že pečovatelé péči o lidi s demencí vnímají jako zatěžující po psychické i fyzické stránce.

Pro management domova je důležité vědět, že z oslovených zaměstnanců 91% vnímá svoji práci jako psychicky náročnou. Z dotazníkového šetření dále vyšlo, že 25% respondentů mělo pocit, že svoje psychické síly již překročilo a 44% respondentů odpovědělo „někdy ano“ tj. dohromady 69 % zaměstnanců služby zvláštní režim Věstonická překročilo během svého pracovního poměru své psychické síly. Vedení domova by mělo hledat cesty, jak zaměstnancům v těchto situacích pomoci. Přiměřená míra zátěže je pro mnoho lidí brána jako výzva k dosahování lepších výkonů. Je-li opakovaně překračována, má negativní vliv nejen na samotné pečovatele, ale i na kvalitu jejich poskytované péče.

Jako jedno z možných řešení zátěže je **předcházení situacím**, která jsou zdrojem zátěže. V teoretické části jsou popsány možné zdroje. Pro pečovatele je důležité, aby uměl těmto situacím předcházet, protože řešení problému je více vyčerpávající než prevence.

Z výsledků dotazníku dále vyplynulo, že **sebevzdělávání** v oblasti gerontologie, geriatrie a obzvláště v oblasti demencí je pro pečující nutností.

V procesu vzdělávání je dále důležitý **rozvoj sociálních dovedností** hlavně komunikace a speciálně komunikace s klienty s demencí a duševním onemocněním. Pečovatel, který tyto dovednosti nemá plně rozvinuté a neumí komunikovat, se sám trápí a je i pro okolí zdroj problémů.

Dále doporučuji rozšíření teoretických znalostí v oblasti sociální patologie se zaměřením na rozlišení poruch osobnosti a projevů demence. Kdo nemá dobré znalosti o této problematice, nemůže nikdy pochopit, co se s klientem děje a proč se tak děje. Rozdíly v projevech u jednotlivých stupňů demence jsou odlišné, jak bylo popsáno v teoretické části, proto by měl ošetřující personál umět tyto projevy rozpoznat a umět jim přizpůsobit péči.

Ve vztahu pečovatelů k příbuzným klientů je základem vzájemná důvěra, která vzniká díky důslednému předávání informací. Pro vylepšení spolupráce s rodinnými příslušníky by bylo dobré vypracovat informační materiál. V tiskopisu by byly popsány projevy chování, které jsou pro onemocnění typické; vypracován seznam činností, které domov zajišťuje a návrh na činnosti, s kterými může příbuzný být nápomocen.

Vhodným doplněním vědomostí zaměstnanců jsou různá školení, která jsou pro zaměstnance domova se zvláštním režimem Věstonická Brno pořádána.



Dalším opatřením pro předcházení situacím, které se jeví, být zatěžujícími, je **budování dobrého kolektivu**, ve kterém jsou dobré vztahy a vazby. Toto je však obtížné, neboť jak bylo již výše zmíněno, služba zvláštní režim je nová a mezi pečujícími je na službě poměrně velká fluktuace personálu. Pokud zaměstnavatel vytváří dobré prostředí (pomůcky, vedení, ohodnocení práce) je pro pečovatele také práce usnadněna a není tak psychicky zatěžující. Dobrá práce počínaje středním managementem až po vedení domova s ohledem na pečovatele může mít stejný dobrý vliv jako práce externího supervizora.

## 5.7 Diskuze

Tématem bakalářské práce byla péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem a zátěž, kterou tato péče může způsobovat pečujícím. Cílem bakalářské práce bylo získat odpovědi na otázky obsažené v názvu. Z výzkumu vyplynulo, že **pečující pociťují psychickou zátěž a ta se mění v závislosti na stupni (stádiu) demence a na typu poskytované péče.**

Bakalářská práce ve své teoretické části byla rozdělena do čtyř kapitol. Jednotlivé kapitoly rozpracovaly pojmy rezidenční sociální služby, definici syndromu demence, definici soběstačnosti a zdroje působící na zátěž pečujících. Podrobně je ve výše zmíněných kapitolách čtenář uveden do problematiky rezidenčních zařízení, která pečují o seniory trpící demencí. Najdeme zde popis příznaků v jednotlivých stádiích demence, popis testu, který je používán pro zjištění stádia onemocnění u klientů. Dále práce rozvádí typy a metody práce s nemocnými demencí a je zde popis testu, kterým se zhodnotí míra závislosti na péči. Z poznatků v těchto kapitolách bylo také čerpáno pro sestavení dotazníku, který byl v praktické části použit.

Empirická část měla za cíl získat odpovědi na otázky, zda pečující pociťují psychickou zátěž, jestli se tato zátěž liší v jednotlivých stádiích (stupních) demence a u jednotlivých typů poskytované péče. K získání dat, která odpověděla na výše zmíněné cíle, bylo využito dotazníkové šetření. Výzkum byl proveden u pečujících v Domově pro seniory Věstonická v Brně na službě zvláštní režim. Vytvořila jsem dotazník s 30 otázkami a požádala jsem pracovníky v přímé péči o jeho vyplnění. Výsledek dotazníkového šetření mne přivedl k odpovědím na otázky, které jsou obsaženy v cílech této práce.

Celkem bylo zpracováno (rozdáno 80) 75 dotazníků. Vyhodnoceny byly odpovědi z nabízených alternativ. Některé dotazníky obsahovaly také individuálně doplněné texty a komentáře. I ty byly vyhodnoceny.

Respondenti ve svých odpovědích jasně uvedli, že práce s klienty, kteří trpí demencí je psychicky a fyzicky velmi náročná, a že někdy mají pocit, že překročili své fyzické a psychické meze (viz otázky v dotazníku č. 20 a 22, 21 a 23). Zátěž je pociťována i ve vztahu k času, kterého je nedostatek. Z dalších důvodů, které působí časový nátlak na personál je malé množství pečujících, který pramení z omezených finančních prostředků v institucích, které poskytují péči. Nedostatek financí se projevuje i ve vybavení sociálních zařízení. Více pomůcek by mohlo personálu ušetřit čas a námahu, který by pak bylo možno více věnovat klientům.

