



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Možnosti realizace konceptu koordinované  
rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Bc. Jana Panská

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Možnosti realizace konceptu koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Jana Panská

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé práce, Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D., za její čas, pomoc a cenné rady při zpracování diplomové práce. Také děkuji zařízením, která mi poskytla pomoc při získávání dat k mému výzkumu.

# **Možnosti realizace konceptu koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou**

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zabývá konceptem koordinované rehabilitace v rámci péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Cílem této práce je zjistit, jaké jsou možnosti koordinované rehabilitace v současném konceptu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je část teoretická, kde jsou popsána hlavní témata této práce. První kapitola je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, kde je popsáno, co to Alzheimerova choroba je, krátce její historie, průběh, epidemiologie, její rizikové faktory, příznaky, jak se Alzheimerova choroba diagnostikuje a jak se léčí. Další kapitolou teoretické části je demence, kde je krátce popsáno, o jakou chorobu se jedná a dále další formy a dělení demence. Třetí a poslední kapitolou teoretické části je koordinovaná rehabilitace. V této kapitole je popsáno, co je to koordinovaná rehabilitace, její jednotlivé složky a na závěr konkrétní aktivity, které jsou v rámci koordinované rehabilitace využívány pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

Výzkumná část této práce je zaměřena na cíl práce a výzkumné otázky, dále je v práci popsána metodika, výsledky, diskuze a závěr. Ve výzkumné části byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Technikou pro získání dat pro tento výzkum byl polostrukturovaný rozhovor, který byl uskutečněn s pracovníky z pobytových a ambulantních zařízení, kteří poskytují služby osobám trpícím Alzheimerovou chorobou. Informanti byli vybráni metodou záměrného výběru. Data byla poté zpracována v programu Atlas.ti 7. Aby bylo dosaženo cíle této práce, který je již zmíněn výše, byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na rozdíly ve vnímání a možnostech využití složek koordinované rehabilitace v pobytové a ambulantní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, v čem je systém koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou nejčastěji limitován.

Výsledky mé práce ukazují, že péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou není dostatečně aplikována v rámci koordinované rehabilitace, protože naprostá většina

odborníků, kteří se den, co den takto nemocným osobám věnují, o tomto pojmu nemají žádné povědomí.

**Klíčová slova**

Alzheimerova choroba; demence; koordinovaná rehabilitace; multidisciplinární tým

# **Possibilities of implementing the concept of coordinated rehabilitation of people with Alzheimer's disease**

## **Abstract**

This thesis is focused on concept of coordinated rehabilitation within individuals in care of Alzheimer's disease. Objective of the thesis is to find out the possibilities of coordinated rehabilitation in the current concept of care for people with Alzheimer's disease.

The thesis divided to two parts. The first part is focused on Alzheimer's disease, which describes what Alzheimer's disease is, its history, course, epidemiology, its risk factors, symptoms of how Alzheimer's disease is diagnosed and how it is treated. Another part of the theoretical part is dementia, where it is briefly described, what is the disease and other forms and division of dementia. The third and final part of the theoretical part is coordinated rehabilitation. This part describes what is a coordinated rehabilitation, its individual components and the conclusion of a specific activity that is used in a coordinated rehabilitation for people suffering from Alzheimer's disease.

The research part of this work is focused on its objective and research questions, the methodology, results, discussion and conclusion are described. The qualitative research method was used in the research part. The technique for obtaining data for this research was a semi-standardized interview that was carried out with residential and outpatient staff providing services to people suffering Alzheimer's disease. The informants were selected by the method of deliberate selection. The data was then processed in Atlas.ti 7. In order to achieve the objective of this work, which is already mentioned above, two research questions have been determined. The first research question was focused on the differences in perception and the possibilities of using components of coordinated rehabilitation in residential and outpatient care for people with Alzheimer's disease. The second research question was focused on how the system of coordinated rehabilitation for people suffering Alzheimer's disease is most limited.

The results of my work show that care for people suffering from Alzheimer's disease is insufficiently applied within the coordinated rehabilitation because the vast majority of practitioners who deal with such ill persons every day have no knowledge of this concept.

**Key words**

Alzheimer's disease; dementia; coordinated rehabilitation; multidisciplinary team

# OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	12
1.1 Alzheimerova choroba.....	12
1.1.1 Definice.....	12
1.1.2 Historie.....	12
1.1.3 Průběh .....	13
1.1.4 Epidemiologie .....	14
1.1.5 Rizikové faktory .....	15
1.1.6 Příznaky .....	16
1.1.7 Diagnostika .....	18
1.1.8 Léčba.....	19
2.1 Demence .....	22
2.1.1 Vymezení pojmu demence.....	22
2.1.2 Epidemiologie demence.....	23
2.1.3 Dělení demencí .....	23
2.1.3.1 Demence s Lewyho tělísky.....	24
2.1.3.2 Frontotemporální demence .....	25
2.1.3.3 Vaskulární demence.....	25
2.1.3.4 Demence při Parkinsonově chorobě .....	26
2.1.3.5 Demence při Huntingtonově chorobě .....	26
2.1.3.6 Traumatické demence .....	27
3.1 Koordinovaná rehabilitace .....	28
3.1.1 Co je to koordinovaná rehabilitace .....	28
3.1.1.1 Definice rehabilitace.....	29
3.1.2 Sociální rehabilitace.....	29
3.1.3 Pracovní rehabilitace.....	30
3.1.4 Léčebná rehabilitace .....	32
3.1.5 Pedagogická rehabilitace .....	32
3.1.6 Rehabilitace osob s kognitivní poruchou.....	33
3.1.6.1 Vybrané aktivity .....	34
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
2.1 Cíl práce.....	38



2.2	Výzkumné otázky .....	38
3	METODIKA.....	39
3.1	Použitá metodika.....	39
3.2	Výzkumný soubor.....	39
3.3	Metodika sběru dat.....	40
3.4	Metodika zpracování dat.....	40
4	VÝSLEDKY.....	42
4.1	Zpracování rozhovorů .....	42
5	DISKUZE.....	61
6	ZÁVĚR.....	70
7	SEZNAM LITERATURY.....	75
8	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	80
9	SEZNAM PŘÍLOH .....	81
10	SEZNAM ZKRATEK.....	82

## ÚVOD

Hlavním tématem mé diplomové práce je Alzheimerova choroba a v neposlední řadě také stále více diskutovaný koncept koordinované rehabilitace. Téma Alzheimerovy choroby jsem si vybrala, protože je mi tato problematika blízká a zajímám se o ní. Psala jsem na toto téma také mou bakalářskou práci s názvem *Alzheimerova choroba v kvalitě života rodiny*. Myslím si, že je třeba se o Alzheimerovu chorobu zajímat, protože je to stále více a více aktuálnější téma. Díky tomu, že medicína a věda jdou stále dopředu a daří se léčit různé nemoci stáří, obyvatelstvo České republiky, ale i lidstvo obecně, stárne. To má za následek prodlužování střední délky života, a tak se v populaci zvyšuje procentuální zastoupení seniorů. A s tím právě přichází problém Alzheimerovy choroby, která se primárně vyskytuje u osob starších 65 let. Alzheimerova choroba vede k postupnému úpadku celé osobnosti člověka postiženého touto chorobou a vede až k závislosti nemocného na jeho okolí a blízkých. Péče o takto nemocného člověka je velice náročná, a jak jsem zjistila z výzkumu k mé bakalářské práci, která byla zaměřena na kvalitu života osob blízkých, které se o takto postiženého člena své rodiny starají, snižuje tato péče kvalitu života celé rodiny (Panská, 2016). Potom tedy není divu, když se rodina rozhodne svého blízkého svěřit do některého rezidenčního zařízení, které se stará o osoby s touto chorobou. Zde přichází problematika konceptu koordinované rehabilitace a snaha o co nejdokvétější péči o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Pojem koordinované rehabilitace je zatím poměrně novým pojmem, a ne všichni jsou obeznámeni s tím, co vlastně koordinovaná rehabilitace znamená. Koordinovaná rehabilitace ale v posledních letech nabývá na významu. Mezi složky koordinované rehabilitace patří rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak jsou odborníci, kteří denně pečují o osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, s tímto pojmem seznámeni, zda péče o ně je péčí provázanou skrze všechny složky koordinované rehabilitace a zda je v praxi něco, co chybí k lepší komplexnosti péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. V první části – teoretické, popisují hlavní témata této práce. První kapitola je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, kde popisují, co to Alzheimerova choroba je, krátce její historii, průběh, epidemiologii, její rizikové faktory, příznaky, jak se Alzheimerova choroba diagnostikuje a jak se léčí. Další kapitolou teoretické části je demence, kde krátce popisují, o jakou chorobu se

jedná a dále popisují její další formy a dělení. Kapitulu o demenci do své práce vkládám z důvodu, že Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, a proto jsem se chtěla krátce o této nemoci zmínit. Třetí a poslední kapitolou teoretické části je koordinovaná rehabilitace. V této kapitole popisují, co je to koordinovaná rehabilitace, popisují její jednotlivé složky a na závěr se soustředím na konkrétní aktivity, které jsou v rámci koordinované rehabilitace využívány pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

Výzkumná část této práce je zaměřena na cíl práce a výzkumné otázky, dále je zde popsána metodika, výsledky, diskuze a závěr.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Alzheimerova choroba*

V první kapitole se zabývám základním tématem mé diplomové práce, a to Alzheimerovou chorobou, která patří mezi nejčastější typy demence. Popisuji, co to Alzheimerova choroba je, její definici, historii, průběh, epidemiologii, diagnostiku, léčbu a další.

### 1.1.1 *Definice*

Alzheimerova choroba nebo také Alzheimerova nemoc (AN) je dle autora Pidrmána (2007) progresivní onemocnění, které je charakteristické svými klinickými a patofyziologickými příznaky. Alzheimerova nemoc je dle autora Pidrmána (2007) primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Pro AN v pokročilém stádiu jsou typické změny na mozku rozpoznatelné při pitvě pouhým okem (Nehls, 2015). Jde o zvětšenou, výrazně zvětšenou mozkovou komoru, dále patrné zeslabení mozkové kůry, kde se nacházejí těla nervových buněk a nápadný úbytek bílé hmoty mozkové, ve které jsou hlavně vlákna mozkových buněk (Nehls, 2015). Dále dle autora Nehlse (2015) můžeme mikroskopem sledovat další změny na mozku, které jsou významné, pokud se vyskytují společně. Dle autora Nehlse (2015) sem patří zejména odumřelé a odumírající nerovové buňky s fibrilárními depozity a dále amyloidní plaky, které se nacházejí mezi buňkami. Dle autora Jiráka (in Jiráka, Holmerová, Borzová, 2009) u nemocných, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, dochází k ukládání bílkovin v mozku a tím vznikají útvary, které se nazývají neuritické plaky. Čím více se těchto plaků nachází v mozkové kůře, tím více je oblast postižena (Jiráka, in Jiráka, Holmerová, Borzová, 2009).

### 1.1.2 *Historie*

Prvním doktorem, který popsal Alzheimerovu chorobu, je Alois Alzheimer, který jí v roce 1906 na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu přednesl jako „Neobvyklou poruchu cerebrálního kortexu“ (Pidrman, 2007). Zde byl také poprvé popsán případ pacientky Augusty D., která trpěla příznaky této nemoci, která byla později pojmenována právě po panu A. Alzheimerovy (Pidrman, 2007). A. Alzheimer

provedl pitvu mozku jeho pacientky Augusty D. a popsal typické neuropatologické změny (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) na jejím mozku našel neuritické plaky, neurofibrilární klubka a arteriosklerotické změny.

### **1.1.3 Průběh**

Alzheimerova choroba probíhá různě, záleží to na člověku od člověka, protože zdaleka ne všechny případy mají zcela totožné příznaky (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Průměrně Alzheimerova choroba trvá asi 9 let a dělí se na tři stádia: časné nebo také mírné, střední a poslední stádium je těžké nebo také hluboké (Pidrman, 2007). Dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) je doba délky života od objevení Alzheimerovy choroby do úmrtí asi 5-15 let. Průběh nemoci je zatím nezvratný (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Alzheimerova choroba začíná pozvolna a nejdříve se u nemocné osoby postupně zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o domácnost (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Vybívá se plíživě, pomalu, ale přitom trvale progreduje (Pidrman, 2007). Poměrně brzy dochází u postižené osoby k úbytku osobnostních rysů a charakteristik, ztrácejí svá základní estetická a etická pravidla, návyky a zvyklosti (Pidrman, 2007). Dále se dle Pidrmána (2007) stávají nápadnými svým chováním a jednáním, ztrácejí své zájmy, narušují se u nich dlouhodobé vazby a vztahy. Dále se u osob postižených Alzheimerovou chorobou objevují poruchy jako je afázie, agnózie a trpí poruchou prostorové orientace (Pidrman, 2007). Alzheimerova choroba dle Morella, Lima a Brandaa (2017) značně ohrožuje i komunikační dovednosti, což vede u nemocného k omezení schopnosti komunikace, a to má negativní dopad na sociální interakci. Dle Pidrmána (2007) nemocní přestávají zvládat péči o svou vlastní osobu, po stránce hygieny a oblékání se stávají zanedbanými bez pomoci jiné osoby. Dále se mohou objevovat paranoidní syndromy, objevuje se postižení emocí a v začátcích se může objevit i deprese nebo mánie (Pidrman, 2007). V následující tabulce (viz tab. 1) vidíme rozdělení do tří stádií a jejich charakteristické příznaky v jednotlivých stádiích dle autorek Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008):

**Tab. 1: Stádia Alzheimerovy choroby**

<b>První stádium</b>	<b>Druhé stádium</b>	<b>Třetí stádium</b>
Zhoršování paměti	Významné výpadky paměti	Obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby
Časová dezorientace	Poruchy orientace i ve známém prostředí	Dezorientace
Prostorová dezorientace	Snížená schopnost postarat se sám o sebe	Výrazné zhoršení komunikace, praktická nemožnost navázat slovní kontakt
Ztráta iniciativy a průbojnosti, nejistota v rozhodování	Zhoršování řečových schopností, a to jak ve vyjadřování, tak v porozumění řeči, což vede k obtížím v komunikaci	Obtíže s chůzí, až upoutání na lůžko
Obtížné hledání slov	Mohou se vyskytovat další příznaky jako bludy, halucinace, poruchy chování, neklid, opakování, vykřikování, agresivita	Inkontinence – neudržení moči ani stolice

Zdroj: upraveno dle Holmerové, Jarolímové, Novákové (2008).

Diagnóza AN je během života postiženého jen „možná“ nebo „pravděpodobná“, nikdy není na 100 % jistá, jistou se stává až po pitvě, a tedy smrti nemocného (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Při včasné stanovené pravděpodobné diagnózy a včasné správné léčbě se dá zhoršování stavu přechodně pozastavit nebo alespoň zpomalit a tím tedy oddálit stádium závislosti a institucionalizace pacienta (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Bezprostřední příčinou smrti bývá interkurentní onemocnění – zápal plic, embolie, srdeční zástava apod. (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

#### ***1.1.4 Epidemiologie***

Alzheimerova choroba je označována jednou z nejčastějších příčin demence (McGough, Kirk-Sanchez, Liu-Ambrose, 2017). Bývá často kombinována

s vaskulárním onemocněním mozku, anebo dalšími neurodegenerativními nemocemi (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Patologické změny na mozku se objevují již roky před tím, než se začnou u nemocného projevovat symptomy (McGough, Kirk-Sanchez, Liu-Ambrose, 2017). Při této nemoci postupně dochází u nemocného člověka k postupné závislosti na každodenní pomoci druhé osoby (Česká alzheimerská společnost, 2015). Předpokládá se, že Alzheimerova choroba je příčinou asi 50-70 % všech demencí i těch smíšených (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Podle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) je nejhlavnějším rizikovým faktorem pro AN věk. Alzheimerova choroba se tedy vyskytuje zejména v seniorském věku, může ale postihnout i osoby mladší (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Ve věku od 60 let do 65 let je zasaženo Alzheimerovou chorobou zhruba 1 % populace a tato četnost se zdvojnásobuje asi každých 5 let (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Ženy bývají Alzheimerovou chorobou postiženy častěji než muži (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Průběh Alzheimerovy nemoci je dlouhé roky skryt a probíhá latentně (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). K projevům příznaků dochází až v těžším stádiu, při těžším postižení mozkové tkáně po letech trvání nemoci, kdy se už rozvinuly významné degenerativní změny mozku (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) se rozlišují dvě formy vzniku Alzheimerovy demence. Forma s časným začátkem do 65 let a forma s pozdním vznikem po 65 roce života (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dle Pidrmána (2007) existuje velmi malé procento populace, kdy se může demence vyskytovat u osob mezi 45 a 54 rokem života. Odhadem je v České republice asi 75 až 120 tisíc osob postižených Alzheimerovou chorobou, většina případů lehkého stádia demence není však diagnostikována (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Podle Alzheimer's Disease International žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónů lidí s demencí (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016). Z důvodu prodlužování věku dochází ke stálému nárůstu osob postižených Alzheimerovou chorobou, a proto je dle autorů Rabocha a Pavlovského et al. (2012) AN označována jako tichá epidemie.

### ***1.1.5 Rizikové faktory***

Jak již bylo zmíněno, největším rizikovým faktorem Alzheimerovy choroby je dle autora Pidrmána (2007) věk. Ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů demence (Pidrman, 2007). Dle autorů Koukolíka a Jiráka (1998) se však

diskutuje o tom, zda je výskyt AN vázán na věk nebo na proces stárnutí. Dle Nehlse (2015) by na základě takto razantního přírůstku měl stoletý člověk jen desetiprocentní šanci, že se u něj nerozvine demence. Avšak v takto vysokém věku pravděpodobnost výskytu naopak klesá, a to je první znamení toho, že Alzheimerova choroba není zaviněna stárnutím jako takovým (Nehls, 2015). Dalším rizikovým faktorem dle Pidrmána (2007) může být i rodinná anamnéza, která může zvyšovat riziko vzniku AN až o trojnásobek nebo čtyřnásobek, a to hlavně ve věku nad 80 let. Dále jak již také bylo zmíněno je více rizikové ženské pohlaví pro rozvoj AN (Pidrman, 2007). Dle Pidrmána (2007) je rizikem i přítomnost alely pro apolipoprotein E4, ale dále také úroveň vzdělání, kdy nižší úroveň vzdělání znamená vyšší riziko onemocnění AN, a také úrazy hlavy ať už jednorázově či opakovaně. U lidí se základním vzděláním dle autorů Koukolíka a Jiráka (1998) se na syndromu demence kromě Alzheimerovy nemoci často spolupodílí vyšší výskyt alkoholické a blíže nespecifikované demence. Rizikem onemocnění AN může být i přítomnost vaskulárních onemocnění (Pidrman, 2007). Dle Holmerové a Mátlové (2012) si stále vědci nejsou zcela jisti příčinami vzniku Alzheimerovy choroby a stále bádají nad jejími příčinami. V poslední době výzkum ukázal, AN u starších lidí (bez rodinného výskytu nemoci) se vyskytuje zároveň se změnami na 19 chromozomu (Holmerová, Mátlová, 2012). U osob, které onemocnění v časnějším stádiu, tedy kolem roku 30 let až 40 let a v jejich rodině se nachází osoba, která trpí Alzheimerovou chorobou, souvisí AN nejspíše se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu (Holmerová, Mátlová, 2012). Mezi další možné rizikové vlivy pro vývoj AN dle autorů Koukolíka a Jiráka (1998) je kouření cigaret. Dle autorek Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008) mezi rizikové faktory ještě patří například deprese, škodlivý životní styl, nezdravá strava, škodliviny vnějšího prostředí a dlouhodobý stres.

