

Kvalita života jedinců s demencí

Bc. Vendula Outratová

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Vendula OUTRATOVÁ**
Osobní číslo: **H118508**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života jedinců s demencí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na kvalitu života jedinců s demencí
- jak demence ovlivňuje životy osob, kteří jí trpí i osob v jejich blízkém okolí
- na možnosti zkvalitnění péče o tyto jedince

Součástí práce bude sociologický výzkum zaměřený na zjištění kvality života jedinců s demencí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2010.

Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV public relations, spol. s r.o., 2007.

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv, Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, 2009.

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kolektiv, Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, 2008.

Mühlpachr, P. Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006.

Pidrman, V. Demence. Praha: Grada Publishing, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

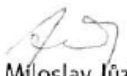
Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2013**

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

JENDŮŠKA PAVLA
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně *19. 2. 2022*
.....

Kubrák
.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Nemí-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své diplomové práci se zabývám tématem kvalita života jedinců s demencí. Diplomová práce je především zaměřena na problematiku poslední životní etapy člověka – stáří, na demenci, na kvalitu života jedinců s demencí a na sociální služby, které jsou seniorům poskytovány. Detailněji pojednávám o možnostech aktivizace a osobním rozvoji seniorů s demencí. V práci uvádím 7 kazuistik, které jsou zaměřeny na osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou. Výsledkem výzkumu diplomové práce je zjištění možností aktivizace a osobního rozvoje jedinců s demencí v rodinném prostředí a v sociálním zařízení. Pozornost je věnována zhodnocení vlivu aktivizace na kvalitu jejich životů. Diplomová práce umožňuje hlubší poznání a pochopení problematiky seniorů a demence. Je zaměřená na možnosti aktivizace seniorů s demencí, které souvisí s kvalitou jejich životů. Ukazuje také snahu Jihomoravského kraje a regionu Kyjovsko zabezpečit a zvýšit kvalitu sociálních služeb, které povedou ke zlepšení kvality života všech seniorů, nejen s demencí.

Klíčová slova:

- stáří, senior, demence, kvalita života, osobní rozvoj, sociální služby, rezidenční péče, rodinné prostředí, možnosti aktivizace seniorů

ABSTRACT

My thesis deals with the theme of the quality of life of individuals suffering from dementia. The thesis focuses predominantly on the issues of the final stages of life of people – old age, dementia, quality of life of people suffering from senile dementia and social services provided to seniors. I write in detail on possibilities of activation and personal development of senior citizens with dementia. The thesis brings 6 casuistries focusing on persons with dementia and Alzheimer's disease. The thesis results in the finding of options of activation and personal development of people suffering from dementia in the familial environment and welfare facilities. Attention is paid to the evaluation of the influence of activation on the quality of their lives. The thesis enables deeper understanding and knowledge of the issues of senior citizens and dementia. It is focused on the options of activation of seniors with dementia which are related to the

quality of their lives. It also points out the effort of the South-Moravian District and the Kyjov region to secure and increase the quality of social services leading to the improvement of life of all seniors, not only those suffering from dementia.

Keywords:

- old age, senior citizens, dementia, quality of life, personal development, social services, residential care, familial environment, options of activation of seniors

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ SENIORSKÉHO VĚKU	12
1.1 Stáří.....	12
1.2 Seniorský věk.....	16
1.3 Možnosti aktivizace a osobního rozvoje seniorů.....	17
2 DEMENCE	23
2.1 Demence	23
2.2 Druhy demence	25
2.3 Diagnostika demence	29
2.4 Léčba demence.....	30
3 PROBLEMATIKA REZIDENČNÍ PÉČE	33
3.1 Rezidenční péče.....	33
3.2 Rezidenční péče – služby	34
3.3 Systém péče o jedince s demencí	35
4 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S DEMENCÍ	38
4.1 Život jedinců s demencí – kvalita života	38
4.2 Vlivy a okolnosti působící na kvalitu života jedinců s demencí	41
4.3 Možnosti aktivizace a osobního rozvoje jedinců s demencí	45
II. PRAKTICKÁ ČÁST	50
5 VÝZKUM	51
5.1 Systém péče o seniory s demencí v rámci Jihomoravského kraje.....	51
5.2 Systém péče o seniory s demencí na Kyjovsku	53
5.3 Oslovení respondenti, realizace výzkumu.....	56
5.3.1 Kazuistika č. 1	56
5.3.2 Kazuistika č. 2	59
5.3.3 Kazuistika č. 3	63
5.3.4 Kazuistika č. 4	66
5.3.5 Kazuistika č. 5	70
5.3.6 Kazuistika č. 6	74
5.3.7 Kazuistika č. 7.	77
5.4 Vyhodnocení výzkumu	80
6 NÁVRHY A OPATŘENÍ	88
6.1 Návrhy a opatření pro zvýšení kvality života jedinců s demencí v oblasti domácí péče	88
6.2 Návrhy a opatření pro zvýšení kvality života jedinců s demencí v oblasti rezidenční péče	89
6.3 Návrhy a opatření pro zkvalitnění služeb sociální péče	89
ZÁVĚR	90
RESUMÉ	92
LITERATURA	93

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „*Kvalita života jedinců s demencí*“. Dané téma jsem si vybrala z důvodu mé pracovní pozice, jelikož pracuji jako sociální pracovníce a kontakt se seniory a handicapovanými jedinci je mou každodenní pracovní náplní. Významnou roli sehrál také můj osobní zájem o problematiku seniorů, jelikož stále více osob v mém blízkém okolí onemocnělo nějakou formou demence.