Tyto výsledky mohly být ovlivněny několika faktory. Jedním z faktorů je skutečnost, že práce s lidmi trpící demencí je velmi náročná ve zvládnání příznaků nemoci. V teoretické části jsou popsány projevy, které jsou u tohoto onemocnění typické a mohou způsobovat zátěž. Většina zaměstnanců pracuje na této službě méně jak tři roky. Z pohledu praxe se to může zdát dlouho, ale zapracovat zaměstnance, aby byl schopen kvalitně samostatně pracovat, trvá někdy i půl roku. Z odpovědí respondentů vyplývá, že sami vnímají málo teoretických i praktických dovedností. Vzdělání pečovatelů v přípravné fázi pro tuto službu je nedostačující. Pro sociální službu zvláštní režim nejsou vytvořeny personální standardy a stále se hledá hranice kompetencí pečovatelů. Stručně vyjádřeno, ovlivnit výsledky mohla krátká praxe pečujících v péči o klienty s demencí.

Dalším faktorem ovlivňujícím odpovědi v dotazníku je ten, že lidé se syndromem demence před vznikem této služby byli nejčastěji hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. Personální obsazení v těchto zařízeních je diametrálně odlišné od sociální služby. V péči tam převažuje středoškolský vzdělaný zdravotní personál, který má specializované pomaturitní vzdělání v oboru psychiatrie. Dále v těchto zařízeních je stále přítomen lékař s atestací v oboru psychiatrie. Pracovní kompetence pečovatelů na službě zvláštní režim často nahrazují péči zdravotních sester ve zdravotnických zařízeních. Lze tedy říci, že ovlivňujícím faktorem, který může zkreslit výsledky výzkumu, může být nedostatek vzdělání pracovníků.

Další skutečností, která mohla ovlivnit výsledky výzkumu, mohou být nedostatky v komunikačních dovednostech pečujících. Pečujícími bylo uvedeno jako zátěž neustálé opakování slov, dotazů a vět klientů. Klient si nepamatuje základní úkony, pojmy, nepoznává své blízké. Stav se mění velmi rychle. A na to vše má pečující velmi málo času. Je přirozené, že nefunguje-li komunikace mezi pečujícím a seniorem, je to vždy problém, který tak může být vnímán jako velká zátěž.

Návrhy na předcházení situacím, které jsou zdrojem psychické zátěže a které mohou tedy ve svém výsledku i ovlivňovat výsledky dalších případných výzkumů jsou součástí předchozí kapitoly a závěru práce.

## Závěr

Počet nemocných demencí se každých dvacet let zdvojnásobí. Nemoc je tak považována za nemoc třetího tisíciletí. Péče o lidi s demencí se stává sociálním problémem celé národní společnosti, protože je náročná časově, finančně a je zatěžující především pro pečující.

Do sociálních zařízení přicházejí lidé postižení demencí v situaci, kdy rodina již z nějakého důvodu péči nezvládá. Důvody jsou různé. Samotná nemoc a její projevy jsou náročné a často není v lidských silách pro rodinné pečovatele umožnit svým rodičům dožít v domácím prostředí. Je potřeba si uvědomit, že demence má takové projevy, které v péči jednoho pečujícího jsou často nezvladatelné.

Tématem bakalářské práce bylo popsat péči o seniory s demencí v rezidenčním zařízení domov se zvláštním režimem a pomocí empirického výzkumu zjistit, zda pečující pocítují zátěž, kterou tato péče může způsobovat a jak tuto zátěž ovlivňuje změna stupně (stádium) demence a s tím související změna typu péče.

Důvodem výběru tématu bylo, že pracuji jako vrchní sestra v domově se zvláštním režimem, vnímám náročnost práce s klienty trpícími demencí a ráda bych vytvořila vhodné podmínky pro namáhavou práci pečovatelů a tím zlepšila kvalitu poskytované péče.

Bakalářská práce ve své teoretické části byla rozdělena do čtyř kapitol. Podrobně je, ve výše zmíněných kapitolách, čtenář uveden do problematiky rezidenčních zařízení, která pečují o seniory trpící demencí. Služba zvláštní režim je v systému sociálních služeb od roku 2008. V podkapitolách je popsáno personální obsazení v domově Věstonická Brno. Čtenář je seznámen s náplní práce jednotlivých pracovníků.

Další kapitola rozpracovává definici syndromu demence včetně příznaků v jednotlivých stádiích (stupních) demence, popis testu (MMSE), který jsou používán pro zjištění stádia onemocnění u klientů. Bakalářská práce se zmiňuje také o restriktivních opatřeních a omezování způsobilosti k právním úkonům, které v mnoha případech jsou součástí souboru opatření a péče, které je nutné klientům poskytovat.

Studiem dostupné literatury jsem zjistila, že na knižním trhu je dostatek literatury na toto téma. Převažuje však literatura odborná nad literaturou vhodnou pro laické pečovatele. Za jednu z nevýznamnějších autorek, píšících o geriatrické problematice se zvláštním zaměřením na demence je považována Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. Další autoři odborné literatury se většinou zabývají psychologií a sociální pedagogikou celého lidského

života a geriatrické tvoří jednu z částí jejich prací (např. Mühlpachr, Vágnerová, Křivohlavý, Říčan, Haškovcová atd.).

Třetí kapitola rozpracovává definici soběstačnosti, která pomáhá při stanovení stupně závislosti na péči (Barthelův test základních všedních činností). Dále práce seznamuje čtenáře s typy péče a metodami práce s nemocnými seniory a uvádí i možná úskalí, která mohou práci provázet.

Poslední, čtvrtá, kapitola teoretické části popisuje zdroje, které působí na zátěž pečujících. Informuje čtenáře o vlivu klienta samotného, jeho rodiny, prostředí zařízení, organizace práce a samotného pečovatele na zátěž, kterou mohou pečující pociťovat. Důležité je zmínit, že v odborné literatuře je kapitol, které se týkají zátěže působící na pečovatele v sociálních zařízeních, velmi málo a ve většině publikací se touto problematikou autoři vůbec nezabývají.

Teoretická část mi pomohla při tvorbě otázek pro dotazníkové šetření, které bylo metodou pro získání odpovědí na hlavní a dílčí cíle práce.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo získat odpověď na otázku, zda změna stupně demence a typu poskytované péče má vliv na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem.

Pro podrobnější odpověď byly jako dílčí cíle tyto otázky:

- Pociťují pečovatelé psychickou a fyzickou zátěž a co ji způsobuje?
- Má na pocit zátěže vliv změna stupně (stádium) demence u klientů?
- Které stádium demence je podle pečovatelů nejvíce zatěžující?
- Který typ poskytované péče je nejvíce zatěžující?
- Je souvislost mezi stupněm demence a druhem poskytované péče?