### ***1.1.6 Příznaky***

Příznaky Alzheimerovy choroby se vyvíjejí plíživě a rozeznat je od příznaků, které doprovázejí normální stárnutí, nemusí být zpočátku jednoduché (Koukolík, Jiráka, 1998). Dále jsou také konkrétní projevy onemocnění ovlivňovány i typem osobnosti, předchozím tělesným a duševním stavem a stylem života (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Mezi základní klinické příznaky patří kognitivní poruchy (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Jsou to poruchy paměti, které se ze začátku projevují v oblasti krátkodobé paměti a poruchy intelektu nebo také snížení intelektu a také



dalších poznávacích procesů (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dále jsou postiženy psychické funkce, kam patří například myšlení, které se zpomaluje, postižený člověk má zabíhavé myšlenky a může dojít až k bludům (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dále je postižena orientace, kdy je osoba dezorientovaná časem a následně i místem a situací (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dále je také postižena osobnost, kdy dochází k úpadku osobnosti a ztrátě sebekontroly (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Emoce bývají u osob, které jsou postiženy Alzheimerovou chorobou také postiženy, dochází u nich k depresivitě (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dále dochází k poklesu vůle, k neklidu, agresivitě a bloudění nebo také k halucinacím (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Mezi významné příznaky patří behaviorální a psychologické příznaky demence (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Patří sem selhávání při zvládnání denních aktivit a ztráta soběstačnosti v důsledku narušení kognitivních funkcí (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). V následující tabulce (viz tab. 2) vidíme rozdělení příznaků Alzheimerovy choroby dle mnemotechnické pomůcky ABC dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015).

**Tab. 2: Rozdělení příznaků Alzheimerovy choroby**

A – activities (aktivity)	Narušení běžných aktivit denního života, ztráta schopnosti postarat se sám o sebe v různých oblastech života (hygiena, oblékání, stravování, finance, společenské kontakty atd.)
B – behavior (chování) BPSD – behaviorální a psychologické příznaky demence (označované jako neuropsychiatrické příznaky)	Behaviorální (křik, agitovanost, agresivita, bloudění, hromadění věcí) a psychologické (deprese, halucinace, podezřívavost, bludy, záměny osob, úzkost) příznaky; bývají u 70-90 % nemocných, činí obtížným domácí ošetřování
C – cognition (poznávací funkce)	Kognitivní příznaky – amnézie, afázie, agnózie, apraxie, poruchy úsudku a myšlení, pokles intelektového výkonu

Zdroj: Hosák, Hrdlička, Libiger et al. (2015, s. 123).

Klinický obraz ale nebývá vždy typický a existuje řada nemocných se smíšenou demencí, a proto je obtížné Alzheimerovu chorobu diagnostikovat (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### **1.1.7 Diagnostika**

Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Diagnóza se dle autorek Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008) stanovuje dle různých klinických a laboratorních testů. Je zapotřebí vyvrátit všechny jiné možnosti, které by mohly značit jinou nemoc, která způsobuje demenci (Holmerová, Mátlová, 2012). Včasná diagnóza je důležitá, protože některé ze symptomů můžeme léčit, a tak zmírnit progres choroby (NIH, 2017). Diagnózu Alzheimerovy choroby může učinit lékař, který je s touto problematikou velmi dobře seznámen a má s Alzheimerovou chorobou dlouholeté zkušenosti (Holmerová, Mátlová, 2012). Při sdělování diagnózy je důležité dát pacientovi, který trpí AN čas na to, aby se s diagnózou smířil (Regnault, 2011). Ke stanovení závěru, že se jedná opravdu o Alzheimerovu chorobu, lékař potřebuje znát pečlivě a dopodrobna osobní i rodinou anamnézu pacienta, podrobné vyhodnocení změn kognitivních funkcí, paměti a chování pacienta během posledních měsíců či let, dále musí provést vyšetření kognitivních funkcí pomocí testů, klinické vyšetření doplnit o vyšetření laboratorní – to vše je zaměřeno na odhalení příčiny kognitivní poruchy, a dále se může vyšetření doplnit také o vyšetření neurologické včetně CT (počítačová tomografie) mozku (Holmerová, Mátlová, 2012). Pro vyšetření kognitivních (poznávacích) funkcí se používají testy jako například Mini Mental State Exam (MMSE) nebo Addenbrookský kognitivní test (ACE-R) (Raboch, Pavlovský et al., 2012). Testy tvoří soubor otázek, kdy jejich cílem je zjistit úroveň kognitivních schopností pacienta, kam patří paměť, pozornost, logické uvažování a schopnost vykonávat motorické úkoly (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Vyšetření hlavy a mozku se provádí pomocí počítačové tomografie (CT) nebo magnetické rezonance (MR), kdy je cílem vyloučit přítomnost ostatních možných chorob, které se mohou projevovat podobnými příznaky jako AN (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Mezi další zobrazovací metody patří dále ještě pozitronová emisní tomografie (PET) a jednofotonová emisní tomografie (SPECT) (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Tyto zobrazovací metody dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) sice nedokážou potvrdit diagnózu AN, ale vyloučí jiné

příčiny poruchy psychického stavu, například může jít o nitrolebeční hematom, mozkové tumory nebo mozkové infarkty. Přesněji můžeme diagnózu Alzheimerovy choroby stanovit pouze na základě daleko podrobnějšího a invazivnějšího vyšetření (vyšetření mozkomíšního moku na hladinu tau proteinu a amyloidu) a podrobným zobrazovacím vyšetřením mozku (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Ale tato vyšetření nejsou zatím všude běžně dostupná a v praxi platí, že nejcitlivějším vyšetřením jsou správně provedené testy (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). V dnešní době lze na specializovaných pracovištích dosáhnout poměrně vysokého stupně jistoty diagnózy při podezření na Alzheimerovu nemoc již v počátečních lehkých stádiích (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Jak již ale bylo řečeno, stoprocentní a definitivní diagnóza Alzheimerovy choroby je jistá až po smrti a po pitvě mozku nemocného (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### ***1.1.8 Léčba***

Nejefektivnější v léčbě AN je komplexní přístup, což znamená propojení léčby farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační (Preiss, Kučerová et al., 2006). Jako prevence proti vzniku Alzheimerovy choroby se považuje především zdravý životní styl (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Pod zdravým životním stylem se skrývá dieta s nízkým obsahem tuků, pravidelná fyzická aktivita, dostatečná intelektuální stimulace, vyhýbání se úrazům hlavy, předvídatelným stresujícím situacím, harmonické uspořádání sociálních vztahů apod. (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Léčbu Alzheimerovy choroby můžeme dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) rozdělit na nefarmakologické metody a na farmakoterapii. Do nefarmakologických metod dle těchto autorů patří například edukace příbuzných o průběhu a vhodných opatřeních u AN, úprava prostředí, to znamená snížit pravděpodobnost úrazů a útěků, zvýšit možnost sebeobsluhy nemocného. Dále aktivizace nemocného, trénink paměti, vzpomínkové terapie, animoterapie, adekvátní denní režim, dostatečný příjem stravy a tekutin, dostatečná fyzická aktivita, jako například procházky a cvičení (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dle autorek Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008) mezi nefarmakologické metody patří například validace, kinezioterapie, taneční terapie, programované a individualizované aktivity, reflektivní podpora, bazální stimulace. Tyto postupy jsou zaměřeny na usnadnění komunikace s pacientem a lepší pochopení podstaty onemocnění (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Do farmakologických

metod dle autorů Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) patří kognitiva, což jsou například: inhibitory cholinesteráz donepezil, rivastigmin a galantamin; modulátor glutamátových NMDA receptorů memantin. Projevy na kognitiva u nemocných jsou však individuální (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Tato léčba může u nemocných oddálit jejich umístění do ústavní péče o několik let (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Dle autorek Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008) mají tyto léky schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu acetylcholinu, která při AN klesá v důsledku úbytku neuronů. Acetylcholin je neurotransmitter, přenašeč nervových signálů, který se podílí na nervových procesech, a především na paměťových schopnostech, proto je zhoršování paměti jednou z prvních poruch u AN (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Alzheimerova choroba nemá stále do dnešní doby lék, který by ji vyléčil, kvůli tomu, že dosud stále ještě nejsou přesně známy její příčiny, a proto neexistuje možnost její příčinné léčby a tedy vyléčení (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Dle autorů Awasthi, Singh et al. (2018) bylo provedeno několik pokusů v léčbě Alzheimerovy choroby kombinací lékové terapie proti různým příčinám, ale vedlejší účinky těchto léků vedou k pokusům o vývoj nových léků, které budou na přírodní bázi. Existuje tedy však celá řada léků, které zmírňují nebo odstraňují některé příznaky a zlepšují život lidí, kteří AN trpí (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Základními typy léků, které jsou účinné ve zmírňování nejobtížnějších příznaků AN, jako je nespavost, neklid, agresivita, deprese atd. jsou například antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika nebo hypnotika (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Ve vývoji je velké množství nových léků, ale zatím se je nedaří uplatnit v praxi (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Studuje se vliv preventivního podávání protizánětlivých látek, které však mají významné nežádoucí účinky (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Proběhly také klinické studie léčby Alzheimerovy nemoci pomocí aktivní vakcinace nemocných proti beta-amyloidu i pasivní imunizace podáváním monoklonálních protilátek proti beta-amyloidu, výsledky zatím nejsou jednoznačné (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Současná farmakologická léčba Alzheimerovy choroby je stále stejná, a ne zcela prospěšná, proto léčba této nemoci zahrnuje i kognitivní a behaviorální rehabilitaci, která představuje terapeutický přístup a je doplňkovou léčbou farmakologické léčby (Raggi, Tasca, Ferri, 2017). K léčbě demencí patří však i podpora pečovateli, většinou se jedná o rodinné příslušníky, kteří se o své nemocné příbuzné starají (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Pro ty tu právě existují různé denní nebo

týdenní stacionáře, aby si mohli od pečování trochu odpočinout (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

## **2.1 Demence**

V této kapitole krátce popisuji demenci, zejména, co to demence je a jak se dále dělí. Tuto kapitolu vkládám do mé diplomové práce, protože Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, a tudíž bych chtěla něco o této nemoci zde zmínit.

### **2.1.1 Vymezení pojmu demence**

Jako demenci dle autora Nehlse (2015) označujeme onemocnění mozku s poruchou myšlení a omezení emocionálních a sociálních schopností nemocného člověka. Dle autora Pidrmana (2007) je demence syndrom, který vznikl jako následek onemocnění mozku, ať už chronického nebo progresivního charakteru. Dochází poté tedy k narušení vyšších korových funkcí a dále i paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí přitom zastřené není (Pidrman, 2007). Dále dle autora Pidrmana (2007) uvedené narušené funkce doprovází, a někdy i předchází, zhoršení kontroly emocí, motivace nebo sociální chování. Diagnózu demence můžeme určit dle klinického obrazu – psychiatrického a psychologického vyšetření (Pidrman, 2007). Demenci tedy chápeme jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je tak závažná, že velmi ovlivňuje jak celý život pacienta, který touto chorobou trpí, ale i další funkce, které s jeho životem úzce souvisí (Pidrman, 2007). Dle autora Buijssena (2006) je tato nemoc natolik destruktivní, že člověka postiženého touto nemocí čeká postupný úpadek a v její poslední fázi se pacient téměř vůbec nepodobá člověku, kterým byl na začátku. Demenci dělíme na primární a sekundární (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dle autorky Ehrenfreuchter et al. (2014) je primární demence taková demence, když je mozek postižen přímo, tedy primárně, proto také tato forma vzniká na podkladě nervové degenerace a je neléčitelná. Právě jejím nejčastějším typem je Alzheimerova choroba (Ehrenfreuchter et al., 2014). Další častou formou demence je demence ischemicko-vaskulární, která je způsobena poruchami prokrvování mozku (Ehrenfreuchter et al., 2014). Na rozdíl od primární je tedy sekundární demence vyvolávána jinou příčinou, a to příčinou, která není vyvolána z mozku, ale na vině je u sekundární demence jiné onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dle autorky Ehrenfreuchter et al. (2014) to jsou například poruchy metabolismu, podvýživy, dehydratace, nedostatek hormonů, popřípadě mozkový nádor, a tato onemocnění mají negativní vliv na fungování mozku, a proto dochází k rozvoji demence.

Slovo demence pochází z latiny, „mens“ znamená „mysl“ a předpona „de“ značí „od“, celé slovo demens tedy znamená v překladu šílený, něco, co myslí pozbylo, odchylka od rozumového jednání (Kučerová, 2006). V dnešní době nějakou formou demence trpí více než sedm miliónů obyvatel Evropy (Česká alzheimerská společnost, 2015).

### **2.1.2 Epidemiologie demence**

Kvůli tomu, že populace v České republice stárne, zvyšuje se i počet osob postižených demencí, protože se zvyšuje počet seniorů (Pidrman, 2007). Důvodem stárnutí populace je klesající porodnost a zároveň snižující se úmrtnost (Pidrman, 2007). Podle prognostických údajů tento trend bude pokračovat a počet postižených osob se tedy bude zvyšovat (Vostrý, Dončevová, 2017). Dle Pidrmana (2007) je riziko rozvoje demence u osob starších 65 let 5 %, v 75 letech je riziko 10 %, u osob, kterým je 80 let je riziko 20 % a u osob nad 90 let je až 50 % osob trpících jasnými příznaky demence. Největší podíl demencí tvoří demence atroficko-degenerativní, kterých je asi 60 % - Alzheimerova choroba je z nich nejčastější (Pidrman, 2007). Vaskulární demence se vyskytují asi ve 20 %, a nejčastější z nich je demence multiinfarktová (Pidrman, 2007). Demence sekundární se vykytují asi v 10 % a smíšené formy demence se vyskytují asi v 10-15 % (Pidrman, 2007). Demence je 4. nejčastější příčinou smrti po ischemické chorobě srdeční, nádorových onemocnění a cévních mozkových příhodách (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

### **2.1.3 Dělení demencí**

Demenci je důležité nejdříve správně diagnostikovat a poté určit její etiologie, je to velmi důležité pro následnou léčbu nemocného (Pidrman, 2007). Demenci dělíme dle Pidrmana (2007) na primárně degenerativní, nebo ji můžeme nazývat také jako atroficko-degenerativní demenci, jak uvádí autorka Vágnerová (2008). *Její příčinou je degenerativní postižení mozku* (Vágnerová, 2008, s. 272) a patří sem Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence (Pidrman, 2007). Dalším typem demence jsou demence sekundární, které vznikají v důsledku jiné poruchy, která poškozuje centrální nervovou soustavu, a ty se dále dělí na ischemicko-vaskulární demence, které jsou následkem kardiovaskulárního onemocnění, a ostatní

sekundární demence, které jsou vyvolané jinými příčinami (Vágnerová, 2008). Dle Pidrmána (2007) jsou sekundární demence nesourodá skupina, protože na jejich vzniku se podílí vždy nějaká jiná příčina. Jedná se například o demence po traumatu (posttraumatické demence), které dle Fišara et al. (2009) vznikají následkem zhmoždění mozku, které jsou buď přechodného charakteru a později vymizí, nebo dojde k traumatické encefalopatii, která má charakter demence, dále infekční demence, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, demence při karencích vitaminů, při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii atd. (Pidrman, 2007). Mezi nejzávažnější a nejčastější sekundární demence patří například vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická – Binswangerova choroba), metabolické demence, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě (dle Duška a Večeřové-Procházkové (2010) se projevuje již mezi 20. – 30. rokem života), traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při nádorech centrální nervové soustavy (CNS) nebo demence při infekcích (Pidrman, 2007). Mezi smíšené demence patří například demence smíšená Alzheimerova/vaskulární, smíšená Alzheimerova/jiné primární degenerativní demence a ostatní smíšené.

### **2.1.3.1 Demence s Lewyho tělísky**

*Demence s Lewyho tělísky je hlavním klinickým projevem neurodegenerativního onemocnění – difuzní nemoci s Lewyho tělísky* (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015, s. 127). Tato nemoc byla popsána ve druhé polovině 20. st., a je pojmenovaná po svém objeviteli F. H. Lewym (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Původně byla demence s Lewyho tělísky považována za vzácnou, nyní je druhou nejčastější neurodegenerativní příčinou demencí právě po AN (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Diagnostikována je málo z důvodu neznalosti lékařů a jejího neodhalení kvůli tomu, že má netypický klinický obraz a kombinuje se často s AN (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Tato demence se projevuje u pacientů ve vyšším věku, kolem 75-80 let (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Neuropatologicky je tato demence příbuzná Parkinsonově nemoci (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Také má některé společné znaky jako Alzheimerova choroba (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Dále se u této demence kromě základních příznaků objevují fluktuující poruchy kognitivních funkcí a opakující se výskyt zrakových halucinací (Pidrman, 2007). Klinické příznaky mývají



určité odlišnosti oproti demenci u AN – plynule progredující demence, parkinsonské neurologické příznaky (maskovitá tvář, svalová ztuhlost, cupitavá chůze s pády, třesy), komplexní zrakové halucinace (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Průběh bývá podobný jako u AN, ale navíc se zde objevují neurologické příznaky jako je hypokineze, rigidita, pády, které mohou průběh této demence urychlit (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Léčba je obdobná jako u AN (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### **2.1.3.2 Frontotemporální demence**

Frontotemporální demence je skupina onemocnění s degenerací frontálních a temporálních laloků mozku (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). *Nejčastější formou je Pickova nemoc* (Pidrman, 2007, s. 55). Tato demence začíná poměrně časně a to mezi 45 až 65 rokem a je typická pro svou výraznou alteraci osobnosti a sociálního chování (Pidrman, 2007). Nemoc trvá od 5 let do 20 let a stejně jako ostatní demence začíná plíživě a postupně progreduje (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). U této demence je důležité neuropsychiatrické vyšetření a vyšetření mozku pomocí CT, MR a SPECT, které může ukázat atrofii a lokálně snížený metabolismus (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Frontotemporální demence se lečí pouze symptomaticky, protože kognitiva nejsou u této demence účinná, dále je důležitá také nefarmakologická léčba podobná jako u AN (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### **2.1.3.3 Vaskulární demence**

*Morfologický podklad těchto demencí vzniká na podkladě hypoxicko-ischemických změn mozku* (Fišar et al., 2009, s. 316). Je to nejčastější sekundární demence, ale tak často jako AN se nevyskytuje (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). *Vaskulární patologie se také často vyskytuje současně s Alzheimerovou nemocí, pak jde o smíšenou demenci* (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015, s. 133). Protože se jedná o velkou skupinu onemocnění, nemají tyto demence typický klinický obraz (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). U vaskulární demence se vyskytuje kognitivní porucha v důsledku poškozeného mozku nějakým typem cévní patologie, a demence se projeví až tehdy, když je rozsah poškození CNS vyšší, než jaké jsou schopnosti mozku toto kompenzovat (Pidrman, 2007). Symptomy demence se projevují asi tak do 3 měsíců po

cévní příhodě (Pidrman, 2007). Průběh vaskulární demence je kolísavý s výkyvy a zhoršování má charakter skoků (Vágnerová, 2008). Pro stanovení této diagnózy je zapotřebí, aby bylo prokázáno cerebrovaskulární onemocnění (Pidrman, 2007).

#### **2.1.3.4 Demence při Parkinsonově chorobě**

Vyskytuje se obvykle po 50 roce života a má velmi rychlý průběh, někdy ale může trvat i několik let (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Projevuje se zhoršenou hybností, ztuhlostí v obličeji, třesem prstů a posléze i celých končetin a trvale progreduje (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Dále se dle Hosáka, Hrdličky a Libigera et al. (2015) mohou v lehkém stupni vyskytovat i kognitivní poruchy. Zejména se vyskytuje porucha exekutivních funkcí, což je plánování a provádění složitějších aktivit (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Demence při Parkinsonově chorobě se v některých případech kombinuje s AN (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

#### **2.1.3.5 Demence při Huntingtonově chorobě**

*Huntingtonova nemoc je dědičné autosomálně dominantní neurodegenerativní onemocnění s úplnou penetrancí* (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015, s. 131). Projevuje se nekoordinovanými mimovolnými pohyby končetin, trupu i obličejového svalstva, dále zhoršeným vyslovováním a polykáním a postupným rozvojem demence (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Z počátku nemusí být rozpoznána a může se zaměnit s jiným psychiatrickým onemocněním, protože se mohou objevovat poruchy nálad, jako například deprese a dále halucinace a bludy (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Onemocnění se projevuje už mezi 20-30 lety života (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Délka onemocnění se uvádí v rozmezí od 5 let do 30 let (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Farmakologická léčba není známa, léčba je prováděna nefarmakologickými postupy a symptomatickou terapií, kdy je léčena deprese a psychotické příznaky (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

### **2.1.3.6 Traumatické demence**

Tyto demence vznikají následkem zhmoždění mozku, které jsou buď přechodného charakteru a později vymizí, nebo dojde k traumatické encefalopatii, která má charakter demence (Fišar et al., 2009). Dále dle Pidrmana (2007) vznikají akutně – ihned v souvislosti s traumatem, nebo v delším časovém úseku. *Typické pro tyto demence jsou neurologické příznaky, které kopírují lokalizaci poranění CNS* (Pidrman, 2007, s. 59). V začátku se spolu s traumatem mohou objevovat deliria nebo kvantitativní poruchy vědomí, jako je somnolence a koma (Pidrman, 2007). Dále se mohou objevit změny osobnosti a poruchy paměti v oblasti všípivosti (Pidrman, 2007).