Za demenci považujeme určité organické onemocnění mozku, které je zpočátku jen těžko rozpoznatelné od typických projevů stárnutí. Při onemocnění demencí dochází k poklesu kognitivních funkcí. Zejména je zasažena paměť a intelekt. Jedná se o duševní poruchu, u které je jedním z hlavních faktorů věk.

Cílem práce je poukázat na problematiku stáří a demence a s tím související kvalitu života takto nemocných jedinců. V práci poukazuji na možnosti aktivizace a osobního rozvoje seniorů s demencí, které mohou ovlivňovat kvalitu života seniorů. Dále se zaměřím na péči, která je seniorům s demencí poskytována, především na oblast rezidenční péče. Pozornost bude věnována také situaci týkající se sociálních služeb v rámci Jihomoravského kraje a regionu Kyjovsko, kde se budu opírat o informace uvedené ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb. Nedílnou součástí práce budou návrhy a opatření týkající se zvýšení kvality života jedinců v rodinném prostředí a v sociálním zařízení a návrhy a opatření související se péčí o nemocné jedince.

V teoretické části diplomové práce se budu věnovat problematice stáří, pokusím se nastínit specifika seniorského věku a poukázat na možnosti aktivizace a osobního rozvoje seniorů. Podrobněji se zaměřím na syndrom demence, na jednotlivé druhy tohoto onemocnění, diagnostiku a léčbu demence. V další kapitole diplomové práce budu pojednávat o rezidenčních službách a systému péče o jedince s demencí. Kvalita života jedinců s demencí je poslední kapitolou teoretické části diplomové práce. Zde se zaměřím na život takto nemocných seniorů, poukážu na vlivy a okolnosti, které kvalitu života ovlivňují, a nabídnu přehled aktivizačních činností, jež jsou využívány pro aktivizaci jedinců s demencí. V dané části diplomové práce budu používat metodu

obsahové analýzy použitých materiálů, především odbornou literaturu a zákony týkající se sociální oblasti.

Výzkumná část diplomové práce bude především zaměřena na zjištění kvality života jedinců s demencí, a to v souvislosti s péčí o tyto jedince a jejich možnostmi aktivizace a osobního rozvoje. Pozornost bude věnována také situaci související s péčí o seniory s demencí v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko. Informace budou čerpány z aktuálních střednědobých plánů z obou oblastí. V diplomové práci nalezneme 7 kazuistik seniorů, kteří onemocněli určitou formou demence. Výběr klientů probíhal záměrně, jelikož chtěla poukázat na seniory jak z rodinného prostředí, tak i ze sociálního zařízení. Do výzkumu budou zařazeny mé vlastní poznatky z obou prostředí, dojmy a pocity. Vyhodnocením výzkumu bude zjištění týkající se kvality péče a možností zapojení seniorů do každodenních aktivit, které podporují a přispívají ke zvýšení kvality života. Z výše uvedeného zjištění se pokusím porovnat a zhodnotit kvalitu života jedinců s demencí v rodinném prostředí a v sociálním zařízení. V závěru práce se pokusím nastínit návrhy a opatření pro zkvalitnění života jedinců s demencí. V praktické části budu nejprve používat techniku pozorování, kde budu sledovat seniory s demencí a pozorovat jejich chování, vlastnosti, zvláštnosti a péči o ně. Poté použiji techniku rozhovoru, který povedu s pozorovanými nemocnými jedinci a s osobami přímo zainteresovanými do péče. Na základě zjištěných informací z rozhovoru budou sestaveny kazuistiky sledovaných seniorů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ SENIORSKÉHO VĚKU

1.1 Stáří

Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber a kolektiv (2008) pojednávají o stárnutí populace jako o civilizačním vývoji přinášející řadu šancí a výzev týkající se např. seberealizace a využití potenciálu starších osob, povahy dlouhého života ve „stáří“, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.

Pojem stáří je vnímán jako konečná etapa lidského života, která souvisí s řadou proměn. Jde především o změny v sociálním postavení, sociálním prostředí a v osobnosti. Stáří se vyznačuje určitými specifickými znaky a charakteristikami. Tyto znaky a charakteristiky jsou pak ukazatelem pro dělení stáří na biologické, psychologické a sociální stárnutí. Ve stáří se zvyšuje riziko výskytu onemocnění různými chorobami a zvyšuje se pravděpodobnost možnosti úrazu. Zejména jde o onemocnění, jako jsou rakovina, srdeční choroby, nemoci kloubů nebo demence. O chorobách však nehovoříme v případech, kdy se jedná normální projevy stárnutí. Významnou roli ve stáří sehrává také osamělost, která souvisí s odchodem životního partnera a vrstevníků (srov. Kuric, 2007, s. 57-68, Kohoutek, 2003, s. 15, Mühlpachr, 2005, s. 21-23, in Outratová, V., Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou, Bakalářská práce, 2011).