Jak bylo již zmíněno, k získání dat, která odpověděla na výše zmíněné cíle, bylo využito dotazníkové šetření mezi pečujícími v Domově pro seniory Věstonická Brno, služba zvláštní režim. Dotazník, jako metodu empirického výzkumu, jsem zvolila z několika důvodů. V zařízení, kde byl výzkum prováděn, pracuji ve vedoucí pozici. Kvalitativní výzkum jsem nevyužila proto, že dobře znám respondenty, jsem jejich nadřízená a bylo by proto obtížné získat objektivní odpovědi. Výzkum v jiném zařízení poskytujícím sociální služby jsem nechtěla provádět proto, že jak jsem již uvedla v úvodu, chci na základě výsledků z výzkumu vytvořit opatření a postupy pro zkvalitnění poskytované péče a podmínek pro práci

pečujících. Vytvořila jsem dotazník s 30 otázkami a požádala jsem pracovníky v přímé péči o jeho vyplnění. Celkem bylo zpracováno (rozdáno 80) 75 dotazníků. Vyhodnoceny byly odpovědi z nabízených alternativ. Některé dotazníky obsahovaly také individuálně doplněné texty a komentáře. I ty byly vyhodnoceny. Výsledky dotazníkového šetření mne přivedly k odpovědím na otázky, které jsou obsaženy v cílech této práce.

Z výzkumu vyplynulo, že **pečující pocítují psychickou zátěž a ta se mění v závislosti na stupni (stádiu) demence a na typu poskytované péče.**

Na dílčí cíl, „*zda pečovatelé při své práci mají pocity zátěže a co je příčinou zátěže*“ respondenti ve svých odpovědích jasně uvedli, že práce s klienty, kteří trpí demencí je **psychicky a fyzicky velmi náročná** a že někdy mají pocit, že překročili své fyzické a psychické meze (viz otázky v dotazníku č. 20 a 22, 21 a 23). Jako nejvíce psychicky zatěžující z projevů demence uvedli respondenti **fyzickou agresivitu a verbální agresivitu** (viz otázka dotazníku č. 11). Je pochopitelné, že oba dva druhy agresivity vyžadují nejvíce duševních a fyzických sil. Pracovník musí oba dva způsoby agresivity zvládnout tak, aby neublížil klientovi, ostatním klientům a aby neublížil sobě. Nutné je uvědomit si, že agrese není namířena osobně proti pečujícímu, ale může být projevem neschopnosti se vyjádřit anebo klient pocítuje úzkost. Zátěž je pocítována i **ve vztahu k času**, kterého je nedostatek. Z dalších důvodů, které působí časový nátlak na personál je **malé množství pečujících**, který pramení z omezených finančních prostředků v institucích, které poskytují péči. Nedostatek financí se projevuje i ve vybavení sociálních zařízení. Více pomůcek by mohlo personálu ušetřit čas a námahu, který by pak bylo možno více věnovat klientům. Zaměstnanci také pocítují nátlak (tento nátlak může vyústit v pocit zátěže), ze **strany příbuzných klientů**, jak někteří respondenti uvedli v doplňkových odpovědích.

Z výzkumu na dílčí cíl „*má na pocit zátěže vliv změna stupně (stádium) demence u klientů?*“ vyplynulo, že **přechod z druhého na třetí stádium** považují pečující jako více zatěžující, než přechod z prvního stádia na druhé (viz otázka v dotazníku č. 9, 10). Zdůvodnění ze strany personálu je takové, že se péče stále opakuje (komunikace, činnosti), rapidně se zhoršuje soběstačnost, klient si nepamatuje základní úkony, pojmy a nepoznává své blízké. Vše spěje k rozpadu struktury člověka jako takového (fyzicky i psychicky). Nároky na personál se zvyšují. Pečující stále zjišťují, co ještě klient zvládne sám a co již je nad jeho síly. Stav se mění velmi rychle. A na to vše má pečující velmi málo času.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, „*ktelé stádium demence je nejvíce zatěžující?*“

Z dotazníkového výzkumu vyplynulo, že pečující cítí jako stádium, které je nejvíce zatěžuje stádium druhé a následně třetí (viz otázka č. 5). První stádium je naopak považováno za stádium, které nejméně psychicky zatěžuje pečující. Jako důvody, které vedly respondenty k označení 2. stádia jako nejnáročnějšího, bylo pečujícími uvedeno neustálé opakování slov, dotazů a vět klientů, a to, že se zdravotní stav stále zhoršuje. Stádium 3. je náročné proto, že verbální komunikace vychází většinou pouze ze strany pečujících. Zpětná vazba od klientů je velmi malá, nonverbální nebo žádná. Klienti bývají v mnoha případech agresivní a neklidní anebo naopak zcela pasivní. Z těchto dvou stádií uvádějí pečující jako stádium, které jim působí více **zátěže stádium druhé**.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, „*ktelý typ poskytované péče je nejvíce zatěžující?*“

Odpovědi na následující otázku (viz otázka č. 6) souvisí s vyhodnocením předešlého cíle. Respondenti uvedli, že jako nejvíce zatěžující typ péče považují typ „**podpořit**“. Tento typ péče je typický pro druhé stádium demence, kdy klient potřebuje neustálou podporu ve veškeré činnosti kolem sebe. Již nestačí pouze klientovi poradit, je potřeba ho podpořit, pomoci mu činnost vykonat. Psychická zátěž, dle respondentů dotazníků, spočívá v tom, že pečující musí klientovi pomoci, podpořit ho, ale je limitován časem. Často by chtěl zaměstnanec v přímé péči udělat činnost sám a bylo by to rychlejší a kvalitnější, ale ví, že když tak učiní, uškodí tím klientovi. Pokud chceme seniora udržet v jeho aktivitách co nejdéle soběstačného, musíme ho podpořit, ne provést činnost za něj. I dále se v této otázce prolínají výsledky s předchozím cílem, týkajícím se zátěže dle stádia demence.