### **3.1 Koordinovaná rehabilitace**

Protože jsem v rámci mé práce zjišťovala, jak je koncept koordinované rehabilitace aplikován na pacienty s Alzheimerovou chorobou, v následující kapitole stručně popisuji, co to koordinovaná rehabilitace je, jaké má složky a které aktivity se mohou aplikovat při péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

#### **3.1.1 Co je to koordinovaná rehabilitace**

Koordinovaná rehabilitace je v dnešní společnosti stále malou neznámou, o ní a její realizaci je málo informací, a proto pokud je někde uskutečňována, tak jen náhodně a jen u některých jedinců (MPSV Emmerová, 2012). Avšak dle autora Pfeiffera et al. (2014, s. 6) je *rehabilitace důležitým pojmem, který v souvislosti s rozšiřujícími se možnostmi moderní medicíny a pozitivním vývojem zdravotně sociální situace jednotlivých zemí nabývá na významu*. Příčinou její nevyužitosti je nedostatečná informovanost poskytovatelů zdravotní péče a také nedostatečná nabídka, z toho plyne, že není nabízena, zvažována, realizována a neprovádí se v žádném časovém sledu (MPSV Emmerová, 2012). V některých zařízeních nelze koordinovanou rehabilitaci provádět pro nenaplnění materiálního a personálního předpokladu pro výkon této služby (MPSV Emmerová, 2012). Dle Emmerové (2012) je tedy jen výjimkou, pokud je někde zajišťována včasná, interdisciplinární, komplexní a dostatečně dlouhá rehabilitace, která vede k obnovení funkcí lidského organismu. Kvůli tomu, že populace stárne a tím i přibývá jedinců, kteří trpí nějakým onemocněním, je důležité klást důraz na systematickou a komplexní rehabilitaci s ohledem na jejich kvalitu života do pozdního staří (MPSV Emmerová, 2012). Dále také k projevování různých chorob dochází až v pozdním věku (MPSV Emmerová, 2012). V koordinované rehabilitaci jde zejména o to, aby každý jedinec zůstal nejen dlouho naživu, ale také aby jeho život neztratil kvalitu života, aby se nestal závislým na druhé osobě a aby mohl stále udržovat kontakt se společností (MPSV Emmerová, 2012).

Rehabilitace je novolatinský pojem a byl zaveden v 19. století (Votava, 2003). Předpona „re“ znamená znovu a „habilis“ znamená schopný, společně to tedy znamená „znovuuschopnit“ (Pfeiffer et al., 2014). Původními významy byly léčebné postupy vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (Votava, 2003). Výsledkem rehabilitace je tedy odstranění všech důsledků nemoci či úrazu, které se projevují jak na pohybovém

ústrojí, rozumových schopnostech, psychice, tak i na vnitřních orgánech (Votava, 2003). Rehabilitace je nyní chápána jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, kdy jeho cílem je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé dlouhodobé nebo trvalé následky postiženého jedince (Pfeiffer et al., 2014). Cílem rehabilitace je dle Pfeiffera (2014) nejrychlejší a nejširší včasná provázanost všech složek rehabilitace a zapojení osob se zdravotním postižením do všech aktivit, které prováděly před postižením, a s maximálním důrazem na pracovní začlenění. *Je nezbytné, aby proces rehabilitace byl prováděn koordinovaně* (Pfeiffer et al., 2014, s. 7). *Koordinovanost v rehabilitaci znamená propojení léčebných, pedagogických (edukačních), pracovních a sociálních prostředků* (Pfeiffer et al., 2014, s. 7). Koordinovanost rehabilitace je důležitá nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale také pro stát a celou společnost, kdy je snižován počet osob závislých na pomoci státu (Pfeiffer et al., 2014). Mezi základní pojmy koordinované rehabilitace, kromě zmíněné rehabilitace dle Válkové (2015) dále ještě patří kognitivní funkce, paměť, koncentrace a pozornost.

### **3.1.1.1 Definice rehabilitace**

*Rehabilitace je ucelený, vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince, které výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění* (Pfeiffer et al., 2014, s. 7). *Cílem je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění* (Pfeiffer et al., 2014, s. 7).

### **3.1.2 Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace patří mezi složky koordinované rehabilitace a zaměřuje se na podporu fungování člověka v běžném životě (Francová, in Pfeiffer et al., 2014). Do zmíněné podpory patří například zabezpečení ekonomické a hmotné, poskytnutí asistence v domácnosti a pomoc s výchovou dětí, úprava bytu nebo automobilu, výcvik pro pohyb v přirozeném prostředí atd. (Francová, in Pfeiffer et al., 2014). Dále se zaměřuje na posílení osobních kompetencí člověka, schopností a dovedností, které využije ve svém běžném životě, ale také v zaměstnání a dalších oblastech kulturního a společenského života (Česká unie pro podporované zaměstnání, 2016). Sociální rehabilitace probíhá pomocí socioterapie, kdy dochází k nápravě vztahů

jedinec x komunita, k posílení jeho sociálního statusu, nebo probíhá pomocí případové sociální práce atd. (Francová, in Pfeiffer et al., 2014). Dále se sociální rehabilitace může provádět i metodou podporovaného zaměstnání (Česká unie pro podporované zaměstnání, 2016).

Sociální rehabilitace je popsána v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v § 70 jako *soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí*. Dle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je poskytována jak terénní formou, tak i formou ambulantní nebo pobytovou v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Při formě terénní a ambulantní jsou poskytovány činnosti jako nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Forma poskytovaná pobytovou službou je doplněna ještě o činnosti jako je poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro vykonání osobní hygieny (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Služba probíhá tak, že je uživateli při prvním kontaktu poskytnuto základní poradenství o sociální rehabilitaci a jejích podmínkách, případně o jiných vhodnějších či návazných službách (Česká unie pro podporované zaměstnání, 2016). Pokud je služba pro uživatele, vhodná podepíše se dohoda o poskytnutí služby a dále je klient veden dalšími pracovníky služby, kteří s ním vytváří jeho individuální plán (Česká unie pro podporované zaměstnání, 2016). Sociální pracovník po celou dobu sleduje, jaké jsou potřeby uživatele a pokud uzná, že uživatel již další podporu nepotřebuje, je s ním po dohodě služba ukončena (Česká unie pro podporované zaměstnání, 2016).

### **3.1.3 Pracovní rehabilitace**

Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, je pracovní rehabilitace činnost, která se zaměřuje na získání a udržení zaměstnání osoby

se zdravotním postižením, kterou zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce ČR ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost a zahrnuje především poradenskou činnost, která se zaměřuje u osob se zdravotním postižením na volbu povolání, volbu zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu, zprostředkování a udržení či změnu zaměstnání a vytváření podmínek, které jsou vhodné pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením (MPSV, 2017). Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, začíná pracovní rehabilitace tak, že nejprve Úřad práce ČR spolu s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán, kde přihlíží na jeho zdravotní způsobilost, schopnosti vykonávat zaměstnání a na kvalifikaci. Mezi předpoklady pro realizaci pracovní rehabilitace patří připravenost a motivace osoby se zdravotním postižením k výkonu nebo hledání zaměstnání, dále připravenost a motivace podniku, organizace, státu, umožnit osobě pracovní uplatnění a v neposlední řadě také existence a vhodné použití nástroje pracovní rehabilitace (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Úspěšná pracovní rehabilitace je dále také závislá na postojích společnosti k osobám se zdravotním postižením, na podpoře, jak finanční, tak i legislativní, programů pracovní rehabilitace a na dostatečné existenci subjektů, které nabízejí pracovní uplatnění pro osoby se zdravotním postižením (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Dále je také důležitá místní, typová a časová dostupnost vhodného nástroje pracovní rehabilitace (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Pracovní rehabilitace může mít mnoho podob (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Mezi jednotlivé nástroje a prostředky pracovní rehabilitace zahrnujeme od ergoterapie přes rekvalifikaci až k plnohodnotnému zaměstnání osob se zdravotním postižením například v chráněných dílnách nebo na běžném trhu práce (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Mezi nástroje a prostředky patří sociální služby, do kterých dále patří ergoterapeutické činnosti realizované například v denních stacionářích, týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v denních centrech atd., dále sem patří nástroje na pomezí, kam řadíme tranzitní programy a podporované zaměstnávání, další složkou jsou nástroje politiky zaměstnanosti, kam řadíme pracovní rehabilitaci, chráněné pracovní místo a zaměstnavatele, který zaměstnává více jak 50% osob se zdravotním postižením, poté jsou další formy „chráněného“ zaměstnávání osob se zdravotním postižením, jako je například sociální podnik nebo sociální firma a posledním nástrojem je samotný otevřený trh práce (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014).

Sociální službou, kterou můžeme označit jako typicky pracovně rehabilitační, jsou sociálně terapeutické dílny (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014). Účelem těchto dílen je

poskytovat osobám se sníženou soběstačností možnost dlouhodobě a pravidelně získávat a zdokonalovat se v pracovních návycích a dovednostech, protože za běžných okolností nejsou umístitelné na otevřeném trhu práce (Šesták, in Pfeiffer et al., 2014).

#### **3.1.4 Léčebná rehabilitace**

Léčebná rehabilitace je poskytována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními a má za cíl provádět léčbu – odstraňovat následky nemoci či úrazu (Votava et al., 2003). Zajišťuje zlepšení funkčního stavu a odstraňuje nebo zmírňuje poruchy či disability (Votava et al., 2003). Léčebnou rehabilitaci dle Votavy et al. (2003) neposkytuje pouze jeden odborník, ale podílí se na ní celý tým odborníků (multidisciplinární tým) s různými zdravotnickými odbornostmi. Rehabilitační tým se skládá z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce a případně i z logopeda (Votava et al., 2003). Léčebnou rehabilitaci můžeme dělit na vertikální a horizontální (Votava et al., 2003). Vertikální rehabilitace je taková rehabilitace, kdy se funkční porucha postupně zlepšuje až do stavu původního zdraví (Votava et al., 2003). U horizontální rehabilitace naopak k úplnému vyléčení nedojde, funkční stav se zlepší pouze trochu a zůstává rozdíl mezi současnou úrovní a tou původní (Votava et al., 2003). V takovém případě má léčebná rehabilitace za cíl dosažení funkční úpravy na úrovni aktivit a participací a trvalé zhoršení je kompenzováno nácvikem činností (Votava et al., 2003).

#### **3.1.5 Pedagogická rehabilitace**

Součástí uceleného systému koordinované rehabilitace jsou i prostředky pedagogické (Jankovský, in Pfeiffer et al., 2014). Pedagogická rehabilitace znamená pedagogické působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v rámci speciální pedagogiky (Votava et al., 2003). Mezi hlavní odborníky, kteří provádějí pedagogickou rehabilitaci, patří především speciální pedagogové (Votava et al., 2003). Je určena osobám, které kvůli svému zdravotnímu postižení nejsou schopny se vzdělávat běžnými pedagogickými prostředky (Votava et al., 2003). Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace, podpořit jejich samostatnost a zapojení do společenského života (Votava et al., 2003). Pedagogická rehabilitace se nevyužívá jen u dětí školního nebo dorostového věku, kteří



potřebují dosáhnout potřebné úrovně a obsahu vzdělání, ale i u dospělých, kteří potřebují doplnit vzdělání či rekvalifikaci, která zvyšuje možnost pracovního uplatnění osoby se zdravotním postižením (Votava et al., 2003).

### **3.1.6 Rehabilitace osob s kognitivní poruchou**

Právě Alzheimerova choroba a jiné demence nežli jiná onemocnění, vyžadují mnohem více celostní a multidisciplinární přístup (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Vědci již dříve předpokládali, že nejen farmakologický přístup má vliv na pacienta, a že je užitečná i aktivizace, vlídnost, úprava prostředí a další postupy, ale nepřikládali těmto činnostem tolik na důležitosti (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Až v několika posledních dvou desetiletích se začínají stále více zkoumat nefarmakologické přístupy v léčbě pacientů s demencí a jejich rodin (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Je již vědecky doloženo, že existuje řada metod, které jsou prospěšné u osob s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Jedná se o zlepšení soběstačnosti přiměřenou asistencí, dále účinnost mikčního režimu v managementu inkontinence, modifikovaná ergoterapie, multisenzorická aktivizace, specifické aktivizační programy (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Dále například muzikoterapie, která je účinná při zvládnání problémového chování a snižuje agresivitu pacientů a v neposlední řadě přizpůsobení denního režimu a prostředí potřebám osoby s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Dle autorů Kaspera, Thöne-Otto, Bürgera et al. (2016) demence potlačuje zvládnání každodenních činností a společenských vztahů kvůli rostoucí degeneraci kognitivních schopností. Léčba musí zvážit snížené kognitivní schopnosti, a proto je důležité dle jejich výzkumu začít s kognitivní rehabilitací již v počátečních fázích Alzheimerovy choroby, kdy může mít největší vliv na nemocného (Kasper, Thöne-Otto, Bürger et al., 2016).

Cvičení paměti má význam nejen u zdravých seniorů, ale i u pacientů s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Taková cvičení nazýváme kognitivní rehabilitací a jedná se o různé slovní hry, doplňování říkanek, slabik, skládání obrazců atd. (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Mezi pojmy v oblasti rehabilitace kognitivních schopností patří nejen kognitivní rehabilitace, ale setkáváme se i s pojmy kognitivní trénink a neurorehabilitace (Klucká, Volfová, 2009). Kognitivní rehabilitace znamená nápravu poškozených kognitivních funkcí, termín kognitivní trénink vyjadřuje procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, kdy nejde o nápravu deficitů,

ale o prevenci kognitivních poruch a neurorehabilitace je komplexní péče o osoby s těžkým poškozením mozku (Klucká, Volfová, 2009). U neurorehabilitace se využívá například fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie, logopedie, muzikoterapie, arteterapie atd. (Klucká, Volfová, 2009). Systematický program kognitivní rehabilitace má za následek podle výzkumu autorů Loewensteina, Acevedoa et al. (2004) udržení a zlepšení výkonu u konkrétních kognitivních a funkčních schopností u pacientů v počátečních fázích Alzheimerovy choroby. Mezi cíle kognitivní rehabilitace pak patří zaměření se na psychomotoriku (senzomotoriky a koordinace), na orientaci, pozornost, paměť, motivaci a na komplexní myšlenkové operace (Klucká, Volfová, 2009). Dle Brueggena, Kaspera a Ochmanna et al. (2017) je cílem kognitivní rehabilitace udržet samostatnost a kvalitu života nemocného – zvyšováním schopností a kompenzací snížených kognitivních funkcí. Dle výzkumu autorů Kellyho, Lawlora, Coena et al. (2017) se ukazuje, že kognitivní rehabilitace má potenciál zlepšovat výkonnost a kvalitu života osob v raném stádiu Alzheimerovy nemoci. Dle autorů Cavalla a Angilletta (2017) může kognitivní rehabilitace u pacientů s Alzheimerovou chorobou posílit jejich individuální schopnosti a umožnit jim udržet a zlepšit jejich výkon při různých činnostech.

### ***3.1.6.1 Vybrané aktivity***

Aktivizovat seniory a zejména pacienty s demencí je důležité, protože aktivity posilují lidskou důstojnost a sebevědomí a dávají účel a smysl životu (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Aktivizací dochází u osob s demencí ke zlepšení či alespoň udržení stávajících dovedností jako například hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti ve všedních denních činnostech, kognitivních funkcích (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Dále dochází ke smysluplnému trávení volného času, eliminaci nežádoucích poruch chování, pozitivnímu vlivu na emoční stav osoby s demencí, k pravidelnému režimu a k verbální i neverbální komunikaci nemocného s personálem, ale i s ostatními pacienty (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

#### **Ergoterapie u osob s demencí**

Ergoterapie by měla být nedílnou součástí komplexní péče o osoby trpící demencí a ergoterapeut by měl být členem multidisciplinárního týmu (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). V ergoterapii u pacientů s demencí jde především o posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem (Suchá, in

Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Terapeutickým prostředkem, který ergoterapie využívá, jsou především různé postupy a činnosti, které pomáhají k obnově postižených funkcí (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Cílem je, aby byl klient co nejvíce soběstačný a nezávislý a zvýšila se jeho kvalita života (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). V ergoterapii dále ergoterapeut navrhuje kompenzační a technické pomůcky, které mohou klientům či rodinám pomoci v péči o osobu s demencí (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). U osob s demencí se spíše využívá úprava prostředí, protože kvůli zhoršeným kognitivním funkcím se lidé s demencí většinou s různými technickými kompenzačními pomůckami nenaučí zacházet (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

### **Kognitivní rehabilitace**

Důležitou součástí péče o pacienty, kteří trpí demencí je přiměřená aktivizace a rehabilitace nejen somatických funkcí, ale také duševních (Suchá, Holmerová, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Při kognitivní rehabilitaci se jedná o cvičení paměti, kde nejde o čas ani o soutěžení, které by mohlo pacienty stresovat, ale důraz je kladen na podporu a procvičování kognitivních funkcí, které jsou zachovány, ale také na podporu sebevědomí a také na správnou motivaci pacientů (Suchá, Holmerová, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Zpravidla se jedná o různé doplňování říkanek, slov, skládání obrazců, pexeso, puzzle (Suchá, Holmerová, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). U seniorů, kde jsou již kognitivní funkce výrazně narušeny, nemá smysl seniory stresovat něčím, co se už nezlepší a cvičení by mělo probíhat formou hry, která je zaměřená na procvičení spíše dlouhodobé paměti, která zůstává poměrně dlouho zachována (Suchá, Holmerová, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

### **Senzorická stimulace**

Senzorickou stimulaci můžeme také zařadit mezi kognitivní rehabilitaci anebo jí lze aplikovat samostatně jako jiný terapeutický přístup (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Senzorická stimulace má úzký vztah s pamětí, protože pomocí smyslových orgánů zachycujeme určité informace a poté si je ukládáme do paměti (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Paměť máme zrakovou, sluchovou, čichovou a hmatovou, a stimulaci tedy dělíme na hmatovou stimulaci (jde o ohmatávání různých látek různé struktury – vhodné spíše pro pacienty s počáteční nebo střední formou demence), čichovou stimulaci (například poznávání koření nebo aromaterapie – u pacientů s různou formou demence), zrakovou stimulaci (například přiřazování různých

barev k předmětům v místnosti) (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009) a sluchovou stimulaci, kdy se klienti snaží poznávat různé zvuky (Mlýnková, 2010).

### **Orientace v realitě**

Cílem této terapie je, aby všichni členové ošetřujícího týmu při kontaktu s pacientem s demencí, nabízeli danému pacientovi informace, které mu pomohou orientovat se v realitě (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Jedná se například o to, že ráno pacientovi řeknou, že je ráno, co je za den, co se bude daný den dít, jaký je zrovna měsíc, rok, roční období atd. (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Informace by se pacientovi měly sdělovat běžným rozhovorem (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

### **Reminiscenční terapie**

Při této terapii se využívá vzpomínek a jejich vybavování si pomocí různých podnětů (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Významná je pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale velmi dobře si vybavují události z minulosti (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Nejedná se pouze o techniku, ale i o celkový přístup v péči, zájem o klienta a snaha porozumět mu (Klucká, Volfová, 2016). Cílem této terapie je zlepšení stavu pacienta, ale i posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Vhodnými pomůckami při reminiscenční terapii jsou různé staré fotografie, alba klienta, staré časopisy, osobní vzpomínkové předměty klienta, symbolika významných svátků atd. (Malíková, 2011). V rámci této terapie si klient vybere nějaký předmět a poté o něm spolu s pracovníkem hovoří (Malíková, 2011). V některých zařízeních jsou dokonce zřízeny pro klienty místnosti (memory room), které jsou vybaveny tak, aby odpovídaly době mládí klientů (Malíková, 2011).