Kuric (2007) ve své knize uvádí, že stárnutí je především procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. V organismu se odehrávají různé strukturální změny, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve fyzické i psychické sféře.

„Stárnutí je souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně se značnou interindividuální variabilitou, a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti (rané involuce probíhající časněji – např. involuce

tymu, brzlíku – se za součást stárnutí nepovažují) a adaptačních reakcí na ně. Jde o proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je z části geneticky kódován (např. odolnost bílkovin a jiný struktur, nástup menopauzy, adropauzy, somatopauzy), z části rozvíjen náhodnými jevy, chybami a poruchami“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20). Morfologickými změnami je myšleno např. pokles rezerv, pokles funkcí, zhoršování reakcí a pružnosti regulací. Důležitou roli ve stáří zastává také nárůst stresorů a jejich závažnost a významnost pro jedince.

Stárnutí je chápáno jako proces, na který se můžeme dívat z více hledisek. Stářím a procesem stárnutím se v současné době zabývá demografie, dále je studována biologická problematika stárnutí, která se věnuje především zkoumání stárnutí buněk a organismu, činností jednotlivých psychických funkcí se zabývá psychologické hledisko, společenskému životu seniorů se věnuje sociologické hledisko. Do popředí se dostává také ekonomické hledisko, které je spojeno zejména s přechodem aktivního, pracujícího jedince do důchodu. Významné postavení má gerontologická psychologie, která je zaměřena na psychické změny v procesu stárnutí jako posledního stádia ontogeneze (srov. Křivohlavý, 2002, s. 136, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20). Křivohlavý (2002) v své knize uvádí, že řada psychologů hovoří o tzv. psychologii životní cesty (life-span psychology), popřípadě o biodromální psychologii či psychologii životního běhu (Lebenslaufpsychologie). Jde o snahu vidět proces stárnutí člověka v zorném pohledu jeho celoživotního děje (dramatu).

V současné době se setkáváme s celou řadou vymezení stáří, nejčastěji je uváděno rozdělení chronologické. Světová zdravotnická organizace uvádí základní klasifikaci vyššího věku. Rozdělení je následující: 45-59 let střední (zralý věk), 60-74 let vyšší věk (rané stáří), 75-89 let stařecký věk a 90 let a výše dlouhověkost. Důležité je připomenout, že stárnutí je proces individuální, každý jedinec má své vlastní tempo, někteří lidé stárnou velmi rychle, kdy u nich můžeme sledovat typické znaky stárnutí již na první pohled, někteří stárnou značně pomalu. Rychlost a nástup stárnutí jsou dány geneticky. Uvádí se, že funkční věk, což je věk biologický, subjektivní, psychologický a sociální, nemusí být shodný s věkem kalendářním. Funkční stav je významný pro uspokojování potřeb a zájmů. Dalším možným vymezením stáří je rozdělení na počínající stáří, tzv. mladí senioři 60/65-

74 let, vlastní stáří, tzv. starší senioři 75-84/89 let a dlouhověkost, tzv. velmi staří senioři 85/90 a více let (srov. Dvořáčková, 2012, s. 11, Mlýnková, 2012, s. 248, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 28-29).

Stáří může mít různou podobu, každý jedinec je jiný, liší se od ostatních seniorů z hlediska zdravotního, funkčního, ekonomického, liší se v zájmech, hodnotách apod. Literatura zmiňuje trojí podobu stáří a stárnutí, kterou charakterizují úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní stáří), obvyklé stárnutí a stáří, patologické stárnutí.

• ***úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří***

- veškeré stránky člověka, zdravotní, funkční, psychologický i ekonomický stav odpovídají sociální situaci i prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Tím je zajištěna spokojenost a seberealizace.

• ***obvyklé stárnutí a stáří***

- mezi výše zmíněnými stránkami člověka existuje nerovnováha, která způsobuje nespokojenost, nedostatečnou možnost seberealizace.

• ***patologické stárnutí***

- zdravotní, funkční, psychologický i ekonomický stav člověka je složitější, horší než u ostatních seniorů, jedinec je nespokojený, nemá možnost seberealizace (srov. Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 28, Dvořáčková, 2012, s. 27).

Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) uvádí, že na patologickém stáří se výrazně podílejí nejen involuce, ale také zásadně zdravotní stav např. Alzheimerova choroba, náročnost a vstřícnost prostředí, životní události např. úmrtí blízkého, finanční zdroje a osobnostní charakteristiky a zvláštnosti včetně problémů s komunikací a navazováním kontaktů s druhými lidmi, respektive vnímání sociální vstřícnosti a podpory.

Biologické změny znamenají stárnutí lidského organismu. Za nejvýraznější projevy stárnutí se považují stárnutí pokožky, její pružnosti a reakce na akustické podněty (výška a intenzita). I přes tyto hlavní ukazatele můžeme u seniorů sledovat další změny. Jedná se zejména o stárnutí většiny orgánových soustav a orgánů, které s sebou nesou změny

v pohybovém ústrojí, kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, nervovém, vylučovacím, pohlavním, smyslovém systému a změny spánku.