Jako druhý typ péče, který zatěžuje pečující, je typ „provést“, který souvisí s 3. stupněm demence. Pečující musí za klienta vše udělat sám, klient není schopen již žádné sebeobsluhy. Pečující se setkává s nedostatkem času, klient bývá někdy agresivní, někdy naprosto pasivní. Verbální komunikace ze strany seniorů v tomto stádiu není většinou žádná, někdy se setkávají pečující s komunikací neverbální. Třetí stádium je také fyzicky náročné. Psychická zátěž spočívá v tom, že pečující vidí úplný fyzický a duševní rozpad osobnosti, který směřuje ke smrti a pečovatel není schopen tento proces zvrátit. Přesto pečující vnímají zhoršování stavu klienta jako samozřejmost, která souvisí s diagnózou demence (viz otázka č. 7). Tento přístup se jeví být profesionálním a je také ochranou zaměstnanců v přímé péči před syndromem vyhoření. Druhým nejčastějším prožitkem je zvýšená psychická zátěž, někdy depresivnost a frustrace z toho, že nelze klientům pomoci.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jest-li „*je souvislost mezi stupněm demence a druhem poskytované péče?*“

Jak bylo již výše zmíněno, z otázek č. 5 a 6 vyplynulo, že jako nejnáročnější na psychiky pečujících se jeví **druhé stádium demence** a druhem péče je typ „**podpořit**“. Z těchto výsledků lze vyvodit závěr, že stupeň demence a druh poskytované péče spolu souvisí, pokud se jedná o pocit zátěže na personál. V teoretické části jsou popsány jednotlivé stupně demence a druh odpovídající péče, který je klientům domova poskytován. Respondenti se ve svých otázkách na náročnost stupně demence a náročnost v typu poskytované péče shodli. Na druhém místě v četnosti odpovědí „nejnáročnější“ bylo vyjádření, že třetí stádium demence a typ péče pomoc jsou náročné. I zde se typ péče a stupeň demence shodují s informacemi v literatuře.

Všechny dílčí cíle nás přivádí k závěrečné odpovědi na hlavní cíl práce a tím je vyjádření faktu, že personál pečující o klienty s demencí pociťuje psychickou zátěž a tato zátěž souvisí se stupněm demence a typem poskytované péče.

Prostřednictvím dotazníkového šetření se mi podařilo získat informace pro hlavní cíl práce a mohu tedy konstatovat, že cíl práce byl splněn.

Odpovědi na otázky v dotazníku týkající se věku, pracovní pozice, vzdělání a praxe slouží k tomu, aby bylo možno při vyhodnocení zátěže vyhodnocovat tyto odpovědi s přihlédnutím k tomu, zda jsou nějaké rozdíly v odpovědích u osob, které mají různý věk, vzdělání, praxi (tzv. kontingenční tabulky). Informace z těchto kontingenčních tabulek budou případně vytvořeny a hodnoceny v diplomové práci.

Jak jsem uvedla v úvodu práce, důvodem výběru tématu bylo, že bych ráda vytvořila vhodné podmínky pro namáhavou práci pečovatelů a tím zlepšila kvalitu poskytované péče. Proto navrhuji následující opatření.

Do dalšího vzdělávání doporučuji **rozvoj sociálních dovedností** hlavně komunikace a speciálně komunikace s klienty s demencí a duševním onemocněním. Pečovatel, který tyto dovednosti nemá plně rozvinuté a neumí komunikovat, se sám trápí a je i pro okolí zdrojem problémů. Z dotazníků dále vyplynulo doporučení, že **vzdělávání v oblasti péče** o staré lidi, kteří trpí demencí je potřeba neustále doplňovat. Kdo nemá dobré znalosti o této problematice, nemůže nikdy pochopit, co se s klientem děje a proč se tak děje. Rozdíly v projevech u jednotlivých stupňů demence jsou odlišné, jak bylo popsáno v teoretické části



a vyplynulo i z dotazníkového šetření a proto by měl ošetřující personál umět tyto projevy rozpoznat a přizpůsobit jim péči.

Dalším vhodným opatřením pro předcházení situacím, které se jeví být zatěžující, je **budování dobrého kolektivu**, ve kterém jsou dobré vztahy a vazby. Toto je však obtížné, neboť, jak bylo již výše zmíněno, je mezi pečujícími na službě zvláštní režim poměrně velká fluktuace.

Sociální pedagogika je mezioborově zaměřená a snaží se porozumět vztahům ve společnosti, zabývá se působením sociálního systému a prostředí na jedince či skupiny.

Studiem jsem si rozšířila znalosti v oblasti, jak pedagogické, psychologické tak i právní. Z pozice vedoucího pracovníka budu hledat způsoby jak dále vzdělávat pečovatele, jaké vhodné nástroje k lepší a spokojenější práci jim mohu nabídnout. V edukačních procesech se zaměřím na oblast interpersonální komunikace a lepší postavení seniora s demencí v naší společnosti.

Práce je doplněna o přílohy, které obsahují Barthelův INDEX a Mini-Mental State Examination. Kasuistiky týkající se bazální stimulace, reminiscenční terapie, vlivu osobnosti klienta, která působí na zátěž na pečující a dotazník.

Závěrem bych zmínila příběh, který se mi vryl do paměti a který je pro práci s lidmi, kteří onemocní demencí přínosný:

*„Představte si, že jedete do Číny na dovolenou. Jste ve své zemi velmi úspěšná, domluvíte se anglicky, rusky, francouzsky a procestovala jste hodně zemí. V Číně vystoupíte z letadla, zvládnete odbavení a najednou potřebujete na WC. Všechny nápisy v hale jsou pouze čínsky, ale na základě svých celoživotních zkušeností jste schopna vytušit, kde máte WC hledat. Najdete dvoje dveře a jste bezradná. Nápisy na dveřích jsou napsány čínsky a Vám to spíše připomíná „rozsyanou rýži“. Nejste schopna přečíst, které dveře jsou pro pány a které pro dámy. Tu „rozsyanou rýži“ vidí neustále člověk, který má demenci a na nás zdravých je, aby „viděl v jazyku“, kterým ještě zvládne komunikovat“.*

Opakovaně jsem se přesvědčila, že když pečovatel umí vytvořit z „rýže jazyk“, kterému klient alespoň trochu rozumí, tak je klient spokojenější, je o něj lépe postaráno a spokojený je i pečovatel.

## Resumé

Bakalářská práce v teoretické části objasňuje pojmy rezidenční sociální služby, definice syndromu demence, definici soběstačnosti, zdroje působící na zátěž pečujících.

Moje bakalářská práce prostřednictvím výzkumu zodpověděla otázky týkající se vlivu změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v domově se zvláštním režimem. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že na pracovníky je vyvíjen nátlak, který vede k pocitu fyzické a psychické zátěže a že na tento pocit zátěže má vliv změna stupně demence u klientů a také typ a změna typu poskytované péče.