### **Kinezioterapie**

Kinezioterapie využívá aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy a je to somatoterapeutická aktivita, která využívá modelované cíleně zaměřené pohybové programy (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Tato terapie vybízí k aktivitě jedince, zvyšuje jeho sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, zvyšuje odolnost vůči zátěži, vyvolává potřebu komunikace, využívá se i v oblasti prevence (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). U seniorů s demencí patří mezi vhodné kinezioterapeutické aktivity zejména procházky (Suchá, in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

## **Arteterapie**

Arteterapie je léčba výtvarným uměním, soubor různých technik a postupů, kdy cílem je změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí a integrovat ho do společnosti (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Konečné dílo v arteterapii není důležité, rozhodujícím je proces tvorby (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Seniorům arteterapie pomáhá přizpůsobit se nové situaci, přizpůsobit se poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví a snaží se povzbuzovat zbytky jejich vitality a podněcovat jejich kreativitu (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

## **Muzikoterapie**

Muzikoterapie je terapeutický obor, který využívá hudbu nebo hudební prvky (Gerlichová, 2014). Cílem této terapie je léčba, osobní rozvoj, zlepšení kvality života atd. (Gerlichová, 2014).

## **Pet-terapie**

Pet-terapie nebo také animoterapie či dle Markové, Venglářové a Babiakové et al. (2006) zooterapie je terapie pomocí zvířat (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Tato terapie pozitivně ovlivňuje psychiku lidí, kteří trpí demencí, ale ovlivňuje i jejich tělesné funkce (Mlýnková, 2011). Zvířata lze chovat přímo v zařízení anebo pravidelně dochází za klienty – například canisterapie, felinoterapie (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

Mezi další terapeutické aktivity můžeme zařadit například **taneční a pohybové programy, terapeutické vaření či pečení** anebo **aplikaci světla**, která je u seniorů s demencí také využívá při poruše denního rytmu a je tedy pomocníkem při poruchách spánku (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

## 2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 *Cíl práce*

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti koordinované rehabilitace v současném konceptu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou.

### 2.2 *Výzkumné otázky*

V souvislosti se stanovenými cíli byly stanoveny výzkumné otázky:

Výzkumná otázka číslo 1: Jsou rozdíly ve vnímání a možnostech využití složek koordinované rehabilitace v pobytové a ambulantní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

Výzkumná otázka číslo 2: V čem je systém koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou nejčastěji limitován?

### 3 METODIKA

V této kapitole popisují metody, které byly použity při zpracování této práce a výzkumný vzorek, který poskytl informace pro výzkum.

#### 3.1 Použitá metodika

Pro tento výzkum byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu. Dle některých autorů jako například dle Glasera a Corbinové (in Hendl, 2016) je kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, kdy se nedosahuje výsledku pomocí statistických metod. Dle Creswella (1998, s. 12) je kvalitativní výzkum *proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje se o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.* Na začátku výzkumu výzkumník vybere téma a poté určí základní výzkumné otázky (Hendl, 2016).

Technikou pro získání dat pro tento výzkum byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor je dle Kutnohorské (2009) přirozeným prostředkem komunikace a nejčastěji používaným způsobem, jak získávat informace. Rozhovor je dále dle této autorky nejvhodnější technikou pro získání kvalitativních dat. Polostrukturovaný rozhovor nebo jinak také semistrukturovaný rozhovor je takový rozhovor, kdy si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné, jsou to jakési okruhy otázek, na které se poté výzkumník účastníků výzkumu ptá (Kutnohorská, 2009). Dle Miovskeho (2006) je možné klást i doplňující otázky, které odpovědi dokreslí a vysvětlí.

#### 3.2 Výzkumný soubor

Informanti pro tento výzkum byli vybráni dle záměrného výběru, který podle Miovskeho (2006) spočívá v tom, že si vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu bez jakýchkoliv specifických metod. Jediným kritériem je, že účastník musí splňovat nějaké určité kritérium nebo soubor kritérií a také musí s rozhovorem souhlasit (Miovský, 2006). Konkrétně byl použit záměrný výběr přes instituce, který se používá při určitém typu služby, která je určená pro cílovou skupinu, která výzkumníka zajímá (Miovský, 2006).

Výzkumným souborem pro výzkum byli pracovníci v pobytových zařízeních pro osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou a pracovníci ambulantních zařízení pro osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou. Celkem bylo získáno 11 informantů, z toho bylo 7 informantů z pobytových zařízení a 4 informanti z ambulantních zařízení. Informanti byli osloveni skrze vedení zařízení, informováni o důvodu rozhovoru a o cíli této práce a v neposlední řadě byli dotázáni, zda souhlasí s provedením a nahráváním rozhovoru.

Původně měli být osloveni pracovníci z pobytových zařízení a pracovníci z terénních zařízení. Výzkumná otázka č. 1 zněla: Jsou rozdíly ve vnímání a možnostech využití složek koordinované rehabilitace v terénní a pobytové péči o osoby s Alzheimerovou chorobou? Avšak z důvodu, že hned na počátku výzkumu bylo od oslovených terénních pracovníků zjištěno, že s klientem přijdou do kontaktu pouze v rámci přímé péče a více s klientem nepracují, přehodnotila jsem tedy svůj záměr a zaměřila se na pracovníky z ambulantních zařízení.

### **3.3 Metodika sběru dat**

Rozhovor byl rozdělen do několika oblastí tak, aby byl naplněn cíl a výzkumné otázky. Informanti byli vždy před začátkem rozhovoru informováni o důvodu rozhovoru, o důvodu výzkumu, o naprosté anonymitě a o tom, že nahrávky rozhovorů a rozhovory samotné budou použity pouze pro studijní účely. Na začátku rozhovoru byly zjišťovány identifikační údaje jako například pohlaví a věk. Dále byl rozhovor zaměřen na znalost rehabilitace obecně, na funkčnost multidisciplinárního týmu jako celku v péči o klienta a na znalost pojmu koordinovaná rehabilitace. Použity byly otevřené otázky, kterých bylo konkrétně 15. Rozhovory probíhaly vždy v nějaké místnosti, kde jsem byla pouze já a informant. Rozhovory byly nahrávány a posléze přepisovány. Délka rozhovorů se odráží dle otevřenosti a komunikativnosti informantů od 5 minut do 25 minut.

### **3.4 Metodika zpracování dat**

Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, které je součástí zakotvené teorie. Zakotvená teorie je dle Miovského (2006, s. 226) *teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatímně*



*ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů. V průběhu výzkumu necháme vyplout na povrch to, co je v této oblasti významné, aniž bychom to dopředu věděli (Miovský, 2006). Zakotvená teorie dle Gulové a Šípa (2013) slouží k hlubokému proniknutí do zkoumaného tématu. Otevřené kódování jsou operace, kterými získané údaje analyzujeme a vytváříme nové způsoby a jsou hlavním procesem tvorby nové teorie (Miovský, 2006). Rozhovory byly vyhodnoceny v programu Atlas.ti 7. Každý rozhovor byl pomocí otevřeného kódování zakódován a poté byly kódy mezi sebou porovnány a byly vytvořeny kategorie, které posloužily k výsledným datům.*

Pro zachování anonymity jsou účastníci výzkumu označeni jako informanti a mají přiřazenou zkratku INF a čísla od 1 do 11.

## 4 VÝSLEDKY

V této kapitole popisují výsledky rozhovorů, které jsem získala na základě odpovědí informantů, kteří pečují o osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, jak v pobytových zařízeních, tak v zařízeních ambulantních.

### 4.1 Zpracování rozhovorů

Pro upřesnění identifikace informantů byla zpracována následující tabulka, kde je uvedeno pohlaví, věk informantů a forma poskytované služby (viz tab. 3).

**Tab. 3: Identifikační údaje informantů**

	POHLAVÍ	VĚK	FORMA SLUŽBY
INF 1	Žena	23	Pobytová
INF 2	Muž	58	Pobytová
INF 3	Muž	40	Pobytová
INF 4	Žena	45	Pobytová
INF 5	Žena	48	Pobytová
INF 6	Žena	33	Pobytová
INF 7	Žena	55	Pobytová
INF 8	Žena	45	Ambulantní
INF 9	Žena	57	Ambulantní
INF 10	Žena	28	Ambulantní
INF 11	Žena	52	Ambulantní

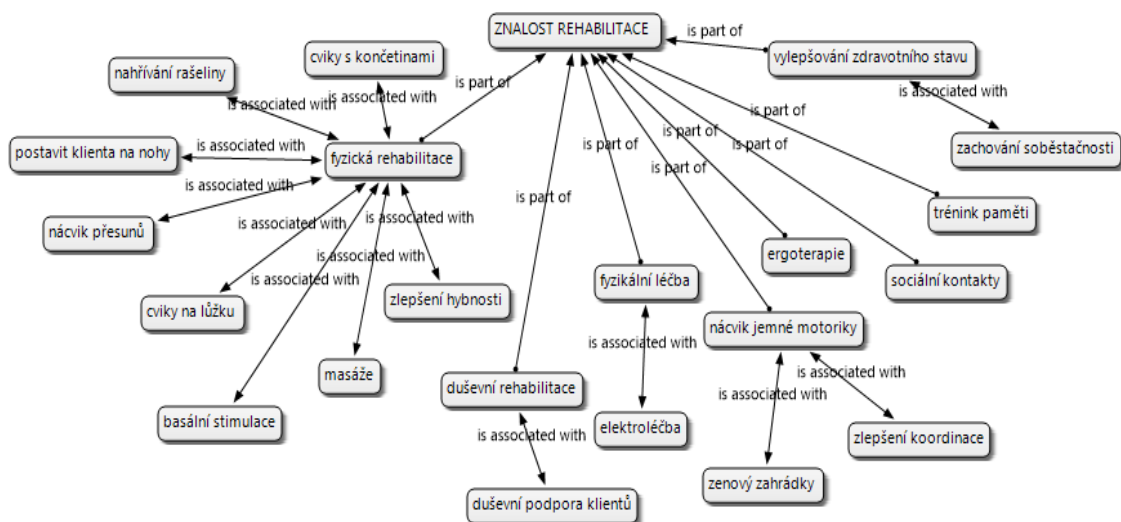
Zdroj: vlastní

Ze získaných údajů na základě otevřeného kódování bylo vytvořeno několik kategorií.

- Znalost rehabilitace
- Multidisciplinární spolupráce
- Pozitiva a negativa spolupráce
- Komunikace v týmu
- Spolupráce v týmu
- Pracovní nedostatky

## Znalost rehabilitace

Informanti byli dotazováni, zda mají povědomí o tom, co je to rehabilitace, co si pod takovým pojmem představují, co si myslí, že do tohoto pojmu patří, jaké je jejich vnímání rehabilitace při péči o klienta. Znalost toho pojmu je aspektem správné péče o osoby, které takovou péči potřebují. Pracovníci by měli znát, co péče o osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, obnáší, aby mohli správně o své klienty pečovat a zachovat jim soběstačnost a zdraví po co možná nejdéle. Ze získaných dat a pomocí otevřeného kódování byly poté vytvořeny sítě odpovědí informantů. Sítě jsou ještě dále rozděleny na zařízení pobytové (viz obr. 1) a zařízení ambulantní (viz obr. 2).



Obr. 1: Znalost rehabilitace – pobytová zařízení

Zdroj: vlastní

- Fyzická rehabilitace

INF 2: „Rehabilitace, tak pro mě to znamená hlavně ty lidi postavit na nohy a chodit. Chodit, chodit, chodit, protože já si myslím, že není pro ně nic důležitějšího než stát na vlastních nohách a udělat pár kroků.“ „Různě s klienty cvičíme s končetinami jim hlavně, různě jim nahříváme rašelinu na různý místa.“

INF 4: „Pro klienty, kteří jsou na tom fyzicky i duševně špatně tak i třeba já nevím basální stimulace.“

INF 5: „Rehabilitaci fyzickou to je prostě návuk přesunu, stoje chůze.“ „Někdy ty teplý rašelinový obklady nebo i různý masáže, basální stimulace a tak.“

INF 7: „*Tak jako s těma klientama taky rehabilitujeme, například je zvedáme, různě s rukama cvičíme, zvedáme ruce anebo na lůžku i s nohama, anebo v chodítkách chodíme, a tak různě.*“

- Duševní rehabilitace

INF 4: „*Tady v tom našem pojetí je to i aktivizace jakoby duševní. Nějaký sociální kontakty, kultura, ergoterapie.*“

INF 5: „*Duševní a jako na psychiku zaměřená rehabilitace.*“ „*No a taková ta psychická rehabilitace to je taková spíš duševní podpora těch klientů, aby prostě když maj nějak duševní problém a psychickej tak jako je podporovat v tomhle směru no.*“

- Fyzikální léčba

INF 5: „*Různý prostě elektroléčba.*“

- Nácvik jemné motoriky

INF 3: „*To znamená, že pomáháme nácvik chůze, zlepšení koordinace, vlastně při tom pohybu.*“

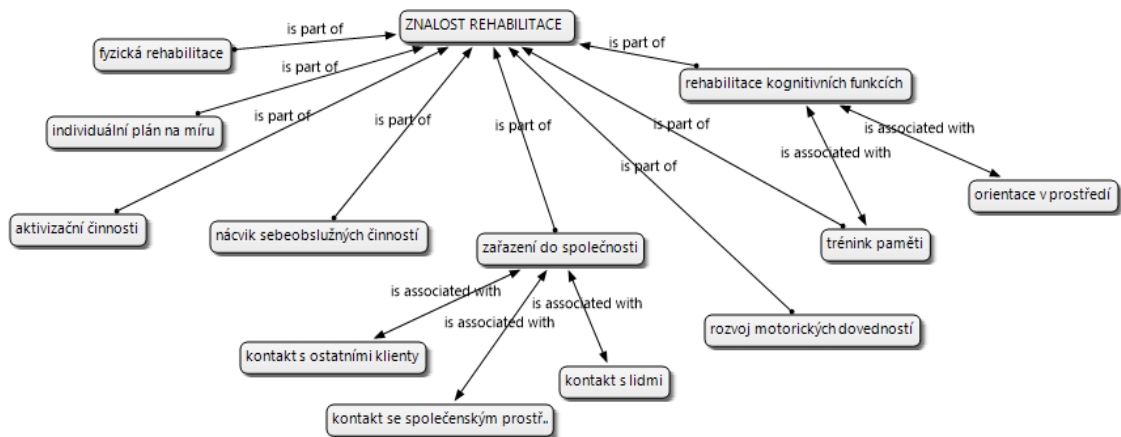
INF 4: „*Kolegyně, možná vám říkala, dělá takový ty zenový zahrádky, aby aspoň tu jemnou motoriku trošku pocvičili. Máme takový, vypadá to jako dětské skládanky, prostě kostky, takový jakoby prolézačky na ruce, aby rozlišovali barvy, aby manuálně prostě něco dělali těma rukama.*“

INF 6: „*No tak nevím, tady u nás to třeba je nácvik chůze, soběstačnosti, jemná motorika a takový.*“

- Zlepšení zdravotního stavu

INF 4: „*Tak když to vztáhnu na nás tak i třeba já nevím, tréninky paměti.*“

INF 6: „*No tak zachování soběstačnosti cvičení jakoby různé rehabilitace.*“



**Obr. 2: Znalost rehabilitace – ambulantní zařízení**

Zdroj: vlastní

- Rehabilitace kognitivních funkcí

INF 8: „*Tak to u nás znamená jakoby víc věcí, protože jak rehabilitaci fyzickou, tak třeba, protože hodně máme klienty s demencemi tak je to ta rehabilitace kognitivní funkcí nebo u nás je to trénování paměti, nebo to běžný jakoby fungování toho člověka.*“

INF 11: „*Pomáhat jim v prostředí, aby se prostě orientovali a takhle.*“

- Zařazení do společnosti

INF 8: „*Takže ty běžný věci, který jsou důležitý hrozně. Kontakt s ostatníma lidma, udržovat jako nějaký kontakt s ostatníma klientama, který tady jsou, aby tady ta komunikace probíhala v klidu, aby se jako by byli ty klienty schopný zařadit do toho do té společnosti.*“ „*Kontakt se společenským prostředím, to, aby ty projevy té nemoci se moc neprojevovaly negativně mezi těma ostatníma.*“

- Fyzická rehabilitace

INF 9: „*No já si spíš představím takovou tu jakoby fyzickou rehabilitaci, ale určitě se to týká té psychiky a takovej ten nějaký návrat nebo udržení ve společnosti.*“

- Individualita

INF 8: „*Aby měli pro sebe nebo na míru šitý vlastně šitej individuální plán program, podle kterýho pojedou. Takže mezi to patří, že víme jakej má obraz dne ten klient doma, v jakým stavu přijde, to ono to vyplyne z toho, jak jedná*

*s ostatníma lidma, jak je schopnej postarat se o sebe a pomáháme mu v tom udržení se v tom, aby se o sebe uměl starat a aby pro ty ostatní zase byl přijatelnej, protože někdy je to taky problém.“*

- Aktivizace

INF 10: *„Aktivizační činnosti, vlastně i jakoby že s jednotlivcem pracujeme, že ne jen se skupinou ale i s jednotlivcema, podle jejich potřeb.“*

V souvislosti s touto otázkou a vlastně v souvislosti celé této práce, která je zaměřená na realizaci koordinované rehabilitace v péči o osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, byli poté na konci rozhovoru informanti dotazováni, zda znají pojem koordinovaná rehabilitace, co podle nich znamená, zda je v jejich zařízení koordinovaná rehabilitace využívána či ne a jak jsou s tímto konceptem spokojeni. Pojem koordinované rehabilitace je čím dál více diskutovanějším tématem, avšak lidé, kteří se ocitají v přímé péči o klienty, ať už s demencí či jinými chorobami, o takovém pojmu mnohdy nikdy neslyšeli. O realizaci koordinované rehabilitace je málo informací, a pokud je někde uskutečňována tak jen náhodně. Její nevyužitost plyne například právě z neznalosti tohoto pojmu. Všichni informanti sdělili, že tento pojem neznají a nikdy o něm neslyšeli. Jeden informant sdělil, že to u nich asi dělají, ale že neví.

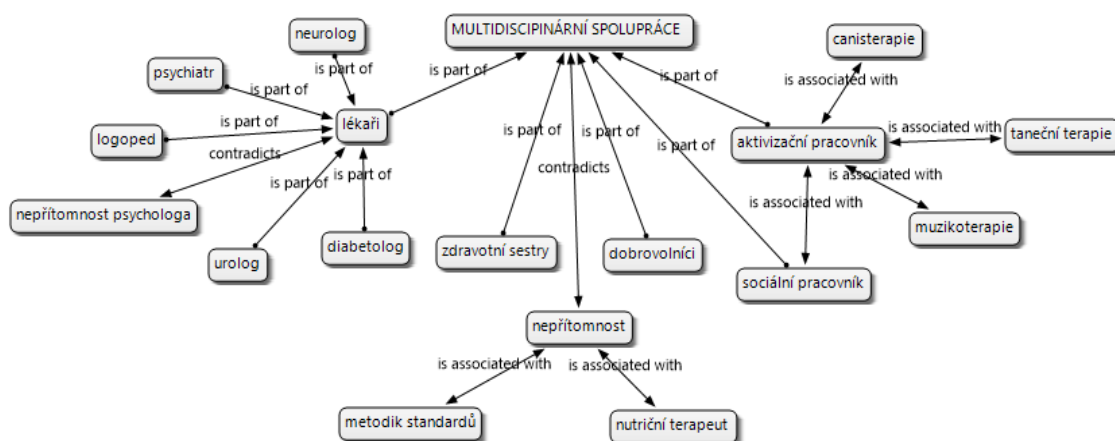
INF 3: *„No tak jakoby slovo, co je koordinovaný vím, ale jako rehabilitace abych si představil dost dobře, to si nejsem úplně jistý jako co si pod tím představit.“*

INF 8: *„Asi ne. Myslím si, že to třeba můžeme nějak zhruba dělat, ale neslyšela“.*

INF 11: *„To jsem nikdy neslyšela.“*

## Multidisciplinární tým

Dále byli informanti dotazováni, zda v rámci péče o jednoho klienta spolupracují ještě s dalšími odborníky. Spolupráce s dalšími odborníky v rámci péče o jednoho klienta je důležitým aspektem správné a dobré péče o klienta. Dobře fungující tým zaručuje kvalitní péči o klienty. Získaná data byla opět vyhodnocena do dvou přehledných sítí, ve kterých můžeme vidět s jakými odborníky pobytová (viz obr. 3) a ambulantní (viz obr. 4) zařízení spolupracují v rámci péče o klienta.