Stárnutí s sebou přináší značné změny v psychice seniora. Tyto změny jsou však individuální. Tedy ty projevy, které pozorujeme u jednoho jedince v daném věku, mohou být u druhého jedince zaznamenány v pozdějším či dřívějším věku nebo nemusí být vůbec zpozorovány. U seniorů dochází ke zhoršení kognitivních funkcí (paměti, vnímání, pozornosti apod.). Dané změny nastupují pozvolna, začínají již v dospělosti. Psychické změny souvisí také s proměnou osobnosti. Do popředí se dostávají negativní rysy a vlastnosti člověka (srov. Křivohlavý, 2002, s. 138, Dvořáčková, 2012, s. 12, Mlýnková, 2012, s. 21-24). Mlýnková (2012) ve své knize pojednává o kvalitě psychiky, na které se podílí osobnost člověka. Zůstává zachována integrita (celistvost) osobnosti, zpravidla se mění pouze její jednotlivé schopnosti. Měnit se mohou některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince. U patologických jedinců může docházet ke zvýraznění určitých vlastností nebo rysů (např. podezíravost u paranoidního typu osobnosti), jiné ztrácejí na intenzitě (mysl pro pořádek). Mění se také hierarchie potřeb. Mezi další podněty, které mohou mít vliv na psychiku jedince, jsou např. ztráta životního partnera či životní změny.

Sociální změny souvisí zejména s odchodem do důchodu, kdy se mění sociální role a sociální status jedince. Člověk již není zapojen do pracovního procesu, s čímž se musí vyrovnat. Ne každý jedinec se s tím dokáže ihned sžít. Vědomí, že dostává od státu penzi a již se nemůže do práce aktivně zapojit, je pro mnohé nepředstavitelné, snižující. Sociální změny také znamenají změny ekonomické. Senior si ze své penze již nemůže dovolit věci, které pro něj byly v době, kdy pracoval, samozřejmostí. Neustále musí počítat s horšími časy, což může znamenat úmrtí partnera, a tím pouze jeden příjem či onemocnění, a tím poplatky u lékařů za léky (srov. Mlýnková, 2012, s. 25, Dvořáčková, 2012, s. 13).

1.2 Seniorský věk

Každý člověk se vyznačuje svou jedinečností a na svět přichází s určitými dispozicemi, které ho doprovází po celý život. Tyto dispozice jsou dány geneticky. Dá se říci, že průběh lidského života je předurčen právě uváděnými dispozicemi. Důležité je zmínit, že jedince ovlivňuje také prostředí, ve kterém žije a životní zkušenosti, kterými musel projít, které si musel prožít. To vše na člověka působí a určuje další průběh jeho života. Z toho vyplývá, že životní etapa stáří, může pro jednoho člověka znamenat plnohodnotné období znamenající odpočinek, radost ze života, využití volného času, věnování se rodině, vnoučatům a naopak pro druhého to může znamenat období stresu, nespokojenosti, pocitu méněcennosti, neschopnosti se vyrovnat se s přibývajícím věkem, stagnace. Stáří však nemusí probíhat podle představ jedince, úmrtí partnera či onemocnění mohou významně ovlivnit další průběh života seniora (srov. Venglářová, 2007, s. 15, Malíková, 2011, s. 24).

Seniorská populace je značně různorodá, jednotliví senioři se od sebe liší především věkem. Seniorský věk má velké věkové rozpětí, což vyplývá také z vymezení stáří jako životní etapy. Dále se liší zdravotním stavem, finanční situací, rodinným prostředím, ale také prostředím, ve kterém žijí. Obvykle se za nástup seniorského věku považuje hranice 65 let. Jedná se především o dobu spojenou s odchodem do důchodu (srov. Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 27, Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 193). Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) konstatují, že seniorská populace je:

- značně heterogenní,
- převažují v ní ovdovělé ženy (ve věku nad 80 let je poměr žen k mužům 4:1),
- mající značný sociální potenciál, který je často podceňovaný,
- ve znevýhodněné pozici proti mladším generacím,
- vyžadující osobnostní přístup s důrazem na podporu ke smysluplnosti a svébytnosti.

Proti všeobecnému podvědomí je nutné na seniory pohlížet zejména jako na lidi sice funkčně znevýhodněné, s horším potenciálem zdraví, než jaký vykazovali ve středním

věku, s vyšším rizikem onemocnění a funkční dekompenzací stavu, nikoli však jako na lidi „postproduktivní“ vesměs závislé na pomoci jiných a funkčně nezlepšitelné.

Seniorskou populaci můžeme rozdělit na několik typů seniorů z hlediska zájmů a potřeb. Jedná se o elitní seniory, jež dosahují dobrých, výborných výsledků do vysokého věku, zdatné seniory, jež se dokáží přizpůsobit náročnému prostředí a být v něm aktivní, nezávislé seniory zvládající běžné situace, avšak jsou méně odolní např. na stresové, krizové situace, křehké seniory, jež senioři v ohrožení potřebující intervenci a kvalitní péči, závislé seniory vyžadující podporu druhé osoby a komplexní zdravotní i sociální péči, zcela závislé seniory, u kterých je nutný neustálý dohled, jde především o osoby, které jsou upoutány na lůžko či mající demenci a na závěr umírající seniory, kteří jsou odkázáni na paliativní péči (srov. Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 29, Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 193).