## Anotace

Bakalářská práce se zabývá vlivem změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v domově se zvláštním režimem. Teoretická část objasňuje pojmy týkající se rezidenčních služeb, jako jsou legislativní rámec, domov se zvláštním režimem, pracovníci v přímé péči a struktura zaměstnanců v přímé péči. Další kapitola přináší přehled typů a příznaků u demencí, stádia demencí, restriktivní opatření a vyjasnění pojmu omezení způsobilosti k právním úkonům. Kapitola obsahuje také testy profesionální hodnotící testy kognitivních funkcí (stupně demence). Demence je v počátečním stádiu obtížně laicky rozpoznatelná, proto jsou profesionální hodnotící testy soběstačnosti a ty jsou obsahem následující kapitoly, která se dále zabývá metodami práce, typy a způsoby poskytované péče a úskalím přepečování. Poslední kapitolou teoretické části je kapitola zabývající se vlivem klienta, jeho rodiny, prostředí zařízení, organizace práce a pečovatele.

Praktická část obsahuje dotazníkový výzkum zaměřený na získání poznatků k cílům bakalářské práce, kterými byly vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v domově se zvláštním režimem. Tento výzkum potvrdil, že pečující pociťují psychickou zátěž a ta je ovlivněna stupněm demence i typem poskytované péče, přičemž nejvíce zatěžujícím stádiem se jeví stádium druhé a typ péče podpořit.

## Klíčová slova

Pečující, domov se zvláštním režimem, psychická zátěž, stádium demence, typ péče, demence, zdroje zátěže, soběstačnost.

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with the impact of the changes in the degree of dementia and subsequent changes in the type of provided care at the psychological burden on direct care personnel in seniors home with special arrangement. Theoretical part clarifies the concepts related to residential services as like as legislative frame, seniors home with special arrangement, direct care personnel, structure of the direct care personnel. Next chapter brings an overview of types and symptoms of dementia, degrees of dementia, restrictive measures and clarification of the concept of limitation of legal capacity. Chapter also contains professional evaluation test of cognitive functions (determining the degree of dementia). Dementia is difficult to recognize in early stages, therefore exist self-sufficiency evaluation tests, that are part of the next chapter as well as techniques of the work, types and ways of the provided care and the danger of overdone care. Last chapter of the theoretical part concerns the influence the client, family, environments, organization of work and the caring person.

Practical part includes survey in the form of questionnaire focused on getting data referring to the goals of the thesis, that was the amount of influence of change degree of dementia and the type of provided care on the psychological burden on the caring personnel in seniors home with special arrangement. This survey has confirmed that the caring personnel perceives the burden and that this is related to the degree of dementia and the type of care, while the most burdensome degree is the second degree and the type of care is to support.

## **Keywords**

Caring personnel, seniors home with special arrangement, psychological burden, degree of dementia, the type of care, dementia, sources of burden, self-sufficiency.

## Seznam použité literatury

### Právní předpisy, zákony, vyhlášky

- 1) Nařízení vlády ze dne 14. června 2010 o katalogu prací ve veřejných službách a správě.
- 2) Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., nařízení vlády č. 252/1992 Sb.,
- 3) Zákon č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník
- 4) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů
- 5) Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

### Knihy, syntetické práce a monografie

- 6) BUIJSSEN, H. *Demence Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 136 s. ISBN 80-7367-081-X
- 7) Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010, ISBN 978-80-7421-021-1
- 8) DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ J. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Vydal IMS Brno, 2009
- 9) FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
- 10) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 407 s. ISBN 80-7038-158-2
- 12) HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0
- 13) JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., a kol. *Demence a jiné poruch paměti Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6

- 14) KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kolektiv. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 864 s. ISBN 80-247-054-6
- 15) KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- 17) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd Praha: Grada Publishing a. s., 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5
- 18) KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou, Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. 2. vyd. Praha, Portál, s.r.o. 2003, 38 s. ISBN 80-7178-981-X
- 19) KOLEKTIV AUTORŮ, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 275 s. ISBN 978-80-904668-1- 4
- 20) MALÍNKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-08-247-3148-3
- 21) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- 22) RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, 88 s. ISBN 80-7269-828-8
- 23) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- 24) VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. vydal IMS Brno, 2009
- 25) VÍZDAL, F. *Sociální psychologie*. vydal IMS Brno, 2010
- 26) ZGALA, J. *Úspěšná péče člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, 232 s. ISBN 80-247-0183-9

### Časopisy a jiné zdroje

- 27) FALTYSOVÁ T. *Náplň práce a profesní identita sociálního pracovníka*. Sociální služby, Měsíčník vydávaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb, 8-9/2010, s. 28, ISSN 1803-7348
- 28) MALÍNKOVÁ, E., *Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže a domovech pro seniory a v hospicích*. Ošetrovatelská péče, 2. číslo, 2010, ISSN 1213-2330
- 29) OSVALDOVÁ, I., *Supervize v pomáhajících profesích*. Zpravodaj APSS ČR, 10. ročník, číslo 1, ISSN 1 8018-0046
- 30) Republikové centrum vzdělávání, s.r.o

### Vnitřní normy

- 31) Standardy kvality péče DS Věstonická Brno - služba zvláštní režim, standard č. 1 – 15
- 32) Náplně práce zaměstnanců DS Věstonická Brno

### Informace z internetu

- 33) [www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098](http://www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098)[www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098](http://www.i-poradce.cz/SubPages/OtvorDokument/Clanok.aspx?idclanok=66098), Příplatek za práci v noci a zvláštní příplatek, JUDr. Eva Dandová, odbornice na pracovní právo, (10. 2. 2012)
- 34) <http://www.mpsv.cz/cs/1087>, stránky Sociální služby Problematika restriktivních opatření, (8. 10. 2011)
- 35) <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/> (11. 1. 2012)
- 36) [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-PI, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence, (6. 8. 2010)

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 a 2 Barthelův INDEX a Mini-Mental State Examination – výsledky testů dle oddělení

Příloha č. 3 Kasuistika – Bazální stimulace

Příloha č. 4 Kasuistika – Reminiscenční metoda

Příloha č. 5 Kasuistika – Vliv osobnosti klienta, která působí na zátěž na pečující