Obr. 3: Multidisciplinární spolupráce – pobytová zařízení

Zdroj: vlastní

- Lékaři

INF 1: „Spolupracovala jsem já osobně s paní logopedkou, protože jsem své klientce se snažila splnit její cíl zlepšit mluvení.“

INF 6: „Sem, dochází jako z lékařů sem dochází psychiatr, urolog, a jinak je tak jakoby, vozíme no, takže jo neurolog, diabetologie a takový s tima spolupracujeme se všema.“

- Zdravotní sestry

INF 7: „No tohle tady nad námi jsou sestry a pak jsou tady jako staniční sestra, je tady sociální sestra, prostě musíme jako společně pracovat, protože je to tak provázaný.“

- Dobrovolníci

INF 1: „Není to přímo jakoby nějaká specializace, ale jako speciální zařízení, ale spolupracuji s dobrovolnickým centrem.“

INF 2: „Chodí sem dobrovolníci. To je dobrý. Přivedou třeba pejsky, a to je fajn hrozně jako jo, že potom s nima obcházíme pokoje a chodíme za některýma klientama, o kterých víme, že jim to udělá určitě dobře, takže to je takový dobrý.“

- Nepřítomnost odborníků

INF 4: „Chodíval sem psycholog, ten už tady není.“ „Když to vztáhnu, co by potřebovali klienti tak určitě řeší se tu neustále diety, co kdo může, co kdo nemůže. Možná někdo, kdo by sestavil ten jídelníček na míru těm dietářům tak by to nebylo od věci.“ „No a možná nákej metodik na standardy na aplikování obecných zákonů do praxe, do naší dokumentace a takový jakoby poradenství. Někoho, kdo pravidelně by měl čas na tyhle věci.“

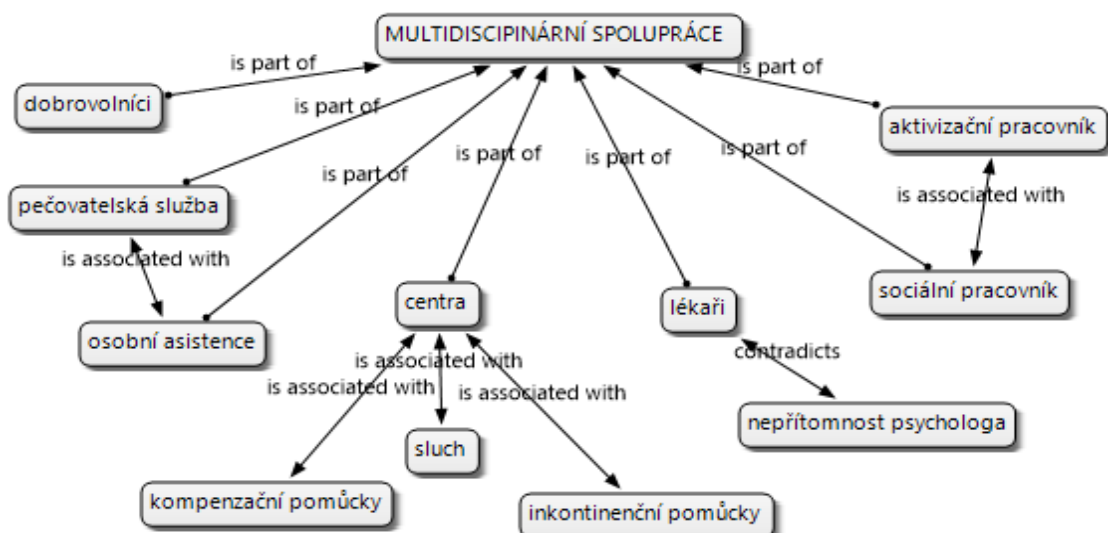
- Aktivizační pracovník

INF 4: „Chodí sem pani na canisterapii.“

INF 5: „Tak externě sem chodí pani na canisterapii a jinak nevim.“ „Tu muzikoterapii a taneční terapii a tak, že to dělaj holky tady jakoby naše jo.“

INF 7: „Je tady sociální sestra, prostě musíme jako společně pracovat, protože je to tak provázaný.“





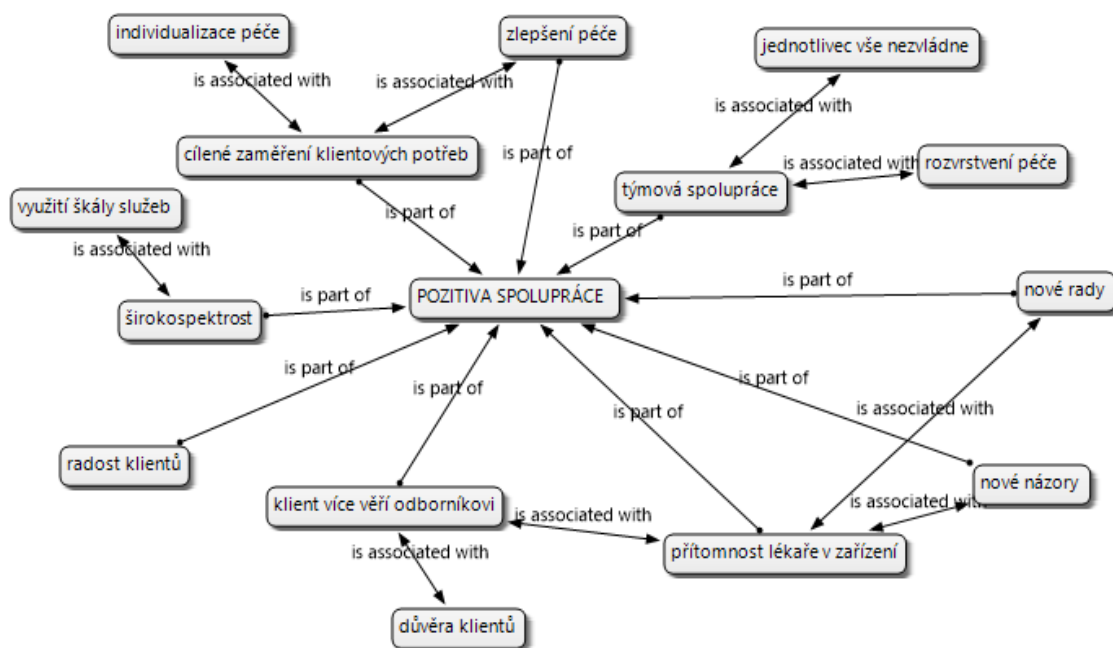
**Obr. 4: Multidisciplinární spolupráce – ambulantní zařízení**

Zdroj: vlastní

- Dobrovolníci  
INF 4: „Máme hodně dobrou zkušenost s dobrovolníkama, my dlouhodobě spolupracujeme s dobrovolníkama.“
- Sociální služby  
INF 8: „Na nás navazuje pečovatelská služba, takže to nám docela hodně pomáhá.“ „Osobní asistence na nás navazuje.“  
INF 10: „No my tady v rámci charity máme pečovatelskou službu, osobní asistence, takže většinou lidi využívaj ještě tyhle služby.“
- Centra  
INF 8: „Na nás navazuje půjčovna rehabilitačních pomůcek.“  
INF 10: „Pak pracujeme jakoby když maj problémy se sluchem a tak, tak s různýma centrama, s pracovníkama na inkontinenční pomůcky nebo kompenzační, tak jim takhle doporučíme.“
- Lékaři  
INF 11: „Tak to bohužel ne. Maximálně když tak s lékařema, to určitě. Co nám chybí je hlavně psycholog.“

## Pozitiva a negativa spolupráce

V dalších otázkách byli informanti dotazováni na jejich zkušenosti se spoluprací s dalšími odborníky, jak spolupráci hodnotí, jaká ve spolupráci vidí pozitiva, a naopak zda spolupráce přináší i nějaká negativa. Aby byla péče o klienta kvalitní, musí i tým být ve své spolupráci kvalitní a musí fungovat jako jeden celek. Výpovědi informantů byly posléze opět vyhodnoceny a vytvořeny sítě, ve kterých vidíme jednotlivá pozitiva a negativa těchto spoluprácí. Na obr. č. 5 vidíme pozitiva spolupráce a na obr. č. 6 vidíme negativa spolupráce.



Obr. 5: Pozitiva spolupráce

Zdroj: vlastní

- Cílené zaměření na klienta

INF 4: „To že se individualizuje péče, že se není to tak že šmahem sem právě dochází někdo a možná ho někdo využije a možná taky ne, ale že se cíleně vyhoví potřebám jednoho klienta, že se to zaměří na to, co potřebuje.“

INF 5: „Určitě. Určitě to vnímaj pozitivně. To jsme viděli teďka naposledy, co tady ta jedna sestřička Terežka přivedla novou slečnu s dalším novým pejskem a je to fakt vidět jo, že jim to dělá radost těm lidem a i úplně klientům, kteří jsou těžce demenční třeba maj mini-mental test nula bodů a vidíte ty reakce jako jo, fakt jako si myslím, že to má pozitivní vliv. Jsou spokojenější, usmějou se, jako i nebojej se na toho psa šáhnout a tak.“

- Širokospektrnost
 

INF 8: *„Ta nemoc se zvládá líp nebo vůbec ten handicap, kterej nastal tak je lepší, když se to trošku rozvrství.“*

INF 9: *„Tak určitě, protože my jsme takový jakoby širokospektrý a když potřebujeme se poradit s někým o něčem konkrétním na konkrétního třeba klienta tak to už přesahuje naše meze a kompetence.“*
- Důvěra
 

INF 1: *„Utvrdí nás to v nějaký spolupráci, že třeba ten klient víc věří nějakýmu odborníkovi.“*

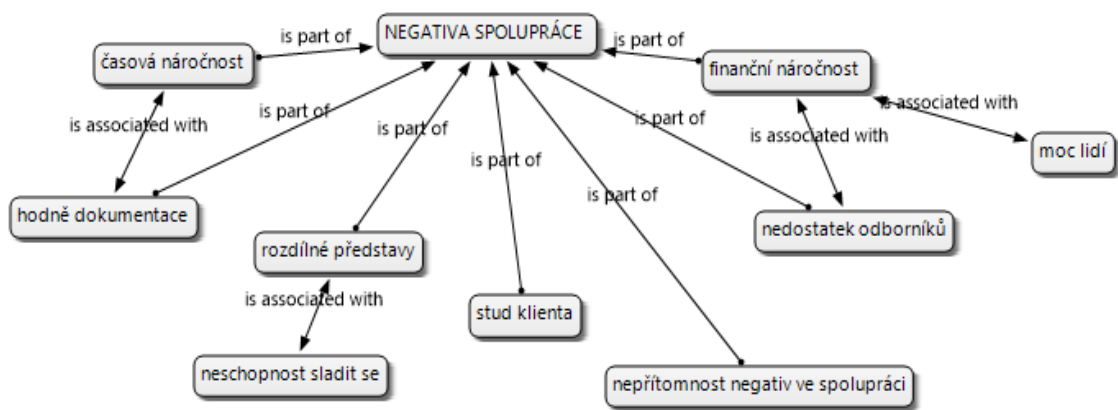
INF 10: *„Pro klienty je to taky dobrý, protože jak oni důvěřujou nám, tak vědí, že jim nedáváme někoho úplně neznámýho, cizího, bez zkušeností a že jim přiblížíme tu práci tý jiný organizace. Jsou víc takový spokojenější.“*
- Týmová spolupráce
 

INF 6: *„Je třeba dobrý že ten urolog a ten psychiatr jsou ochotný sem za náma dojít, že protože pro spoustu klientů je obtížný je tam dovíst třeba.“*

INF 7: *„Jo určitě. Sestry pomáhají nám, my pomáháme sestram. Jako sociální pracovnice nám pomáhá taky hodně, prostě jako s papírama a takovýhlema věcmi různýma.“*

INF 8: *„Odlehčení celkový tý sociální situace určitě jakoby je jim líp a ta péče nejenom pro nás ale myslím si, že když se využije ta škála těch služeb, který jsou tak tomu člověku je prostě líp a o to jde. Ta nemoc se zvládá líp nebo vůbec ten handicap, kterej nastal tak je lepší, když se to trošku rozvrství.“*
- Nové názory, rady
 

INF 1: *„Tak nové názory, nové rady jak pro mě, tak třeba pro klienta a klient zároveň uslyší, že třeba to, co tady my děláme s ním je správně nebo špatně.“*



**Obr. 6: Negativa spolupráce**

Zdroj: vlastní

- Časová a finanční náročnost

INF 4: „*To, že třeba nemusí mít čas zrovna, když je ho potřeba, že se musí třeba čekat, nebo že není vůbec k máni. Psychologa sehnat je potíž jak časová tak finanční.*“

INF 5: „*Někdy se může stát, že ty aktivity probíhají v čase, kdy my bysme potřebovali ty klienty mít někde jinde třeba jo.*“

- Rozdílné představy

INF 3: „*Prostě každé člověk má jinou představu a nemusí se to vždycky slučovat.*“

- Stud

INF 1: „*Hodně klientů se třeba stydí, nechce to teda řešit, nechce to nák dál prostě papírově, aby nebylo moc papírování, nechce zase znát milion lidí, protože se mu ty lidi pletou, takže asi tak.*“

INF 5: „*Tak určitě ten stud, nebo že by s nima nechtěli spolupracovat.*“

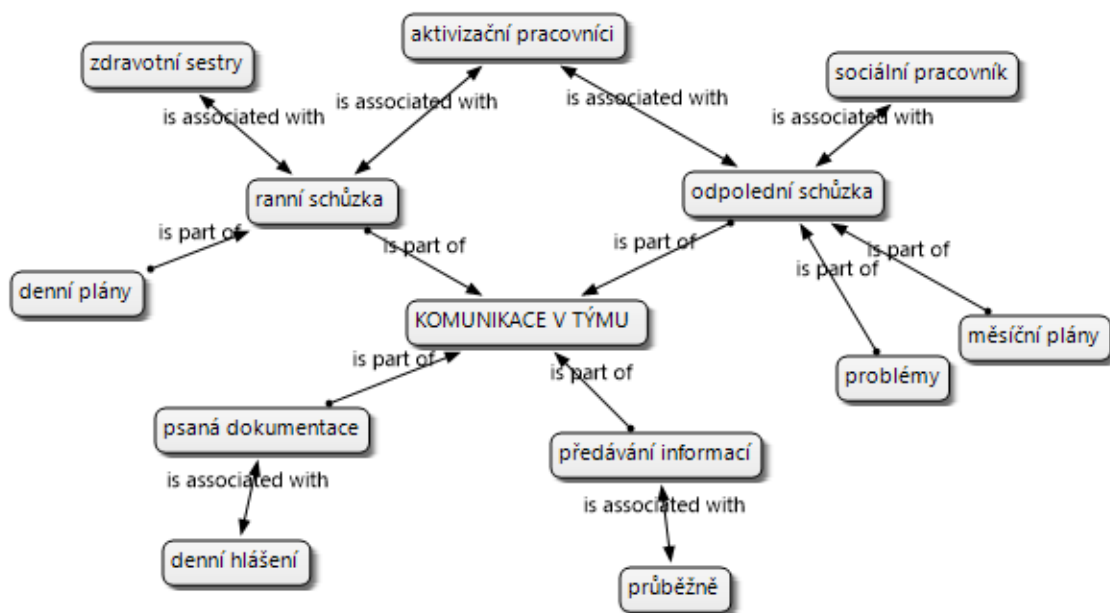
- Nepřítomnost negativ

INF 6: „*Tak já tady žádný negativní zkušenosti jsem zatím neměla.*“

INF 7: „*To si myslím, že ne, že to docela funguje. Prostě by to ani jinak nešlo no.*“

## Komunikace v týmu

Dále informanti odpovídali na otázky, zda probíhá a jak probíhá komunikace s dalšími členy týmu, jak často se například schází a probírají informace týkající se klientů. Aby tým osob, který pečuje o klienty, správně fungoval, je důležité, aby mezi sebou členové týmu komunikovali. Výsledky byly poté opět vyhodnoceny a byly vytvořeny sítě, ve kterých jsou znázorněna data, která popisují průběh komunikace jak v zařízeních pobytových (viz obr. 7) tak v zařízeních ambulantních (viz obr. 8).



**Obr. 7: Komunikace v týmu – pobytová zařízení**

Zdroj: vlastní

- Ranní schůzka

INF 1: „Takže já ráno, když přijdu do práce tak po mé přípravě převlíknutí se tak přijdu dolů na sesternu, tam máme takovou schůzku, povíme si, co se událo během noční a tak dále.“ „Potom v 8 hodin máme potom dál schůzku tady aktivizačních pracovníků. Tam probíráme, co budeme ten daný den dělat.“

INF 4: „Ranní schůzka je na to, aby se zkoordinoval ten konkrétní den, kterej má proběhnout, protože jsou nějaký neschopnosti, jsou dovolenky, jsou různý výpadky z toho pravidelnýho režimu. Takže to je jenom taková organizační rychlá ta ranní.“

INF 5: „Jako tým vždycky si prostě ráno předáváme informace, po té noční službě, tak se o tom bavíme. Pak v průběhu té snídane tak si taky jako říkáme co jsme třeba zachytili během toho rána.“

- **Odpolední schůzka**

INF 1: „Potom máme o půl 1 schůzku, a to řešíme, co se bude daný den dělat, nebo plánujeme, co se bude dělat další týden, měsíc takhle dopředu.“

INF 2: „Takže vždycky po obědě tady máme takovou půl hodinku a vlastně se sejdeme se sociální pracovníci a nás pět vlastně co provádíme tuhle aktivizační-rehabilitační činnost, tak si řekneme, co a jak, co bude zítra, co plánujeme, případně řešíme nějaké věci. Takže každý den se vlastně scházíme.“

INF 3: „V podstatě se vždycky řeší, co je potřeba, co je na pořadu dne, a vlastně se plánujou dopředu ty akce jo, výlety, narozeny a podobně tak aby se to dalo uskutečnit a aby nás byl dostatek, abychom mohli vypravit ty klienty třeba někam mimo domov.“

INF 4: „A ta polední, tam se pracuje na takovém tím měsíčním plánu.“

INF 5: „Pak i po obědě to se zase bavíme o tom, jak ten člověk vypadal přes den, jak jedl, jak spolupracoval při nějakých těch těhle těch ergo aktivitách nebo tak.“

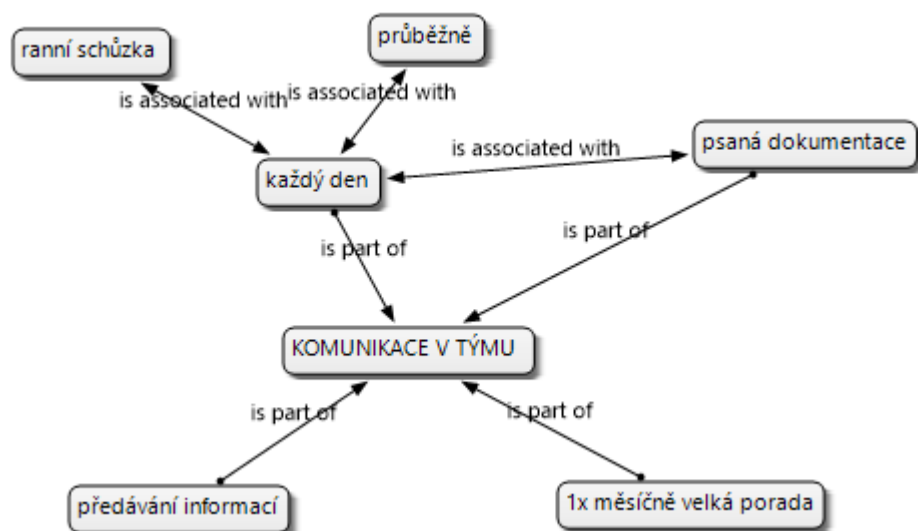
- **Předávání informací**

INF 1: *Ráno, když přijdu do práce tak si přečtu denní hlášení.*“

INF 3: „Takže je prostě nutný se minimálně 2x denně setkávat, a právě řešit ty jednotlivé detaily.“