Problematice seniorského věku se věnují obory gerontologie a geriatrie, gerontopsychologie a gerontopedagogika. Gerontologie je vědou, která se zabývá stářím a stárnutím, jedná se o souhrn poznatků o starých lidech a geriatrie je obor zabývající se diagnostikou, léčbou a rehabilitací chorob ve stáří. Výše zmíněná gerontopsychologie se věnuje psychickým změnám, které pozorujeme u seniorů a gerontopedagogika je disciplína zaměřená na výchovu ve stáří a ke stáří (srov. Malíková, 2011, s. 23, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 63).

1.3 Možnosti aktivizace a osobního rozvoje seniorů

Klevetová, Dlabalová (2008) uvádí že, stáří není konec života, až smrt přináší konec života. Prodloužení lidského života a vzájemné soužití všech lidí ve společnosti dává prostor k vytvoření nového modelu osobního růstu, kde se nebudou vytvářet hranice mezi mládím, dospělostí a stářím, kde bude lidský život chápán jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti.

V současné době se stále více dostává do popředí kvalita života seniorů, jejichž životní možnosti se značně liší od možností zdravých, mladých lidí. Kvalita života je pro jedince, seniora velmi významná a má vliv na jeho, dalo by se říci, budoucnost. Zajisté se možnosti na zkvalitnění života odvíjí od zdravotního stavu jedince, ekonomické situace, rodinného zázemí či pobytu v sociálním zařízení. Možností aktivizace a osobního růstu seniorů je nespočet. Vždy však záleží na výše uvedených okolnostech. Především se hovoří o procvičování paměti a mentální schopností, činnosti sloužící k procvičování a podpoře tělesných schopností, sensorických schopností, dále to může být uspokojování potřeb a zájmů či vzdělávání ve stáří. Důležitou roli hraje motivace jedince (srov. Dvořáčková, 2012, s. 30-31, Mlýnková, 2011, s. 158, 167, Malíková, 2011, s. 290).

„Motivace je schopnost citlivě, vhodně, ale také nestandardně používat motivační prvky vůči sobě samému i vůči jiným osobám a dovést je tak k překvapivým výsledkům. Schopnost motivace je dána dispozicemi jedince využít své mentální schopnosti. Vyžaduje osobní zájem, ochotu se motivací zabývat a určitou míru aktivity při vlastní realizaci (Malíková, 2011, s. 290).

Nyní se zaměříme na jednotlivé možnosti aktivizace seniorů a na činnosti, které podporují jejich osobní růst. Je nutné dbát na vhodnost aktivit pro konkrétní jedince. Procvičování mentální stránky jedince je důležité nejen pro osoby, které mají postiženy kognitivní funkce, ale je významné pro všechny seniory bez rozdílu. Jedná se o cvičení paměti, kognitivní rehabilitaci, reminiscenci a orientaci v realitě. Senioři se prostřednictvím těchto činností mohou zapojit do řady aktivit např. hraní společenských her, luštění křížovek, sudoku, do různých vědomostních i početních aktivit, mohou se učit něčemu novému, jako jsou pro seniory cizí jazyky atd. Všechny tyto činnosti mají příznivý vliv na osobnost člověka. Senior se tak může dostávat do kontaktu s jinými jedinci, jež mají obdobné problémy. Činnosti, které vykonává, mu zlepšují náladu, je šťastnější, spokojenější, zvyšuje se mu sebedůvěra.

Aktivizace seniorů pomocí procvičování tělesných schopností je zaměřena na různé cvičení pohybu a rehabilitační cviky. Do dané skupiny řadíme také cvičení s imobilními jedinci. Forma a charakter těchto cvičení jsou pro seniory důležité, protože

každý cvik je vhodný pro určitou skupinu osob (srov. Venglářová, 2007, s. 47-48, Mlýnková, 2010, s. 101, Mlýnková, 2011, s. 158-167).

Významnou roli při aktivizaci seniorů zastávají cvičení na podporu senzorických schopností. Pod daným pojmem máme na mysli sluchové, zrakové, čichové, hmatové, chuťové schopnosti. Při sluchovém cvičení jedinec rozpoznává různé zvuky, které jsou mu pouštěny na magnetofonu. Tato metoda je vhodná pro osoby s demencí. Musíme však dbát na vhodnost zvuků a tónů. Zrakové procvičování využívá především barvy, přesněji barevné kartičky. Využívá se také optických klamů. Čichové schopnosti jsou cvičeny prostřednictvím různých vůní např. koření, jídel, čaje, toaletní potřeby. Tato terapie je spojena s vybavováním vzpomínek. Hmatová stimulace, při níž dáváme osobě do rukou pro ni oblíbený předmět, je nejčastěji využívána u osob se zrakovým postižením. Při chuťové stimulaci dochází k vnímání vjemů z jedincových úst. Uvádí se, že chuťový zážitek, prožitek je velmi důležitý a významný stimul pro každého člověka (srov. Mlýnková, 2011, s. 158, Mlýnková, 2010, s. 112-113, Malíková, 2011, s. 195, Kalvach, Čeledová, Holmerová, Wija a kolektiv, 2011, s. 251).