Příloha č. 6 Dotazník

## Příloha č. 1 a 2 Barthelův INDEX a Mini-Mental State Examination – výsledky testů dle oddělení

### Barthelův INDEX základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. chůze po rovině	bez pomoci možná	15
	s pomocí	10
	neprovede	0
2. chůze po schodech	bez pomoci možná	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. přesun lůžko - kolečková židle	bez pomoci možný	15
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. najedení, napití (s přípravou krájení)	bez pomoci možná	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. osobní hygiena (umýt obličej, česání, holení, čištění zubů)	bez pomoci možný	5
	s pomocí	0
	neprovede	0
6. koupání, sprchování	bez pomoci možná	5
	s pomocí	0
	neprovede	0
7. oblékání (včetně obutí a zapnutí knoflíků)	bez pomoci možná	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. použití WC (včetně svléknutí, očištění se spláchnutí WC)	bez pomoci možná	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
10. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0

<b>Hodnocení:</b>	100	nezávislý
	95 - 65	lehká závislost
	60 - 45	závislost středního stupně
	40 - 0	vysoce závislý



# Mini-Mental State Examination

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum

1. vyšetření: \_\_\_\_\_

Datum

2. vyšetření: \_\_\_\_\_

Datum

3. vyšetření: \_\_\_\_\_

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

## 1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

## 2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
- Šátek
- Váza


## 3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65


Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

- M
- R
- K
- O
- P


## 4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- Lopata
- Šátek
- Váza


## 5. Pojmenování

- Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
- Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

## 6. Opakování

- Opakujte po mně:
- „Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

## 7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem


## 8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

## 9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

## 10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
<b>Celkem bodů</b>			

## HODNOCENÍ:

max. počet - 30 bodů

**27 - 30** normální stav

**25 - 26** hraniční nález, možnost demence

**10 - 24** demence mírného až středně těžkého stupně

**6 - 9** demence středně těžkého až těžkého stupně

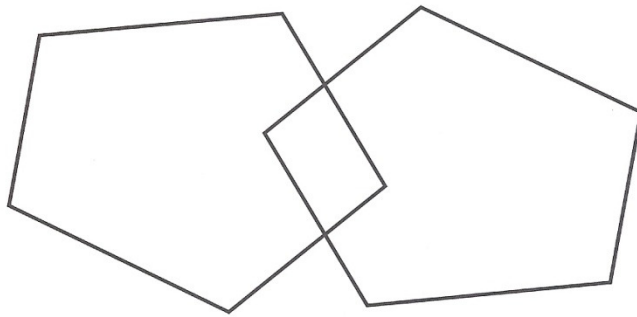
**6 a méně** demence těžkého stupně

Lundbeck



**Ebixa**  
memantin

# Zavřete oči



## BARTHELŮV INDEX

		<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>	<b>C5</b>
0 - 40 bodů	vysoce závislý	9	15	14	19	20
45 - 60 bodů	závislost stř. stupně	9	6	2	7	4
65 - 95 bodů	lehká závislost	16	16	22	10	15
100	nezávislý	6	3	2	4	1

## MINI - MENTAL STATE EXAMINATION

27 - 30 bodů	normální stav	7	11	9	11	1
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence	7	5	3	3	4
10 - 24 bodů	demence mírného až středně těžkého stupně	19	18	20	15	16
6 - 9 bodů	demence středně těžkého až těžkého stupně	4	1	1	4	6
6 a méně bodů	demence těžkého stupně	3	5	7	7	13

### **Příloha č. 3 Kasuistika – Bazální stimulace**

*Příklad: Paní Zdenička přišla do zařízení před třemi lety. Když do domova nastoupila, byla orientovaná svoji osobou, chodila po celém oddělení, ale nejvíce na sesternu. Její nejčastější otázka byla: „Kdy bude pouť?“. Naše odpověď mohla být jakákoliv, protože vždy odpověděla „Tak já tady počkám.“ a posadila se na vyšetřovací lůžko a sledovala personál. Během dne byla velmi aktivní a sama se i několikrát převlékla. Ale když personál chtěl, aby se paní převlékla, tak odmítala spolupracovat a muselo se k ní přistupovat velmi diplomaticky a pomalu. Paní Zdenička byla velmi „kutilská“. Například její výtvary z jednorázových inkontinenčních pomůcek byly velmi kreativní. Asi nejvíce překvapující bylo „vyspárování okna“. Základem inkontinenční pomůcky je buničitá vata, kterou zpracovala a „vyspárovala“ okno podél celého parapetu. Pečovatelé vymýšleli různé činnosti pro její denní aktivitu, ale ona si vždy našla chvíli a něčím překvapila. Jak plynuly léta, pohyblivost se zhoršovala. Dneska je paní Zdenička zcela imobilní. Asi i, proto, že nemůže sama pokoje odejít, je spolupráce s ní velmi těžká. Projevuje se agresivně – verbálně i fyzicky. Protože se situace začala stávat neúnosnou, domluvil se celý pečující personál na změně péče u Zdeničky a začal využívat prvky bazální stimulace. Ráno, až se paní probudí, provede pečovatelka ranní somaticky zklidňující nebo povzbuzující koupel (podle aktuální nálady Zdeničky), po koupeli dostane Zdenička snídani a po ní něco sladkého k zakousnutí (personálem vypozerováno, že vždy když měla něco sladkého k jídlu, byla klidnější). Po snídani je Zdenička polohována personálem do polohy „mumie“ tak, aby viděla z pokoje ven. Na každé jídlo je vysazována mimo lůžko do polohovacího křesla. Jí sama, nebo s dopomocí personálu. Po jídle je uložena do lůžka a pečovatelka ji provede zklidňující masáž zad. Jedenkrát denně ke Zdeničce dochází terapeut, případně její klíčový pracovník a podle její nálady si spolu prohlíží fotky, procvičují jemnou motoriku – skládají kostky, trhají noviny. Péče je časově náročná, ale Zdenička je klidnější a celková spolupráce s ní je pro personál méně stresující.*