INF 5: „Jako tým vždycky si prostě ráno předáváme informace, po tý noční službě, tak se o tom bavíme.“

INF 6: „No tak, jak jsme v těch službách, je takový jakoby sejdeme se téměř denně.“



**Obr. 8: Komunikace v týmu – ambulantní zařízení**

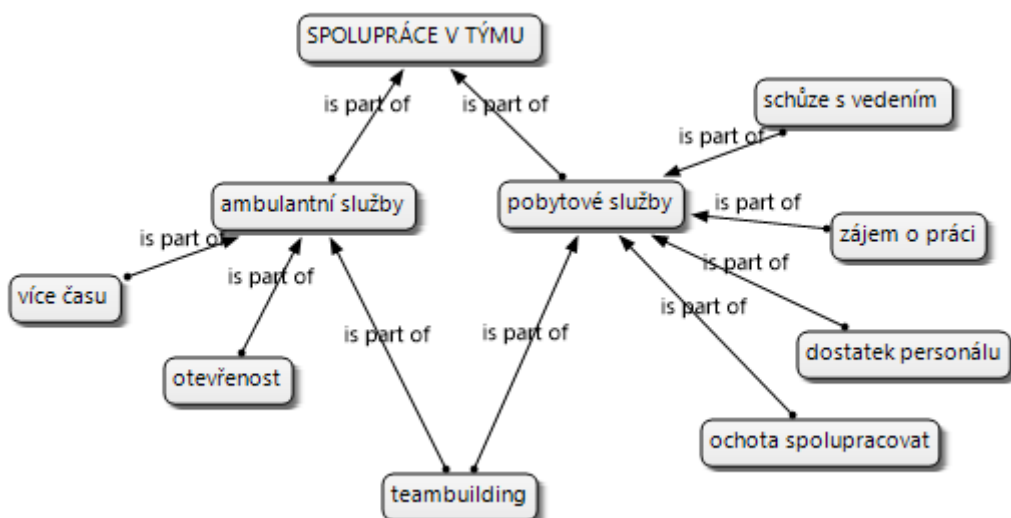
Zdroj: vlastní

INF 8: „Tak většinou průběžně. My máme sešit na zapisování, na předávání informací, takže všechny nové zprávy se zapisují. Kterékoli člen týmu když získá nějakou informaci podstatnou pro chod péče, tak jí zaznamenává. Průběžně se během dne scházíme. ... Není to úplně jakoby, nebo doufám, že to nebude dlouhodobý, že až se to zase ten stav upraví tak aby ten tým měl tu půlhodinku každý ráno. To je jakoby běžná praxe, ale čím víc přibývá práce i u těch těžších klientů tak je to náročnější ta komunikace a je taky hodně důležitý obhájit to jakoby třeba, že já si musím hodně obhajovat jako vedoucí, že prostě trvám na té půlhodině provozní a pracovní doby. ... Snažíme se mít jednou za měsíc poradu tady jako větší. ... Takže běžně se ty informace předávají během provozu, když je něco důležitýho můžeme si zaběhnout sem, říct si věci, ale většinou naši klienti potřebují stálej dozor, takže se to jakoby furt musí trochu střídat. Pracuju ještě na zlepšení, ale závisí to na tom provozu. Ale snažíme se každý měsíc porada a každé den aspoň chvilka spolu abysme si chvilku jakoby předali informace.“

INF 9: „My si vlastně ty zkušenosti a takový ty poznatky o klientech říkáme okamžitě, protože je to důležitý, abychom pracovali jako jedna žena, abychom vlastně pečovali o ty klienty, jak nejlépe dovedeme a k tomu je potřeba, abychom je dobře znali.“

## Spolupráce v týmu

Dále byli informanti dotazováni, zda jsou spokojeni se spoluprací s ostatními členy týmu, jak jsou propojeni a zda jim něco chybí k lepší spolupráci a propojenosti s ostatními členy týmu. Obrázek č. 9 zobrazuje síť, která znázorňuje odpovědi informantů, co by jim k lepší spolupráci a propojenosti s ostatními členy týmu pomohlo. Síť je dále rozdělena na pobytové a ambulantní zařízení.



Obr. 9: Spolupráce v týmu

Zdroj: vlastní

### POBYTOVÉ SLUŽBY

- Schůze s vedením

INF 4: „Možná nějaký schůzky s vedením, kterých by se zúčastnili i běžný zaměstnanci. V týhle chvíli probíhají schůzky jenom vlastně staničních sester, sociálních pracovníků a vedení, jako ředitel a tak. Ale taková ta návaznost aby hlava věděla co dělají nohy tak tohleto mi tady chybí, že třeba já nevím, jednou za 14 dní kdyby přímo tady na místě, aby měli i lidi, takovej ten běžnej personál, aby měl šanci se zeptat nebo prostě probrat nějaký problém. Tak tohleto by možná nebylo od věci.“

INF 6: „Myslím, že by nám pomohlo, když by probíhala ta komunikace, na trochu lepší úrovni s vedením, protože jak my jsme odloučený pracoviště, tak jsme tedy takový odstrčený, takže s tím vedením je to takový se moc nesejdeme a moc sem za náma nejdou, takže jsme takový odstrčený no.“



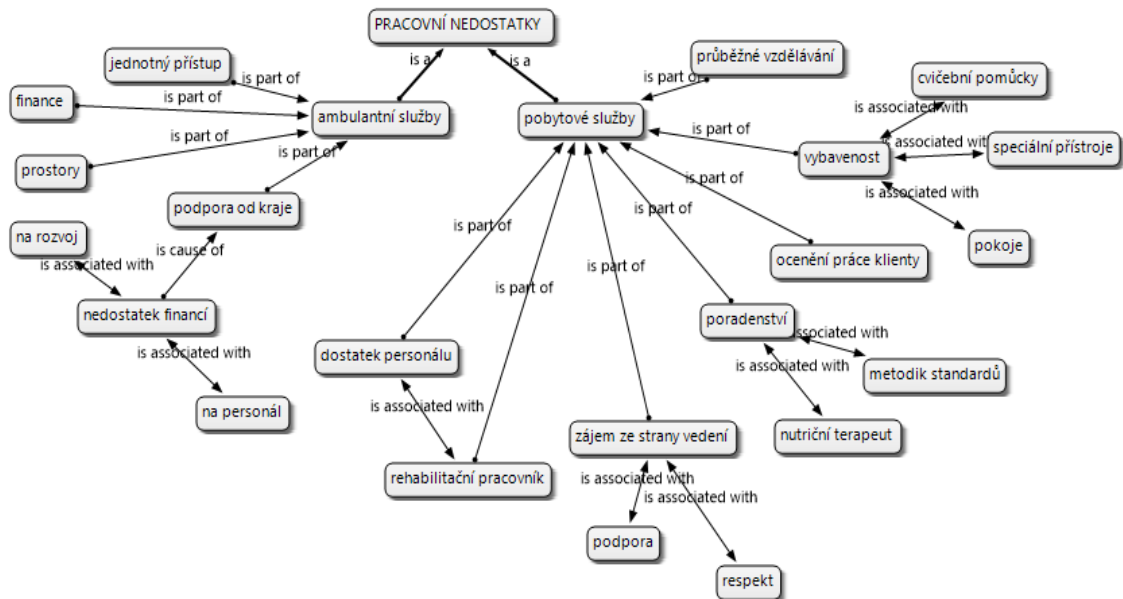
- Zájem o práci  
INF 5: *„Někdy je to takový nezáměr o tu práci no. Mám pocit, že je to třeba takový, že se to udělá mechanicky a někdy v tom chybí trochu toho lidskýho no.“*
- Dostatek personálu  
INF 2: *„No to je těžký, protože v tomhle tom odvětví je nedostatek pracovníků. Je těžkej problém sehnat sem nějakýho zaměstnance.“*  
INF 3: *„Prostě spíš bysme potřebovali opravdu, aby nás bylo víc. S tím by se dalo lépe pracovat.“*
- Ochota spolupracovat  
INF 5: *„Asi taková vzájemná ochota spolupracovat no. Někdy je to takový jako že když se nemaj osobně rádi tak prostě i ty informace o těch klientech jsou takový osekány, že to prostě neřeknou, nebo nemaj zájem jakoby to úplně všechno říct tak jak by asi měli no.“*
- Teambuilding  
INF 1: *„Asi více nějakých stmelovacích akcí i mimo domov.“*

#### AMBULANTNÍ SLUŽBY

- Dostatek času  
INF 8: *„Určitě větší čas nebo jakoby na tu péči.“*  
INF 9: *„No, je. Abychom měli čas a klid každý den se chvilku potkat všechny jako jo, ale to je spíš utopie, protože jak máme tu pracovní dobu od ráno do no skoro vlastně do večera, takže se překrýváme různě, takže tohle to no.“*
- Otevřenost  
INF 10: *„Podle mě jakoby jak jsme tu ty 4 pracovnice a jsme takový dvě skupinky jakoby, já jsem tady nejmladší pak jsem s tou jednou kolegyní a pak paní vedoucí s druhou kolegyní a jsme prostě dvě takový skupinky se mi zdá, že jako nevím no, co by nám pomohlo, protože prostě nejsme otevřený k sobě.“*
- Teambuilding  
INF 10: *„Teambuilding, ale nevím, jestli by to něk pomohlo.“*

## Pracovní nedostatky

Informanti byli také dotazováni na to, zda je něco, co jim chybí pro komplexnost jejich práce. Je důležité znát limity péče o osoby, které trpí Alzheimerovou chorobou, kdy jejich znalost může napomoci k dalšímu zlepšování péče o klienty a dalšímu vývoji služeb. Z odpovědí byla vytvořena síť, která zobrazuje pracovní nedostatky (viz obr. 10). Síť je opět rozdělena na zařízení pobytová a ambulantní.



Obr. 10: Pracovní nedostatky

Zdroj: vlastní

## POBYTOVÉ SLUŽBY

- Vzdělávání

INF 1: „Asi víc vzdělávání od odborníků, více seminářů odborných.“

- Vybavenost

INF 2: „Já bych si představoval, že by tady byla i třeba nějaká tělocvična trošku vybavená přiměřeně pro ty klienty, kteří jsou víc postižený, aby se tam mohli taky dostat a nějakých speciálních přístrojích se třeba zapojit. Aby tady byly nějaký funkční rotopedy a takovýchle různý věci. To tady nemáme.“ „hlavní problém je ten, že tady ty lidi, co jsou upoutaný na lůžko se vůbec nedostanou ven vůbec, z toho pokoje, nedostanete je ven. Takže oni nevidí oblohu a je potřeba vlastně až tady bude stát nověj barák, mělo by to tam být aby tam byli ty terasy, kde ti

*klienti i s tím lůžkem vyvezete aspoň na tu terasu a oni jsou venku.“ „No já bych uvítal něký ty pomůcky takový trošku, takový ty sportovnější něký asi tak no.“*

*INF 5: „To je těžký. Vidíte tu materiální vybavenost, to je zoufalí jako tady.“*

- **Ocenění**

*INF 3: „Vidím jakoby na sto procent nevýhodu v tom, že prostě tam chyběj určitý práva jo, jakoby abychom byli ta osobnost jo, že často slýchám od kolegů za co nás ty klienti proboha maj, co my vlastně pro ně jsme, jsme otroci, sluhové. Chybí tam „važít“ si toho personálu a těm lidem nedochází, že nás je tak málo.“*

- **Zájem ze strany vedení**

*INF 5: „Pak nám taky trošku chybí takovej ten zájem prostě od vyššího managementu. To tady není vůbec prostě. O tu naši práci není zájem ani z týhle strany takže to bohužel prostě se i na vztazích jakoby mezi kolegama projevuje, protože tady chybí nějak respekt z někoho takovýho víc postavenýho. Takže se i spolíhá na to, že ta péče nemusí bejt tak dobře odvedená, protože na tom nikomu moc nezáleží. Kromě mě, protože furt někoho do něčeho tlačím a už to prostě, já se nemám o co vopřít, abych cejtila podporu toho vedení, tak to prostě tak není“.*

- **Personál**

*INF 4: „Mě konkrétně. No vím, že by bylo potřeba minimálně tu dietní sestru, ale to se netýká přímo mojí práce. Když to vztáhnou co by potřebovali klienti tak určitě řeší se tu neustále diety, co kdo může, co kdo nemůže. Možná někdo kdo by sestavil ten jídelníček na míru těm dietářům tak by to nebylo od věci. No a možná nějak metodik na standardy na aplikování obecnějších zákonů do praxe, do naší dokumentace a takový jakoby poradenství. Někoho kdo pravidelně by měl čas na tyhle věci.“*

*INF 5: „Pak nám chybí samozřejmě personál, že jo, toho je pořád málo, na to že my tady máme přes 40 lidí a z toho tak 30 dementních těžce jako jo. Tak je nás tad pořád málo.“*

*INF 6: „No myslím si, že by tady u nás bylo potřeba posílit tu rehabilitaci. Vyložene rehabilitačního pracovníka. Jako že vystudovanýho, my tu máme spíš ty ergoterapeuty a tak. Někoho kdo tomu fakt rozumí.“*

INF 7: „*No (povzdech) nám chybějí zaměstnanci, prostě je nás málo, je nás hrozně málo.*“

#### AMBULANTNÍ SLUŽBY

- Jednotný přístup

INF 11: „*Samozřejmě by to chtělo si myslím jednotný přístup.*“

- Finance

INF 8: „*Neběží to úplně výborně, protože jsme dost v nevýhodě proti státním zařízením, který jsou buď krajský, nebo státní, ty nemaj problémy s financema pro zaměstnance, my vždycky.*“

- Prostory

INF 8: „*Já vidím, že bysme potřebovali no my třeba větší prostory, protože my jsme tady už 15 let a nikdo před tím nevěděl, co taková služba potřebuje. Takže jakoby mým snem je tady to hezký místo, ale mít tu službu přizpůsobenou i těm potřebám těch klientů.*“

- Podpora od kraje

INF 8: „*Já bych viděla trošku větší podporu třeba ze stran těch krajů nebo pro nás, my jsme nezisková organizace církve, takže jsme vždycky poslední.*“

## 5 DISKUZE

V této kapitole se věnuji diskuzi nad výzkumnými otázkami, které byly stanoveny na začátku výzkumu. Na začátku výzkumu byl stanoven také cíl této diplomové práce, kdy jsem zjišťovala, jaké jsou možnosti koordinované rehabilitace v současném konceptu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Tento cíl byl naplněn v rámci níže uvedených výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou rozdíly ve vnímání a možnostech využití složek koordinované rehabilitace v pobytové a ambulantní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

Výzkumná otázka č. 2: V čem je systém koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou nejčastěji limitován?

Z výzkumu je zřejmé, že lidé, kteří pečují o osoby s Alzheimerovou chorobou, nejsou vůbec seznámeni s pojmem koordinované rehabilitace a takový pojem většina z nich mnohdy nikdy ani neslyšeli. Přitom z odpovědí informantů, kteří se zúčastnili výzkumu je zřejmé, že mnohdy péči v rámci koordinované rehabilitace svým klientům poskytují. Stále ale koluje mezi lidmi, kteří se pohybují v péči o klienty s demencí, a jsou tedy odborníci v těchto službách, informace, že rehabilitace jako taková, představuje spíše fyzické úkony na klientech a nic dalšího. Dle Müllera et al. (2014) je rehabilitace široký pojem a sahá nejen do medicíny, ale i do oblasti sociální, pedagogické, výchovné, pracovní atd. Dále dle tohoto autora (2014, s. 401) je rehabilitace *celospolečenský vztah k osobám, jejichž zdravotní kondice jim neumožňuje vykonávat některé aktivity, které potřebují ke své nezávislé existenci*. Dle autorky Emmerové (2012) je rehabilitace jak mezi laiky, tak i mezi dalšími odborníky často chápána jen jako fyzikální terapie a fyzioterapie. Což je zřejmé i z mého výzkumu. Důvodem neznalosti správného chápání rehabilitace, potažmo koordinované rehabilitace, je dle mého názoru nedostatek informovanosti odborníků, kteří poskytují služby osobám s demencí, ale také poměrně nové téma, které je stále řešeno, a které díky stále se rozšiřujícím možnostem moderní medicíny, nabývá na významu.

Pokud porovnáme znalost rehabilitace pracovníků, kteří pečují o osoby s demencí v pobytových zařízeních a naopak pracovníky, kteří o osoby s demencí pečují v zařízeních ambulantních, z výzkumu vyplynulo, že ač se odpovědi víceméně od sebe moc nelišily, odborníci z ambulantního zařízení měli o rehabilitaci lepší povědomí než

odborníci z pobytových zařízení. Informanti z ambulantních zařízení pod tento pojem přiřazovali krom zmíněné fyzické rehabilitace i nácvik sebeobslužných činností, zařazení osoby, která trpí demencí, do společenského prostředí, rozvoj motorických dovedností, rehabilitaci kognitivních funkcí, různé aktivizační činnosti a v neposlední řadě byla zmíněna i individuálnost klienta a potřeba plánovat klientovi služby přesně na míru jeho potřebám.

Informanti, kteří pečují o osoby s demencí v pobytové službě, však také zmiňují některé úkony, které jsou v duchu koordinované rehabilitace, jako například trénink paměti, zachování soběstačnosti, ergoterapie, podpora sociálních kontaktů. Nejvíce odpovědí, co si pod pojmem rehabilitace představí, však bylo z oblasti fyzické rehabilitace, kde si pod tímto nejvíce představují úkony jako například různé cviky s končetinami, nácvik přesunů, různé další cviky na lůžku, masáže nebo nahřívání rašelinou. Dle Votavy et al. (2003) je rehabilitace často chápána spíše jako součást léčebného procesu, proto označením ucelená či koordinovaná rehabilitace je vyjádřeno to, že rehabilitace zasahuje kromě zdravotní péče i péči v dalších oblastech jako je sociální, pracovní a pedagogická.

Jak je již uvedeno výše, žádný z informantů, ať už pracovník pobytového zařízení anebo ambulantního, na položenou otázku, která padla až na samém konci rozhovoru, zda znají pojem koordinované rehabilitace, a zda je v jejich zařízení uplatňována, neodpověděl kladně. Žádný z informantů o tomto pojmu nikdy neslyšel. Pouze jeden informant ze zařízení ambulantního sdělil: *Myslím si, že to třeba můžeme nějak zhruba dělat, ale neslyšela* (INF 8). V tomto ohledu jsou odborníci, kteří jsou den, co den v kontaktu s klienty, ať už s osobami trpícími demencí či jinou chorobou, velmi nedostatečně informováni. A toto se netýká jen zařízení, ve kterých jsem přímo prováděla výzkum, ale i v jiných zařízeních, kde jsem vykonávala například odbornou praxi či jsem vedla neformální rozhovor s pracovníky z těchto oblastí. Ani ti neměli o pojmu koordinované rehabilitace nějaké povědomí. Dle mého názoru je v tomto ještě velká mezera, kdy bude ještě několik let trvat, než se nejen tento pojem dostane do povědomí pracovníků, kteří pracují v sociálních a zdravotních službách s klienty s demencí, ale i dalšími chorobami. O koordinované rehabilitaci se u nás hovoří již více jak 15 let a zákon, který by rehabilitaci zavedl, projednalo již několik vlád, ale nikdy se zákon nestačil připravit, protože nastoupila vláda nová (Horská, © 2015).