Dnešní doba s sebou přináší řadu možností, jak pracovat se seniory. Hovoříme o tzv. alternativní či doplňkové terapii. „Alternativní terapie se používají místo konvenčních a tradičních terapií např. použití akupunktury místo analgetik při tlumení bolesti. Doplňkové terapie se používají dohromady s konvenčními terapiemi, např. meditace jako doplňková léčba farmakoterapie“ (Kolektiv autorů, 2006, s. 116). Do dané oblasti řadíme např. aromaterapii či muzikoterapii. Aromaterapie spočívá v inhalaci vonných olejů. Uvádí se, že slouží k redukci stresu. Při aromaterapii dochází k vyvolání různých emocí, od radosti, smutek, úzkosti až po vztek či zlost. Tyto emoce ovlivňují mnoho procesů uvnitř těla jedince. Muzikoterapie probíhá prostřednictvím hudby, zvuků, tónů. Má mnoho forem např. poslech hudby, zpěv, pohyby na hudbu a jiné. Vždy musíme vybrat správný druh hudby, která bude mít na jedince příznivý účinek.

Při aktivizaci a při podpoře osobního růstu u seniorů je využíváno nespočet dalších možných terapií, které se stávají stále více oblíbenými, a to především pobytových

zařízení, které bývají zároveň poskytovateli sociálních služeb. Tyto terapie jsou často začleněny do denního provozu každého zařízení, jež pracuje se seniory. Mezi dané terapie řadíme např. arteterapii, což je léčba pomocí umění (hudby, literatury, tance, četby...). Obdobnou terapií je biblioterapie, která léčí a pomáhá pomocí četby. Při biblioterapii je důležité emoční vnímání knihy, díla (srov. Kolektiv autorů, 2006, s. 118-120, Mlýnková, 2011, s. 173). Krivošíková (2011) ve své knize uvádí, že ergoterapie umožňuje a pomáhá lidem vykonávat každodenní činnost tím, že je do daných činností zapojí, a to i přes jejich postižení či poruchu. Činnosti by měly být pro tyto osoby smysluplné nebo by jejich provádění mělo být považováno za důležité. Snahou ergoterapie je zapojit jedince do každodenních činností. Při ergoterapii dochází k zaměření se na udržení a podporu tvůrčích schopností a dovedností jedince. Pozornost je dávana jemné motorice.

V poslední době začíná být velmi oblíbená spolupráce se zvířaty. Do popředí se dostávají canisterapie, hipoterapie a felinoterapie. Vždy je nutné vybrat vhodné zvíře pro konkrétního jedince (srov. Krivošíková, 2011, s. 17, Mlýnková, 2011, s. 125). Bendová, Zikl (2011) ve své knize uvádí, že canisterapie je považována za formu psychoterapie, při které dochází k působení psa na psychiku člověka. Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a obvykle jediným přítelem člověka v samotě a nemoci je zvíře-pes. Vztah mezi psem a člověkem dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální efekt, který přispívá ke zlepšení zdravotního stavu zdravotně postižené osoby. Tato terapie může probíhat individuálně či formou skupinového sezení ve společnosti psa. Felinoterapie je terapie prostřednictvím kočky, která vede k podpoře optimálního zdravotního stavu člověka. Hipoterapie je léčba, která využívá pozitivního působení pohybu koně (jízda na koni) na člověka. Hipoterapie se uplatňuje zejména u psychiatricky nemocných jedinců. Jedná se o rehabilitační metodu, která je zaměřena na problémy s pohybovým ústrojím (srov. Bendová, Zikl, 2011, s. 114, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 143, Kelnarová a kolektiv, 2009, s. 192, Mlýnková, 2010, s. 151).

Nyní se zaměříme na vzdělávání seniorů. Dle Klevetové, Dlabalové (2008) je proces učení ve stáří jiný, odlišný než učení v jiném věku. Učící se informace se obtížně