#### **Příloha č. 4 Kasuistika - Reminiscence**

*Pan Karel chodil bezcílně po oddělení celý den. Nikde neměl stání a zapojit ho do nějaké činnosti déle jak na 5 minut dalo personálu velké úsilí. Již odpoledne byl velmi unavený a stávalo se, že u večeře už únavou usínal. Jediná situace, kdy si sedl, bylo jídlo, ale jakmile ho snědl, hned začal opět chodit po oddělení. Častokrát přišel na jiný pokoj, na sesternu, v ruce měl tužku a papír a chtěl si zapsat údaje. Slovo „údaje“ vždy řekl srozumitelně, ale dál už mu nikdo nerozuměl. Personál se snažil najít nějakou činnost, u které by chvilku poseděl a odpočinul si. Dcera velmi dobře s pečovatelkami spolupracovala, ale stále spolu nemohly na nic přijít. V této době byl na oddělení přivezen starý nábytek, který připomínal 50 léta. Prostor, kam se postavily skříně a sedací souprava (gauč) se vymaloval válečkem, na okna se daly záclonky a na strop se pověsil starý lustr místo zářivky. Dnem kdy se zprovoznil tento „obýván“, byl problém u pana Karla vyřešen. Ráno hned po snídani lehl na gauč, chvilku si zdřímnul, poté se šel projít. Tento rituál v různých časových intervalech dělal celý den. Výraz jeho spokojené tváře, když ležel na gauči, byl jasným důkazem, že jsme se mu „trefili“ do jeho potřeb. Až následně si dcera vzpomněla, že tatínek měl nedělní rituál, kdy si po obědě chodil, na chvilku lehnout. Protože to ale bylo v době jejího dětství, nepovažovala to za důležité a ve své dospělosti s rodiči nebydlela a nepamatovala si, jestli v tomto rituálu tatínek pokračoval“.*

## **Příloha č. 5 Kasuistika – Vliv osobnosti klienta, která působí na zátěž na pečující**

*Pan Jiří nastoupil do domova proto, že bydlel sám. Syn s rodinou bydlel daleko a pečovatelky z pečovatelské služby pan Josef opakovaně nepouštěl do bytu. Začal být po hygienické stránce zanedbaný, podvyživený až skončil v nemocnici pro celkový kolaps organismu. K nám nastoupil s tím, že z nemocnice jde domů. Protože poznal, že není doma, byl v prvních dnech agresivní. Postupem času se zklidnil a začal se i zúčastňovat všech aktivit v domově. Časem se jeho nemoc zhoršila, ale protože si mezitím v domově zvykl, tak projevy zhoršení pro něho ani pro personál nebyly výrazně zatěžující.*

*Pan Jiří pracoval jako letecký dispečer. Od syna pečovatelé věděli, že byl vedoucím řídicího leteckého střediska a měl na starosti odlétání a přistávání letadel, včetně komunikace s piloty letadel. Jednoho dne se stala zvláštní situace. Pan Jiří přišel na pracovnu pečovatelů. Na pracovně byly dvě zaměstnankyně a obě pracovaly u počítače. Pán se po místnosti rozhlédl a na dotaz od pečovatelů jestli něco potřebuje, oběma zaměstnankyním vynadal, co tady dělají, že podle leteckého řádu už tady nemají co dělat a mají být ve vzduchu. Pečovatelky se nenechaly vyvést z míry a jedna okamžitě odpověděla, že byla provedena změna letů z důvodu špatného počasí a že poletí až za hodinu. Pan Jiří se uklidnil, podíval se z okna, kde zrovna silně sněžilo, popřál děvčatům klidný let a odešel. Když ho stejná pracovnice za 15 minut potkala na oddělení, na situaci si nepamatoval, pozdravil ji a šel do terapeutické dílny. Pán v období celkového zhoršení kognitivních funkcí byl nekonfliktní a spokojený, prostředí znal, po oddělení se pohyboval samostatně, a protože personál znal jeho „životní příběh“ bylo případným konfliktním situacím možno předcházet.*

**Příklad:**

*Paní Anežka byla svobodná a bezdětná, do domova ji přivezla sanitka z PLC kam byla odeslána sociální pracovníci a ošetřující lékařkou z místa bydliště. V propouštěcí zprávě o rodinné anamnéze nic nebylo a byla jí diagnostikována demence smíšené etiologie s bludy. Ihned od prvních dnů paní Anežka měla nutkání odejít se slovy „Kde mám děcka? Musím za nimi.“. Všichni zaměstnanci na oddělení hledali jak tuto situaci řešit, nabízeli paní Anežce různé aktivity, ale vše skončilo nezdarem, protože neustále tvrdila, že nikam nemůže a „musí za děckama“. Asi měsíc po nástupu Anežky do domova přišla na návštěvu její neteř. Personál ji požádal o vyplnění dotazníku včetně rodinné anamnézy a hovořil s ní o Anežčině potřebě komunikovat s dětmi. Neteř si z tetina života moc nepamatovala, protože se vídaly*

*jen výjimečně na rodinných oslavách. Později si vzpomněla, že teta hlídala tři malé děti domácích, kde v době studia bydlela. Tato informace byla pro personál velmi důležitá a hned s tímto důležitým poznatkem začal pracovat. Z terapeutické dílny dostala Anežka panenku – miminko a personál ji zapojoval do péče o miminko. Když Anežka hledala starší děti, stačilo vzít miminko a jít se s Anežkou projít po oddělení, časem zapomněla, kam se jde a mohla se v řeči přejít na jiné téma. Dnes je Anežka daleko klidnější než v období, kdy personál o jejím životě nic nevěděl.*

## Příloha č. 6 Dotazník

Jmenuji se Lenka Horková a jsem studentka 3. ročníku oboru Sociální pedagogika IMS Brno. Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci na výzkumu k mé bakalářské práci na téma „Vliv změny stupně demence a typu poskytované péče na psychickou zátěž pečujících v Domově se zvláštním režimem“.

Otázky 1 - 4 jsou obecné.

Otázky 5 - 17 jsou otázky otevřené a prosím co nejkonkrétnější odpověď.

Otázky 18 – 33 jsou otázky uzavřené, kdy se odpovídá zatržením nejvhodnější alternativy.

Dotazník je pouze po účely mé bakalářské práce.

Za Váš čas a ochotu Vám velmi děkuji

Lenka Horková

### 1. Věk

Do 21 21 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60

V kterém roce jste měla / měl naposledy narozeniny .....

### 2. Pracovní pozice

Pracovník v sociálních službách – přímá péče

Pracovník v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost

Zdravotní sestra

Úseková – zdravotní sestra

### 3. Stupeň vzdělání

Kurz pracovníka v sociálních službách

SŠ – vyučen v oboru

SŠ – vyučen mimo obor

SŠ – maturita mimo obor

SŠ – maturita v oboru

VOŠ v oboru / mimo obor

VŠ – Bc. v oboru / mimo obor

VŠ – Mgr. v oboru / mimo obor

### 4. Délka praxe v sociálních službách – roky .....

Délka praxe v Domově se zvláštním režimem - roky .....