Dalším aspektem dobře fungující koordinované rehabilitace je multidisciplinární tým. Dle Jankovského (in Pfeiffer et al., 2014) je důležité efektivně propojit podporu osoby s postižením aplikací uceleného systému rehabilitace, který propojuje léčebné, pedagogické, sociální a pracovní prostředky, a to nejde bez vytvoření multidisciplinárního týmu, ve kterém každý odborník zaujímá své místo. Rehabilitační (multidisciplinární) tým se skládá z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociálního pracovníka a případně i z logopeda a dále jsou součástí týmu i zdravotní sestry a protetičtí odborníci (Votava et al., 2003). V rámci mého výzkumu jsem zjišťovala, jaké jsou rozdíly a také možnosti využití složek koordinované rehabilitace a tím pádem jsem zjišťovala s jakými odborníky pobytová a ambulantní zařízení spolupracují v rámci péče o klienta. Z výsledku je zřejmé, že větší tým odborníků, kteří se věnují péči o jednoho klienta, je v pobytových zařízeních, kde jsou větší kapacity na jejich zapojení a také možné finanční prostředky. I když jsem se ve všech zařízeních, jak v pobytových, tak i v ambulantních, setkala s problémem, který souvisí s nedostatkem financí právě pro další odborníky, kteří by přispěli ke kvalitnější péči o klienta. Nedostatek finančních prostředků pro spolupráci s dalšími odborníky je největším problémem jak v pobytových, tak v ambulantních zařízeních, který je třeba řešit. V zařízeních pobytových se běžně v týmu vyskytuje zdravotní sestra, sociální pracovník, aktivizační pracovníci a lékaři. Z lékařů je to například neurolog, psychiatr, logoped, urolog nebo diabetolog. V jednom zařízení jsem se setkala i s tím, že jím naopak psycholog chybí, bohužel právě z finančních důvodů si ho nemohou dovolit. *Psychologa sehnat je potíž jak časová, tak finanční. Přitom by byl potřeba tady* (INF 4). Dále do pobytových zařízení hojně docházejí dobrovolníci, kteří se věnují klientům v jejich volných chvílích a klienti tráví tak čas smysluplně. Aktivizační pracovníci mají v náplni práce jednak aktivizovat klienty k nějaké činnosti, tak jim také vymýšlet program, organizovat klientům výlety a návštěvy, dále s klienty provádí trénink paměti, taneční terapii nebo muzikoterapii, dále zajišťují canisterapii a v neposlední řadě s klienty cvičí, chodí a pomáhají jim zachovat si soběstačnost. V zařízeních jsem také díky mému výzkumu zjistila, že v rámci týmu ostatním odborníkům v péči o klienta chybí například nutriční terapeut, kde v některých zařízeních není a klienti tak mnohdy nedostávají stravu, která by byla pro mě nutričně adekvátní.

V zařízeních ambulantních je tým odborníků menší. Tato zařízení spolupracují také s lékaři, ale spíše jde o formu, kdy klienta, který potřebuje odbornou lékařskou pomoc, za tímto odborníkem dovedou nebo mu ho doporučí. Velkým nedostatkem však je, že

v ambulantních zařízeních dle informantů chybí psycholog, který by byl vždy „po ruce“ nebo alespoň například jedenkrát týdně docházel do zařízení a byl tak nápomocen při péči o klienty. Dále ambulantní zařízení hojně spolupracují s pečovatelskou službou a osobní asistencí, kdy na sebe tyto služby navazují a mají tak spolu kvalitní spolupráci. Dále se v těchto zařízeních podílejí na spolupráci o klienty aktivizační pracovníci, kteří se podobně jako v pobytových zařízeních klientům věnují v rámci dne. Jejich náplní práce je například ergoterapie, trénink paměti, různé metody na zachování jemné a hrubé motoriky, metody k zachování soběstačnosti klientů a plánování dalších aktivit pro klienty. Dále v těchto zařízeních funguje sociální pracovník, který má na starosti agendu sociální práce, ale také často vypomáhá právě aktivizačním pracovníkům v práci s klienty. Právě v jednom zařízení jsem se setkala s tím, že sociální pracovník nemá čas vykonávat svou práci z důvodu, že vypomáhá v práci aktivizačním pracovníkům, protože jim v zařízení chybí personál, který by práci s klienty zajistil a sociální pracovník by tak měl čas na svou práci. *Je toho už hodně na toho pracovníka, že už jakoby psychicky jsem vysílená, jak mám vlastně dělat tu sociální práci hlavně, tak jakoby na to nemám čas, že to dělám v mezičase třeba mezi schůzema* (INF 10). Dále pracovníci v ambulantních zařízeních spolupracují s různými centry, například s půjčovnou kompenzačních pomůcek, s centrem pro inkontinenční pomůcky nebo se sluchovým centrem. Tato spolupráce je opět spíše na bázi doporučení klientovi a jeho rodině. V neposlední řadě tato zařízení spolupracují opět s dobrovolníky, kteří do zařízení docházejí klientům například předčítat, vyprávět o cestování, pořádají pro klienty koncerty, vypomáhají v péči o klienta.

Dále jsem v rámci mého výzkumu zjišťovala, jak jsou pracovníci, kteří pečují o osoby s Alzheimerovou chorobou, se spoluprací s ostatními odborníky zainteresovanými do péče o klienta, spokojeni. Je důležité znát, jak multidisciplinární spolupráci vnímá každý jednotlivý člen týmu, protože i na tom, jak se k této spolupráci staví sám jednatel, pak záleží na kvalitě odvedené či neodvedené práce celého týmu. Nejčastěji informanti viděli pozitiva ve spolupráci v kontextu toho, co tyto spolupráce přináší hlavně klientům. Mezi pozitiva spolupráce řadili informanti nejčastěji cílené zaměření klientových potřeb a s tím související i péče a také individualizace péče o klienta s demencí. Dále jako pozitivum vidí, že lze tímto využít větší škálu služeb a celkovou širokospektrnost při využití těchto služeb v rámci péče o klienta. Dále z poznatků informantů vychází, že klienti více věří odborníkům, kteří jsou zaměřeni na určitou oblast, kterou klienti právě potřebují. Dále je také jako velké pozitivum brána



přítomnost lékaře v zařízení, avšak jak je zmíněno již výše, to není vždy z důvodu hlavně finančních možné, aby v každém zařízení byli specializovaní lékaři přítomni. Dále jako pozitivum vnímají to, že další odborníci s sebou přináší i nové rady a názory, kdy se pracovníci mezi sebou neustále učí novým poznatkům. A v neposlední řadě je na spolupráci mezi všemi odborníky také to, že je to týmová spolupráce, kdy se péče rozvrství mezi více odborníků, péče je tak kvalitnější a jedinec by vše sám nezvládl. *Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druh jej zvedne. Běda samotnému, který upadne, pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl* (Bible, Kazatel 4: 9,10).

Jako negativa spolupráce v rámci týmu informanti uvádějí časovou náročnost, kdy je těžké se sladit s ostatními, ale také nedostatek času kvůli velkému množství dokumentace, kterou sebou tato práce nese. Nejen časovou, ale i finanční náročnost vnímají informanti jako negativum, kdy na jedné straně odborníci chybí kvůli finančním nedostatkům, ale na druhou stranu čím více odborníků v péči o jednoho klienta, tím větší finanční náročnost, což je začarovaný kruh, ze kterého se dá těžko dostat ven. Dále za negativa považují neschopnost sladit se jako tým a to, že každý jedinec v týmu má jiné představy o péči. Ale v mém výzkumu se objevili i informanti, kteří na spolupráci týmu neshledávají žádná negativa.

Zásadním požadavkem v rehabilitaci je to, aby rehabilitace byla plynulá a koordinovaná. Aby taková rehabilitace byla, je zapotřebí dobré organizace celého rehabilitačního týmu a také celého procesu (Pfeiffer, Švestková, Zeman in Pfeiffer et al., 2014). K tomu je zapotřebí i dobré komunikace v týmu. Komunikace mezi všemi členy týmu musí být především partnerská, protože důležitou informaci o klientovi může přinést jak lékař, tak například sestra nebo sanitář a je důležité, aby každý v komunikaci dostal svůj prostor (Marková, 2010). Na multidisciplinární tým pohlížíme v konceptu kruhové podpory, což symbolizuje kulatý stůl, u kterého sedí všichni odborníci, kteří se podílejí na péči o jednoho klienta a každý odborník má stejnou rovnocennou pozici a nikdo nemá větší význam než druhý, všichni jsou na tom stejně (Jankovský in Pfeiffer et al., 2014). Dále se dle tohoto autora očekává mezi všemi členy týmu dobrá vzájemná spolupráce a oboustranná kvalitní komunikace. Proto jsem se dále svých informantů ptala, jak probíhá komunikace s dalšími členy týmu a jak často se schází a sdělují si informace týkající se klientů. Odborníci v zařízeních pobytových se schází dle jejich výpovědí minimálně 2x denně a sdělují si informace týkající se klientů. Nejčastěji se schází ráno a odpoledne. Ráno se schází zdravotní sestry někdy i

společně s aktivizačními pracovníky a sdělují si, co se stalo během noční služby a dále probírají denní plány. Dále v pobytových zařízeních funguje psaná dokumentace, do které se zapisují denní hlášení a každý člen týmu tak může do této dokumentace nahlédnout a zjistit si informace jaké potřebuje. Odpolední schůzky se účastní většinou aktivizační pracovníci a sociální pracovníci, kdy společně probírají měsíční plány, a také pokud se vyskytnou nějaké problémy, tak je na těchto schůzkách řeší. Dle slov informantů si dále většinou informace předávají průběžně, což může ale vést k tomu, že některé informace se nemusí dostat ke všem odborníkům, kteří by takové informace měli znát.

V ambulantních zařízeních probíhá komunikace obdobně. Tým se schází každý den ráno, kdy si předávají nejdůležitější informace a dále si tyto informace předávají v průběhu celého dne. I v ambulantních zařízeních se vede psaná dokumentace, do které lze nahlédnout kdykoliv během dne. Dále v jednom z těchto zařízení probíhá jednou za měsíc velká porada. Nevýhodou v komunikaci mezi členy týmu v ambulantním typu služby je ten, že není možné, aby komunikace probíhala mezi všemi členy týmu najednou z důvodu, že tato zařízení často spolupracují s externími odborníky, se kterými nejsou denně v kontaktu, a proto nelze toto zajistit.

V souvislosti s tím, jak tým odborníků spolupracuje společně při péči o klienta v rámci komunikace, byli informanti dotazováni i na to, jak hodnotí celkovou spolupráci celého týmu v péči o klienta. Jak je již zmíněno výše, aby rehabilitace fungovala správně, byla plynulá a efektivní, musí tým v péči o klienta fungovat společně, respektovat každého dalšího odborníka v týmu. Každý člen přináší do týmu dovednosti spojené s jeho profesí, které se liší v závislosti od zkušeností nebo také kvality vzdělání a jsou ovlivněné postoji a hodnotami individua. Aby multidisciplinární spolupráce dobře fungovala, základem musí být sdílení kompetencí, znalostí a dovedností každé profese. Informanti byli dotazováni zda, je něco, co by přispělo k lepší spolupráci mezi všemi členy týmu a tím i k lepší péči o klienta. V pobytových zařízeních je největším problémem nedostatek personálu, což nesouvisí úplně tak se spoluprací všech odborníků, ale pokud chybí personál, chybí odborníci, se kterými by se dalo spolupracovat v péči o klienta, a čím méně personálu v zařízení, tím více je práce na jednoho člověka v týmu. Personál je vyčerpaný a nepracuje v takové kvalitě, v jaké by bylo potřeba. Dále z rozhovorů vyplynulo, že často v pobytových zařízeních probíhají schůzky v rámci vedení jen s „vyšším“ personálem, a běžný personál se takových schůzek neúčastní, což je bráno jako problém, a personál by ocenil, aby se

takové schůzky alespoň jedenkrát či dvakrát do měsíce uskutečňovaly s veškerým personálem, aby *hlava věděla, co dělají nohy* (INF 4). Dle Votavy et al. (2003) je důležité, aby jednotliví odborníci věděli, kdo je za co v rámci péče o klienta zodpovědný a s kým bude při péči o klienta spolupracovat. Je proto také důležité podporovat vzájemnou spolupráci vedoucího personálu a personálu nižšího. Dalším problémem ve spolupráci v rámci týmu informanti uvedli ochotu spolupracovat, kdy někteří členové týmu nejsou schopni společně pracovat při péči o jednoho klienta, například z důvodu osobních preferencí a poté tedy dochází k nekvalitní péči. Dle Jankovského (in Pfeiffer et al. 2014) je předpokladem dobře fungujícího týmu kromě jiného i profesionalita pracovníků, lidský rozměr v práci každého člena týmu, navazování přátelských vztahů mezi členy týmu a předpoklady pro týmovou spolupráci při maximální osobní odpovědnosti. V rámci navazování přátelských vztahů mezi členy týmu by mohl být nápomocný takzvaný teambuilding, který někteří informanti sami sdělili jako něco, co jim při spolupráci s ostatními členy týmu chybí. Teambuilding je nyní velmi oblíbený a znamená jakoukoliv aktivitu, která se odehrává ve skupině a má vliv na její rozvoj, ať už kladný či záporný (Hrazdilová Bočková, 2016). Význam slova teambuilding je hlubší než jen zábavné společenské akce, firemní párty či setkání kolegů, ale je to cílená aktivita, která je organizovaná a metodicky vedená a je zaměřena na rozvoj spolupráce, zvýšení efektivity týmu, podporu komunikace a pozitivní posun ve skupinové dynamice (Hrazdilová Bočková, 2016).

V ambulantních zařízeních se podobně jako v pobytových objevila potřeba teambuildingu a tím tedy potřeba rozvoje spolupráce a zvýšení efektivity týmu. Informant č. 10 sdělil, že vnímá, že jejich tým je rozdělen do dvou skupin. V souvislosti s tím sdělil, že vnímá, že kvůli tomuto rozdělení do skupin k sobě vzájemně nejsou pracovníci otevření. Vzájemná otevřenost členů týmu je důležitým aspektem kvalitní péče. Nejsou-li členové týmu k sobě vzájemně otevření, může dojít k nepředání si důležitých informací a tím i k nedostatečné péči o klienta. Otevřenost je dle autorů Doležala, Máchala, Lacka et al. (2012) nevyhnutelným prostředkem pro získání znalostí a zkušeností ostatních členů týmu. Ostatní členové týmu mohou znát důležité informace o klientovi, a pokud nejsou členové týmu k sobě otevření, může dojít k jejich nepředání a posléze například i k pochybení v péči. V neposlední řadě by k lepší spolupráci v ambulantních zařízeních přispělo mezi členy týmu i více času na to, aby se mohli denně všichni setkávat. Služby se překrývají, a tak není možnost, aby se setkali všichni.

Kvalitní spolupráce mezi členy týmu je podporována i formou supervize, která probíhá ve všech dotazovaných zařízeních nejméně 4x do roka. Supervize týmu se dle Havrdové a Hajného (2008) zaměřuje na spolupráci v týmu, zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů mezi sebou. Výhodami týmové spolupráce může být společné setkávání, které je prostorem pro podporu vztahů, zažití kolegů i v jiné roli a jako prostor pro budování týmu (Venglářová et al., 2013).

Dále jsem se ve výzkumu zaměřila na limity, které pracovníci v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou pocítují, a které jsou překážkou co nejkvalitnější péče o klienty s Alzheimerovou chorobou. V pobytových zařízeních bylo zjištěno hned několik pracovních nedostatků či limitů, které jsou na úkor kvalitní péče. Některým pracovníkům chybí například více průběžného vzdělávání a absolvování více odborných seminářů, přičemž právě ve Standardech kvality sociálních služeb, které jsou přílohou vyhlášky č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je zakotvena zásada odbornosti, která říká, že by se měli pracovníci odborně vzdělávat v systému průběžného vzdělávání, který odpovídá cílové skupině uživatelů zařízení, ve kterém pracují. Dalším aspektem kvalitní péče o klienty trpící demencí či Alzheimerovou chorobou, je dostatečné vybavení konkrétního zařízení, kdy několik informantů sdělilo potřebu lepšího a kvalitnějšího vybavení zařízení, ve kterém pracují. Problémem jsou i řešené dispozice domu, ve kterém se jedno zařízení nachází, kde není možnost imobilní klienty na lůžku vyvézt ven z pokoje na terasu. Řešením tady je výhled do budoucna, kdy by se toto zařízení mělo údajně stěhovat do zcela nově postaveného domu, kde by tyto dispozice měly být vyřešeny. Dále, jak už bylo zmíněno i výše, pracovníkům velmi chybí zájem ze strany vedení, což je dalším limitem, který se odráží na kvalitě péče o klienty. Z informací od jednoho informanta (7) je zřejmé, že pracovníkům chybí respekt z někoho výše postaveného, a proto neodvádí tak kvalitní péči jakou by měli, protože nejsou tolik kontrolováni. Dále jako limitující faktor informanti uváděli také personální zajištění. Jak již také bylo zmíněno výše, v zařízeních, které poskytují sociální služby seniorům trpícím demencí a Alzheimerovou chorobou, je ohromný nedostatek pracovníků. Lidí, kteří by byli ochotni a schopni vykonávat takto náročnou práci, je málo a tato práce není z pohledu náročnosti ani dostatečně finančně ohodnocena. Proto není divu, že nedostatek personálu řeší tato zařízení dnes a denně. Dále jeden informant (4) sdělil, že jim v zařízení chybí dietní sestra, která by klientům sestavovala jídelníček na míru. Dle Pokorné et al. (2013) je zajištění nutriční péče neoddelitelnou součástí preventivní a

léčebné péče o seniory. Aby byla nutriční péče efektivně a úspěšně realizovaná, je zapotřebí včas rozpoznat pacienty, kteří takovou péči vyžadují (Pokorná et al., 2013). Je nezbytná efektivní spolupráce multidisciplinárního týmu, aby takové klienty zavčas identifikovali, diagnostikovali a adekvátně léčili, a k tomu je zapotřebí i kvalifikované nutriční sestry, která je důležitým členem multidisciplinárního týmu (Pokorná et al., 2013). Dalším členem týmu, který často chybí v pobytových zařízeních, a který dle jednoho z informantů (6) by byl potřeba v jejich zařízení, je rehabilitační pracovník. Dle Malíkové (2011) je rehabilitační pracovník neboli fyzioterapeut, důležitou součástí multidisciplinárního týmu, který provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti pohybového aparátu, je podřízen vrchní sestře a lékařům a spolupracuje se sestrami, ergoterapeuty a aktivizačními pracovníky při péči o klienty. Fyzioterapeut má vyšší odborné nebo vysokoškolské studium a zajišťuje a provádí odbornou rehabilitační péči o klienty (Malíková, 2011). Největším problémem je však dlouhodobý nedostatek personálu, o kterém se zmiňuje více informantů. Tento problém popisují ve své knize i autoři Holmerová et al. (2014), kde uvádí, že se všeobecně ví, že kvalita služeb dlouhodobé péče v České republice je nedostačující a definovali problematrické oblasti, které mají nepříznivý vliv na kvalitu poskytovaných služeb. Právě mezi tyto problematrické oblasti patří mimo jiné i nedostatečné financování těchto služeb a také již zmiňovaný všeobecný nedostatek personálu a tím i nedostatečné zajištění zdravotní a sociální péče (Holmerová et al., 2014).

Naopak v ambulantních zařízeních pracovníkům spíše než personál chybí finance, ať už na rozvoj anebo na personál a s tím i související chybějící podpora od kraje, který takovou službu provozuje a podílí se na financování. Dále jeden informant (8) uvedl nevyhovující prostory, ve kterém je zařízení provozováno. Vzhledem k tomu, že zařízení využívají lidé trpící demencí, nejsou podmínky uzpůsobeny potřebám těchto jedinců. Pracovníci musí být neustále ve střehu, aby nedošlo například k tomu, že klient odejde ze zařízení ven, z důvodu toho, že není budova nijak uzamčena, protože je společná i pro jiné další zařízení, se kterým sdílejí některé stejné prostory. Také mají málo místností k využití a někteří klienti nemají kde odpočívat například v odpoledním klidu.