osvojují, nemají-li logickou strukturu a praktický dopad. Krátkodobá paměť přestává být funkční a dlouhodobá paměť ukládá informace výběrově. Zhoršuje se mechanická paměť, proto je důležité se zaměřit na paměť logicko-smyslovou. U seniorů také převládá dřívější model osvojování poznatků a informací memorováním. Ve stáří potřebuje upevňování a procvičování nových poznatků více času. Měli bychom mít na mysli, že vzdělávání seniorů by mělo být dobrovolné. Dále se uvádí, že by mělo vzdělávání sloužit jako prevence s cílem udržet tělesné i intelektuální dispozice. Pokud má senior ve svém věku zájem účastnit se některého druhu učení, obvykle za tím stojí touha po poznání, která je považována za jedincovu zálibu. Při vzdělávání seniorů i vzdělávání všeobecně hraje významnou roli pochvala. Umožnit jedinci poznat dobrý pocit z vlastní práce, z provedené činnosti, je pro mnohé to nejlepší ocenění a uznání, kterého se jim může dostat. Nikdy by nemělo docházet k znevažování výkonu ani k ponižování seniora. Každý projev uznání či znevažování má vliv na psychiku jedince i na jeho další chuť v činnosti pokračovat. Dalším důležitým poznatkem je, že senioři mají své tempo, které musí být ze strany vyučujícího respektováno. Vyučující by měl také vycházet z dosavadních schopností a dovedností jedince a na základě těchto znalostí upravit studium. Pro motivaci seniora je důležitý i význam činnosti či učiva, proč se tomu učí, k jakému prospěchu mu naučená věc bude. V dnešní době existuje řada možností, jak se v seniorském věku vzdělávat či naučit se něčemu novému, ať už poznatkům či různým činnostem. Co se týče vzdělání na nejvyšší možné, jsou u nás dostupné tzv. Univerzity třetího věku, které jsou považovány za součást celoživotního vzdělávání (srov. Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 54-55, Dvořáčková, 2012, s. 30, Beneš, 2008, s. 80).

Dle Dvořáčkové (2012) potřebují senioři v životě uspokojovat všechny své potřeby tak jako kdokoli jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem jedince (věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče), ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačností, které člověka omezují v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. Potřebou máme na mysli určitý motiv, který nutí jedince k jednání. Neuspokojování potřeb vede člověk ke strádání. Mezi potřeby člověka dle Vágnerové řadíme potřebu stimulace správnými podněty, potřebu smysluplného světa, potřebu plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a druhými, potřebu jistoty sociální role a pozice ve společnosti, potřebu identity a vlastního já se sebou samým i druhými lidmi a potřebu otevřené budoucnosti.

Za nejdůležitější potřeby u seniorů jsou považovány potřeby fyziologické, sociální a potřeba bezpečí a jistoty (srov. Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 57, Dvořáčková, 2012, s. 38-39). Dvořáčková (2012) konstatuje, že uspokojovat své životní potřeby dostatečným způsobem je člověku vlastní v každém věku. Tyto potřeby si může zajistit sám, nebo je závislý na pomoci druhých. Jde především o období raného dětství a pak o seniorský věk - stáří. Pro počátek stáří však nelze určit žádný konkrétní věk.

2 DEMENCE

2.1 Demence

P. Pinel je autorem pojmu demence. Tímto názvem označoval různé onemocnění poškozující intelekt. Demence je považována za organické mozkové onemocnění, při kterém dochází k úbytku kognitivních funkcí a jehož počáteční příznaky jsou jen těžko na první pohled rozpoznatelné od běžných projevů stárnutí. Tato duševní porucha postihuje zejména paměť a intelekt (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 9-11, in Outratová, V., Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou, Bakalářská práce, 2011). Pidrman (2007) definuje demenci jako syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického či progresivního charakteru. Jsou narušeny vyšší korové funkce včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení výše uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, motivace a sociálního chování. Demence je označována jako onemocnění kognitivních funkcí, kdy jsou nejčastěji zasaženy paměť a intelekt. Existuje řada dalších symptomů, které nás mohou varovat, že by se mohlo jednat o demenci. Pidrman jako další symptomy uvádí např. poruchy orientace, chápání, poruchy osobnosti, chování, emotivity, ale také ztráta soběstačnosti.

Jak již bylo výše zmíněno, demencí rozumíme postižení kognitivních funkcí. Může se však jednat také o narušení denních aktivit života či o poruchy chování. Zasažení kognitivních funkcí začíná, ve většině případech, u paměti. Avšak u Parkinsonovy choroby je tomu jinak. Zde se jako prvotní příznak objevuje neschopnost plánovat a provádět těžší úkoly. Pro narušení denních aktivit je typické postupné rozšiřování nemožnosti provádět činnosti z běžného života např. hospodaření s penězi, schopnost sami se najíst, provést hygienu. Možnosti jsou dány stádiem pokročilosti onemocnění (srov. Pidrman, 2007, s. 9-10, Jiráková, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 22). Dle Jirákové, Holmerové, Borzové a kolektiv (2009) jsou behaviorální příznaky pro okolí, ale někdy i pro samotného pacienta nejobtížnější projevy. Mohou se vyskytnout již od prvních signálů demence (u frontotempolárních demencí časté), ale obvykle se rozvíjejí ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích.

Na vzniku demence se podílí nespočet faktorů, které však nezpůsobují demenci samostatně. Za rizikové faktory jsou uváděny věk, pohlaví, kdy u žen je výskyt demence pravděpodobnější než u mužů, genetika, kdy u jedinců, v jejichž rodině se demence objevila, je riziko onemocnění vyšší, vzdělání, kouření, alkohol, různá onemocnění jako je hypertenze, diabetes, kardiovaskulární problémy, ale také úrazy hlavy, mozkové příhody, deprese, infekční onemocnění, onkologické onemocnění. Demenci mohou však způsobit i některé druhy léčiv. Všechny tyto faktory dále dotváří působení životního prostředí a životní styl jedince. U osob, které se rády vzdělávají, objevují nové věci, luští křížovky, osmisměrky, řeší hlavolamy, věnují se fyzickým aktivitám, je riziko vzniku demence méně pravděpodobné.