### 5. Uved'te, které stadium demence pocítujete pro svou práci jako psychickou zátěž? (oznámkujte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující).

*První stadium demence* - klient mírně zapomíná (zhoršování paměti, zejména pro zcela nedávné události), je potřeba, aby personál připomínal hygienu, časové údaje denních aktivit, dopomáhat s orientací v čase – den, měsíc.

*Druhé stadium demence* – klient má často výkyvy nálad - neklidný, podrážděný, apatický, někdy agresivní. Orientace klienta se zhoršuje – na oddělení se ztrácí, od pečovateli potřebuje doprovod do jídelny, na pokoj. Klient neví, kde žije, jaký je rok, současnost si často plete s minulostí – žije si ve své světle.



*Třetí stadium demence* - klient přestává poznávat své příbuzné, známé předměty, přestává být orientován vlastní osobou, není schopen porozumět nebo se slovně vyjádří.

První stádium .....

Druhé stádium .....

Třetí stádium .....

Proč Vámi vybrané stádium pociťujete jako psychickou zátěž?

.....

.....

6. Uveďte, který typ poskytované péče (**Poradit, Podpořit, Provést**) pociťujete pro svou práci jako psychickou zátěž? (oznámkujte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující).

První stadium demence – *Poradit* - klient je kontinentní, soběstačný v sebeobslužnosti. Ze strany personálu je potřeba každodenní dohled, rada. Na oddělení se orientuje. Péče spočívá více na verbální úrovni, personál se s klientem domluví.

Druhé stadium demence – *Podpořit* - Péče je individuální a vychází z možností klienta – jeho zachovaných schopností. V sebeobslužnosti potřebuje klient pomoc a dopomoc od personálu ve všech oblastech – hygiena, stravování, orientace, aktivity. Klient má problémy v komunikaci, začíná výrazně zapomínat slova, personál se s klientem domlouvá velmi obtížně. U klienta je často inkontinence moče i stolice.

Třetí stadium demence – *Provést* -. Celková péče spočívá v poskytování ošetrovatelské péče s individuálním zapojením klienta. V oblasti sebeobslužnosti je nesoběstačný ve všech oblastech – nejvýrazněji v oblasti stravování kdy se sám nenají a musí se krmit. Klient slovně nekomunikuje a personál musí s pomocí neverbálních projevů klienta odpozorovat jeho potřeby. Pohyb u klientů je individuální, začíná se zhoršovat. V případě imobility klienta je důležitá péče v rámci prevence dekubitů.

První stadium .....

Druhé stadium .....

Třetí stadium .....

Proč Vámi vybrané stadium pociťujete jako psychickou zátěž?

.....

.....

7. Jak na Vás působí zhoršování stavu klienta v rámci projevů demence?

.....

.....

8. Jak na Vás působí zhoršování stavu klienta v rámci změn v poskytování péče?

.....  
.....

9. Které zhoršení v rámci stadia demence je pro Vás více zatěžující a proč – z prvního stadia na druhé, nebo z druhého stadia na třetí?

.....  
.....

10. Které zhoršení v rámci typu poskytované péče je pro Vás více zatěžující a proč – z prvního stadia na druhé, nebo z druhého stadia na třetí?

.....  
.....

11. Který z projevů u klientů trpící demencí je pro Vás nejvíce zatěžující?  
(Vyberte ty, které Vás nejvíce zatěžují a označte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejvíce zatěžující)

- a) stále opakování stejných slov, stejných otázek .....
- b) poruchy komunikace – klient vůbec nemluví .....
- c) kutilství .....
- d) bloudění, potřeba někam odejít .....
- e) změny nálad .....
- f) verbální agresivita .....
- g) fyzická agresivita .....
- h) zapomínání naučených činností v soběstačnosti .....

jiné.....

12. Jaké jsou vaše pocity při Vámi vybraných projevech?

.....  
.....

13. Jaký druh práce (např. koupání, krmení, prohlížení fotek, vzpomínání, vysvětlování...)  
je Váš oblíbený v práci s lidmi trpící demencí?

.....  
.....

14. Jaký druh práce je pro Vás v práci s lidmi trpící demencí nejméně příjemný?

.....  
.....

15. Co je podle Vašeho názoru na Vaší práci obtížné?

.....

16. Které vlastnosti pečovatele jsou podle Vás v práci s lidmi s demencí nejdůležitější?

(vyberte 5 vlastností a označte je od 1 – 5, kdy 1 znamená nejdůležitější)

- a) odpovědnost .....
- b) spolehlivost .....
- c) sebeovládání .....
- d) svědomitost .....
- e) samostatnost .....
- f) schopnost empatie .....
- g) trpělivost .....
- h) komunikativnost .....
- i) usměvavost .....
- j) optimismus .....

jiné .....

17. Myslíte si, že si okolí (příbuzní, přátelé, známí) cení Vaši práce?

Ano      asi ano      nevím      asi ne      ne      nic o mé práci nevím

.....

18. Domníváte se, že je Vaše práce smysluplná?

Ano      asi ano      nevím      asi ne      ne

.....

19. Chybí Vám při práci s klienty trpící demencí pocit perspektivy uzdravení?

Ano      někdy ano      nevím      ani ne      ne

.....

20. Vnímáte, že práce s klienty trpící demencí je psychicky náročná?

Ano      někdy ano      nevím      ani ne      ne

.....

21. Měli jste někdy pocit, že jste překročili své psychické síly?

Ano      někdy ano      nevím      ani ne      ne

.....

22. Vnímáte, že práce s klienty trpící demencí je fyzicky náročná?

Ano      někdy ano      nevím      ani ne      ne

.....  
23. Měli jste někdy pocit, že jste překročili své fyzické síly?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne

.....  
24. Máte pocit, že je Vaše práce stereotypní?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne

.....  
25. Vnímáte prostředí DS Věstonická pro Vaši práci s klienty trpící demencí vhodné v rámci Vaši psychické pohody?

Ano                      někdy ano                      nevím                      ani ne                      ne

.....  
26. Máte pocit, že vaše práce Vás duševně obohacuje?

.....  
27. Jak se vyrovnáváte s negativními pocity z práce s klienty trpící demencí?

.....  
28. Jak řešíte své pocity psychické únavy v pracovní době?

.....  
29. Máte dostatek informací, jak řešit své pocity psychické zátěže – vzdělání, supervize

.....  
30. Jak řešíte své pocity psychické únavy po pracovní době?