## 6 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se snažila nahlédnout do problematiky Alzheimerovy choroby a péče o takto nemocné osoby v rámci koordinované rehabilitace. Cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti koordinované rehabilitace v současném konceptu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Diplomová práce se skládá ze dvou částí, a to konkrétně z části teoretické a z části výzkumné. V teoretické části jsem se zaměřila v první kapitole na Alzheimerovu chorobu, kde popisuji, co to Alzheimerova choroba je, krátce její historii, průběh, epidemiologii, její rizikové faktory, příznaky, jak se Alzheimerova choroba diagnostikuje a jak se léčí. Tuto kapitolu jsem zvolila jako první, protože Alzheimerova choroba patří mezi hlavní témata této práce. Další kapitolou teoretické části je demence, kde jsem krátce popsala, o jakou chorobu se jedná a dále jsem popsala další formy demence a její dělení. Kapitolu o demenci jsem do své práce vložila z důvodu, že Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, a proto jsem se chtěla krátce o demenci zmínit. Třetí a poslední kapitolou teoretické části je koordinovaná rehabilitace, která patří taktéž mezi hlavní témata mé práce. Ve své práci jsem se nesoustředila pouze na osoby trpící Alzheimerovou chorobou, ale konkrétně na péči o takto nemocné osoby v rámci koordinované rehabilitace a na tým odborníků fungující v tomto konceptu. V této kapitole popisuji, co je to koordinovaná rehabilitace a popisuji její jednotlivé složky a na závěr se soustředím na konkrétní aktivity, které jsou v rámci koordinované rehabilitace využívány pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Ve druhé části mé práce, tedy v části výzkumné, popisuji cíl mé práce a výzkumné otázky, dále popisuji metodiku, dle které jsem se v rámci výzkumu řídila. Další kapitolou jsou potom samotné výsledky, které z výzkumu vplynuly, a jsou zpracovány do přehledných sítí vytvořených v programu Atlas.ti 7, doplněny o výpovědi informantů. Téměř všechny výsledky jsem rozdělila na dvě kategorie, a to na výsledky od informantů z pobytových zařízení a na výsledky od informantů z ambulantních zařízení. A poslední kapitolou je diskuze, kde shrnuji všechny výsledky a porovnávám je s literaturou.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že již ve své bakalářské práci jsem se tomuto tématu věnovala. Ne tedy konkrétně profesionální péči v konkrétních zařízeních pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou, ale v bakalářské práci jsem se zaměřila na kvalitu života rodinných příslušníků, kteří o takto nemocné osoby pečují nebo pečovali v domácím prostředí. Navazuji tak volně na svou bakalářskou práci a v diplomové práci

zjišťují, jaká je kvalita péče o takto nemocné osoby, když rodinní pečovatelé sami už péči o tyto osoby nezvládají a musí se obrátit na pomoc profesionálů, kteří jim s touto péčí ať už částečně pomohou, anebo ji převezmou zcela.

Ve výzkumné části bylo hlavním cílem zjistit, jaké jsou možnosti koordinované rehabilitace v současném konceptu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Výzkum probíhal v pobytových a ambulantních zařízeních, která pečují o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Pro výzkum jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu a jako techniku pro získání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Informanty pro tento výzkum jsem vybrala dle záměrného výběru a samotný sběr dat proběhl počátkem roku 2018. Výzkumným souborem byli pracovníci z již zmíněných pobytových a ambulantních zařízení, kteří v těchto zařízeních pracují jako sociální pracovníci, zdravotní sestry, aktivizační pracovníci, ergoterapeuti či na vedoucích pozicích. Výzkumu se účastnilo celkem jedenáct pracovníků, konkrétně sedm z pobytových zařízení a čtyři ze zařízení ambulantních. Z rozhovorů s informanty poté vyplynulo několik kategorií. Jde o kategorie znalosti rehabilitace, multidisciplinární spolupráce, pozitiva a negativa spolupráce, komunikace v týmu, spolupráce v týmu a pracovní nedostatky. V rozhovoru s informanty jsem se zaměřila konkrétně na to, jak jsou informanti obeznámeni s pojmem rehabilitace a koordinované rehabilitace, zda spolupracují v rámci péče o klienty s Alzheimerovou chorobou i s dalšími odborníky a jak tuto spolupráci hodnotí, a zda je něco, co jim při péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou chybí a co konkrétně by mohlo přispět ke zlepšení péče o osoby s Alzheimerovou chorobou.

První z výzkumných otázek byla zaměřena na rozdíly ve vnímání a možnostech využití složek koordinované rehabilitace v pobytové a ambulantní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Z výsledku je zřejmé, že existují rozdíly mezi těmito dvěma typy zařízení. A péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v těchto zařízeních se liší.

Pokud se zaměřím na znalost rehabilitace pracovníků, kteří pečují o osoby s Alzheimerovou chorobou, existuje jen nepatrný rozdíl mezi znalostmi pracovníků v pobytových zařízeních a ambulantních zařízeních. V pobytových zařízeních se pracovníci více přikláněli k odpovědím typu, že rehabilitace je jenom fyzická rehabilitace jako taková. Jen pár z nich zahrnuje do rehabilitace i další její složky. V ambulantních zařízeních je povědomí o rehabilitaci vyšší a pracovníci zmiňují i jiné její složky a aktivity, ale neopomíjí ani aktivity, které zahrnují fyzickou rehabilitaci. Co se týká znalosti koordinované rehabilitace, jsou pracovníci, jak z pobytových tak

z ambulantních zařízení, se znalostí toho pojmu na tom stejně, a tedy, že o koordinované rehabilitaci nemají žádné povědomí. Jak jsem již zmiňovala ve své práci, není se čemu divit. Pojem koordinované rehabilitace je v České republice stále ještě novým a nediskutovaným tématem mezi těmito pracovníky. Je důležité také zmínit, že můj výzkum probíhal v kraji Vysočina. Je možné, že pokud by byl výzkum prováděn v kraji Jihočeském, výsledky by se mohly lišit. Pracovníci pracující v zařízeních tohoto typu v Jihočeském kraji a vystudovaní v Českých Budějovicích na Jihočeské univerzitě na Zdravotně sociální fakultě budou mít možná větší povědomí o tomto pojmu, protože Jihočeská univerzita koordinované rehabilitaci přikládá velký význam. Není proto divu, že zásadní publikace, která pojem koordinované rehabilitace vysvětluje, vznikla pod záštitou Jihočeské univerzity na Zdravotně sociální fakultě.

Dále jsem v pobytových a ambulantních zařízeních zkoumala rozdíly v přístupu k multidisciplinární spolupráci. Z výzkumu vyplynulo, že větší multidisciplinární tým se nachází v pobytových zařízeních. Tato zařízení jsou většinou větších kapacit, a proto není divu, že se zde nachází i větší multidisciplinární tým. V ambulantních zařízeních se jedná jen o malé týmy složené většinou z vedoucího pracovníka, sociálního pracovníka a aktivizačního pracovníka. S dalšími odborníky pak dále mohou spolupracovat alespoň externě, kdy toto může být výhodou pro tato zařízení. Klient má větší možnost individuálního přístupu tím, že se pro něj najde pomoc na míru „zvenčí“, protože tato externí spolupráce je v těchto zařízeních více využívána než v zařízeních pobytových, kde jsou využíváni především pracovníci interní. Z výzkumu vyplynuly však i limity, kterým se budu věnovat ve druhé části závěru. Při multidisciplinární spolupráci nezáleží jen na velikosti týmu a na tom jací odborníci jsou v něm zahrnuti, ale i na vzájemné spolupráci mezi těmito odborníky. Jak v zařízeních pobytových, tak i v ambulantních byla tato spolupráce z větší části hodnocena kladně a pracovníci spíše vidí pozitiva na straně toho, jaká pozitiva spolupráce přináší pro klienta nežli pro tým. Z výzkumu vyplynuly však i negativa, kterým se budu věnovat opět ve druhé části závěru. Dalším aspektem dobře fungujícího multidisciplinárního týmu je komunikace mezi členy týmu. Z výzkumu je zřejmé, že členové týmu mezi sebou ve všech zařízeních komunikují minimálně 2x denně a zároveň vedou psanou dokumentaci. V tomto se zařízení neliší a komunikace je téměř bez komplikací. Avšak může docházet i k šumu v komunikaci, kdy se důležitá informace o klientovi nemusí dostat ke každému pracovníkovi, který by tuto informaci měl znát. Co se týká supervize týmu, v rámci zkoumaných zařízení, dochází k supervizi v každém z nich, což hodnotím kladně. Sdílení problémů a společné



konzultace o klientech jsou důležité pro kvalitní fungování péče o klienty v rámci koordinované rehabilitace. Co se týká možností využití koordinované rehabilitace celkově, jsou na tom lépe dle mého názoru zařízení pobytová, kde se klientovi dostává péče 24 hodin denně, kdežto do zařízení ambulantních klient dochází pouze na několik hodin denně a nemůže mu proto tato péče v takovém rozsahu být poskytnuta. Ovšem výhodou tohoto rozsahu naopak je, že se tento člověk alespoň část dne zdržuje ve svém přirozeném prostředí, a to doma.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, v čem je systém koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou nejčastěji limitován. Z výzkumu vyplynulo, že v pobytových zařízeních trpí nejčastěji nedostatkem personálu, což má za následek velké pracovní vytížení pracovníků, kteří v těchto zařízeních pracují a tím není možná odvedena tak kvalitní péče, která by nejspíše odvedena byla při dostatku personálu. V zařízeních chybí i odborníci jako například dietní sestra a fyzioterapeut, kteří by v multidisciplinárním týmu neměli chybět. Co by dále přispělo k lepší péči o osoby s AN a nyní se toto neděje, jsou dle informantů schůzky vedení a celého týmu pracovníků, kteří jsou do péče zahrnuti a nejen s „vyšším“ personálem, jak tomu je nyní. Dalším limitem péče o osoby s AN je například neochota spolupráce mezi členy týmu. Což je v této oblasti, kdy tyto lidé pečují o seniory s touto chorobou, nepřipustné a všechny osobní preference a nepreference by měly jít stranou. A toto bohužel nejsou všechny limity pobytových služeb. Informanti dále uvádí například nedostatek průběžného vzdělávání, nedostatečnost vybavení a nevyhovující dispozice nebo nezáměr ze strany vedení.

V ambulantních zařízeních jsou největším limitem péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou finance. Tato zařízení jsou „živa“ na dotacích od krajů a dle informantů jsou vždy až na posledním místě, když se finance rozdávají. Dále z výzkumu vyplynulo, že v ambulantních zařízeních chybí interní odborníci, kteří by byli neustále po ruce. Konkrétně například třeba psycholog. To však také z finančních důvodů není zcela možné. Problém s financemi však nemají pouze ambulantní zařízení, ale i zařízení pobytová, kde pracovníci sdělovali, že některé odborníky klientům nemohou zajistit také z důvodu finanční náročnosti. Finance jsou asi největším limitem, který trápí všechna tato zařízení bez ohledu na typ služby. Dalším společným limitem těchto služeb bez rozdílu je již také zmiňovaná naprostá neznalost pojmu koordinovaná rehabilitace.

System koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou je tedy nejčastěji limitován nedostatkem personálu, nedostatkem financí, což je velmi těžko řešitelný problém a neznalostí pojmu koordinovaná rehabilitace.

Výsledky mé práce ukazují, že péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou není aplikována v rámci koordinované rehabilitace, protože naprostá většina odborníků, kteří se den, co den takto nemocným osobám věnují, o tomto pojmu nemají žádné povědomí. Nelze, aby tato práce přinesla veškeré informace o Alzheimerově chorobě a péči o takto nemocné osoby v rámci koordinované rehabilitace, ale práce ukazuje, v čem je tato péče limitována a jak odborníci, kteří o osoby s AN pečují, dosavadní péči hodnotí, vnímají a jaké využívají při této péči možnosti. Práce tak může sloužit jako informační materiál pro osoby, které o tyto klienty pečují nebo jako podnět ke zlepšení této péče. Je důležité této oblasti věnovat pozornost, protože všichni stárneme a jednou se toto může dotýkat i nás a každý člověk má nárok na důstojný život a kvalitní péči, která je nastavena individuálně podle potřeb každého z nás.

## 7 SEZNAM LITERATURY

1. AWASTHI, M., SINGH, S., et al., 2018. Computational approaches for therapeutic application of natural products in Alzheimer's Disease. *Springer Science+Business Media LLC*. doi: 10.1007/978-1-4939-7404-7\_17.
2. BRUEGGEN, K., KASPER, E., OCHMANN, S. et al., 2017. Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease* 57(4), 1315-1324, doi: 10.3233/JAD-160771.
3. BUIJSSEN, H., 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 80-7367-081-X.
4. CAVALLO, M., ANGILLETTA, C., 2017. Similarity among tasks is the key to show generalization of cognitive training effects in Alzheimer's disease: a case study. *Aging, Neuropsychology, and Cognition* 24(3), 247-255, doi: 10.1080/13825585.2016.1184611.
5. CRESWELL, J. W., 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications. 403 s. ISBN 978-1412995306.
6. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015. [online]. Praha. [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>
7. ČESKÁ UNIE PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁNÍ, 2016. *Sociální rehabilitace*. [online]. [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/>.
8. DOLEŽAL, J., MÁCHAL, P., LACKO, B., et al., 2012. *Projektový management podle IPMA*. 2. vyd. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-4275-5.
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
10. EHRENFREUCHTER, C. et al., 2014. *Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Praha: Tarsago Česká republika. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.
11. FIŠAR, Z. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přeprac. vydání. Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-80-247-2737-0.
12. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
13. GULOVÁ, L., ŠÍP, R. et al., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4368-4.

14. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
15. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přeprac. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
16. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče – geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
17. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., 2008. *Alzheimerova choroba v rodině*. 2. přeprac. vydání. Praha: Pfizer. 114 s.
18. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum (Vážka). 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
19. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2012. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2. rozš. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 93 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
20. HORSKÁ, M., 2015. *Proč je důležitá koordinovaná rehabilitace?* [online]. [cit. 2018-07-01]. Dostupné z: <https://horska.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=465020>.
21. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 628 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
22. HRAZDILOVÁ BOČKOVÁ, K., 2016. *Projektové řízení*. Martin Koláček: E-knihy jedou. 470 s. ISBN 978-80-7512-431-9.
23. INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV, 2017. *Pracovní rehabilitace*. [online]. Praha. [cit. 2017-10-18]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni\\_rehabilitace](http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace)
24. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
25. KASPER, E., THÖNE-OTTO, A., BÜRGER, K. et al., 2016. Cognitive rehabilitation in early stage Alzheimer's disease. *Nervenarzt* 87(7), 708-718, doi: 10.1007/s00115-015-4426-2.
26. KELLY, M., LAWLOR, B., COEN, R. et al., 2017. Cognitive rehabilitation for early stage Alzheimer's disease: a pilot study with an Irish population. *Irish Journal of Psychological Medicine* 1-15, doi: 10.1017/ipm.2017.23.
27. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

28. KLUČKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. Kognitivní trénink v praxi. 2. rozš. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
29. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
30. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
31. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
32. LOEWENSTEIN, D., ACEVEDO, A. et al., 2004. Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12(4), 395-402, doi: 10.1097/00019442-200407000-00007.
33. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
34. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
35. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
36. MÁTL, O., MÁTLOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016: kolik zaplatíte za péči?* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>.
37. MCGOUGH, E., KIRK-SANCHEZ, N., LIU-AMBROSE, T. 2017. Integrating Health Promotion into Physical Therapy Practice to Improve Brain Health and Prevent Alzheimer Disease. *Journal of Neurologic Physical Therapy* 41, S55-S62, doi: 10.1097/NPT.0000000000000181.
38. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
39. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
40. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
41. MORELLO, A., LIMA, T., BRANDAO, L., 2017. Language and communication non-pharmacological interventions in patients with alzheimer's

- disease: A systematic review communication intervention in Alzheimer. *Dementia e Neuropsychologia* 11(3), 227-241. ISSN: 19805764.
42. MPSV, 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 44 s. ISBN 978-80-7421-052-5.
  43. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
  44. NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2017. *Related dementias symptoms and diagnosis of Alzheimer's disease: diagnosing Demntia*. [medline]. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/diagnosing-dementia>
  45. NEHLS, M., 2015. *Alzheimer se dá léčit*. Praha: Euromedia. 312 s. ISBN 978-80-7549-257-9.
  46. PANSKÁ, J., 2016. *Alzheimerova choroba v kvalitě života rodiny*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice FZS.
  47. PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
  48. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
  49. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
  50. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. et al., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
  51. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
  52. RAGGI, A., TASCA, D., FERRI, R., 2017. A brief essay on non-pharmacological treatment of Alzheimer's disease. *Reviews in the Neurosciences* 28(6). 587-597, doi: 10.1515/revneuro-2017-0002.
  53. REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.
  54. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
  55. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5983-8.

56. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
57. VOSTRÝ, M., DONČEVOVÁ, L., 2017. Trénování pozornosti a orientace u osob s Alzheimerovou chorobou – lehkého typu, pomocí ict. *Rehabilitacia* 54(1), 34-40. ISSN 03750922.
58. VOTAVA, J. et al., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
59. Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-07-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 57. ISSN 1211-1244.
60. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, 2006. [online]. [cit. 2017-10-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. ISSN 1211-1244.
61. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, 2004. [online]. [cit. 2017-10-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 22. ISSN 1211-1244.

## **8 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

- Obr. 1: Znalost rehabilitace – pobytová zařízení
- Obr. 2: Znalost rehabilitace – ambulantní zařízení
- Obr. 3: Multidisciplinární spolupráce – pobytová zařízení
- Obr. 4: Multidisciplinární spolupráce – ambulantní zařízení
- Obr. 5: Pozitiva spolupráce
- Obr. 6: Negativa spolupráce
- Obr. 7: Komunikace v týmu – pobytová zařízení
- Obr. 8: Komunikace v týmu – ambulantní zařízení
- Obr. 9: Spolupráce v týmu
- Obr. 10: Pracovní nedostatky

- Tab. 1: Stádia Alzheimerovy choroby
- Tab. 2: Rozdělení příznaků Alzheimerovy choroby
- Tab. 3: Identifikační údaje informantů



## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Okruhy pokládáných otázek

## 10 SEZNAM ZKRATEK

ACE-R	Addenbrooský kognitivní test
AN	Alzheimerova nemoc/choroba
BPSD	Behaviorální a psychologické příznaky demence
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
č.	Číslo
INF	Informant
MMSE	Mini-Mental State Exam
NIH	NATIONAL INSTITUTE ON ANGIN
NMDA	N-methyl-D-asparágová kys.
Obr.	Obrázek
PET	Pozitronová emisní tomografie
RHC	Rehabilitace
Sb.	Sbírka
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
Tab.	Tabulka

## Příloha 1: Okruhy pokládaných otázek

### 1. ZNALOST REHABILITACE

- Co si představíte, když se řekne rehabilitace?
- Co podle Vás do rehabilitace určitě patří?
- Co podle Vás do rehabilitace určitě nepatří?

### 2. JAKÁ JE MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

- Spolupracujete i s jinými odborníky v rámci péče o jednoho klienta? Se kterými?
- Jaká jsou pozitiva spolupráce s dalšími odborníky?
- Jaká jsou negativa spolupráce s dalšími odborníky?
- Jak probíhá komunikace s ostatními členy týmu? A jak často se scházíte?

### 3. ZNALOST KOORDINOVANÁ REHABILITACE A JEJÍ UPLATNĚNÍ

- Znáte pojem koordinovaná rehabilitace? Co podle Vás znamená?
- Je koordinovaná rehabilitace ve Vašem zařízení uplatňována?
- V čem vidíte přínos koordinované rehabilitace?
- V čem vidíte naopak nevýhody koordinované rehabilitace?

### 4. PŘÍTOMNOST SUPERVIZE

- Probíhá ve Vaší organizaci supervize? Jak?
- *Kdo všechno se supervizních setkání účastní?*

### 5. NEDOSTATKY

- Je něco, co vám chybí pro komplexnost Vaší práce?
- Je něco, co by podle Vás mohlo přispět k lepší spolupráci a propojenosti pracovníků ve Vaší organizaci?