Je důležité mít vždy na paměti, že demence přichází pomalu, nenápadně, avšak má neustálý progresivní průběh. Často si rodina i okolní jedinci myslí, že člověk pouze stárne, jeho zapomínání, zmatenost a změny v chování přisuzují věku, nedokáží si spojit jednotlivé příznaky přímo s demencí. Obvykle jsou tyto změny v chování a myšlení seniora připisovány věku. Věty typu „dědeček nám začal zapomínat, ale to je v jeho věku běžné“ slyšíme velmi často. Ale již při těchto příznacích je dobré vyhledat odbornou pomoc, která určí, zda se jedná pouze o běžné zapomínání či o zmiňovanou demenci. Musíme mít také na paměti, že existuje řada onemocnění a poruch, které nám mohou na první pohled demenci připomínat. Podobnost s demencí mohou mít mentální retardace, deliria, těžké deprese a tzv. disociační – hysterické poruchy (srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 31, Slezáková a kolektiv, 2012, s. 152, Slezáková, 2007, s. 131, Kučerová, 2006, s. 9-10, Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 14, Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, s. 13). Koukolík, Jirák (1999) uvádí, že podezření na syndrom demence nebo jeho vývoj může budít jakákoliv porucha orientace v čase a prostoru, neschopnost vybavit po pěti minutách alespoň dva ze tří jmenovaných předmětů či neschopnost určit správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání.

V současné době se uvádí, že demence je považována za jedno z nejčastěji se vyskytujících onemocnění. Odhady pro Českou republiku činí 100 000 osob. Čím vyšší je věk, tím riziko výskytu demence narůstá. Obecně se dá říci, že s narůstajícím věkem přibývají různá onemocnění (srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 21,

Pidrman, 2007, s. 14). Jak Pidrman (2007) ve své knize uvádí, onemocnění demencí je dnes globálním problémem, který se přestává týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Je to dáno prodlužováním délky života, a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace.

2.2 Druhy demence

Demenci dělíme dle příčin na 3 základní skupiny. Jedná se o skupinu primárně degenerativní neboli atroficko-degenerativní demence, o ischemicko-vaskulární demence a o symptomatické demence. Mezi atroficko-degenerativní demence řadíme Alzheimerovu chorobu, Korovou nemoc s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy choroby, Huntingtonovu chorobu, Pickovu chorobu a další vzácné demence. Do ischemicko-vaskulárních demencí patří Multiinfartová demence, vaskulární demence, Binswangerova choroba a další vzácné vaskulární demence. V poslední skupině symptomatických demencí se nachází demence infekčního původu, demence způsobené nekonvenčními infekčními činiteli, demence způsobené úrazem, mozkovými nádory, intoxikací, nedostatkem vitamínů, dále demence metabolicky podmíněné, paraneoplastické demence, demence na podkladě poruchy žláz s vnitřní sekrecí či hydrocefalu s normálním tlakem na mozkomíšní mok a jiné vzácné demence.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů dělíme demence na demence u Alzheimerovy choroby (s častým začátkem, pozdním začátkem, atypického či smíšeného typu), Vaskulární demence (s akutním začátkem, multiinfartová, subkortikální vaskulární demence, smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence, jiné vaskulární demence, vaskulární demence NS), Demence u jiných nemocí zařazených jinde (demence u Pickovy choroby, Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci, Huntingtonovy nemoci, Parkinsonovy choroby, demence u onemocnění virem HIV, demence u jiných ručených nemocí např. epilepsie, neurosyfilis, hyperkalcemie) a závěrem dělení jsou neurčené demence. Dalším dělením, které je v literatuře uváděno, je schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti či Švédské schéma. Klasifikace demencí je značně různorodá, měnila se v závislosti na autorech, psychiatrických směrech

i na poznacích doby, ve které vznikala (srov. Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, s. 10-13, Koukolník, Jirák, 1999, s. 27-30, Kučerová, 2006, s. 13-16).

Nyní si uvedeme jedno ze starších dělení. Kučerová (2006) ve své knize nabízí rozdělení demencí dle profesora Zdeňka Myslivečka, který ve své Speciální psychiatrii z roku 1959 rozlišuje:

1. Psychické změny při encefalopatiích

- patří se mj. dementia encephalopatica, roztroušená skleróza, choreu Sydenhami, choreu Huntingtoni, mozkový nádor a různé encefalitidy.

2. Psychické změny při zranění mozku

3. Epilepsie

4. Psychické změny při leus cerebri

5. Věkové involuční změny duševní:

- presenilní duševní změny

- senilní psychózy – Alzheimerova nemoc, Dementi senilis, Pickova choroba, Jakobova choroba, stařecká otupělost.

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je považována za nejčastěji se vyskytující druh demence (50-60% všech demencí). Onemocnění přichází pomalu, plíživě a jako první zasahuje kognitivní funkce, zejména paměť. Později přistupují také problémy s orientací v čase a prostoru. Jedinec se ztrácí ve dříve dobře známých místech, nezná cestu do obchodu, kam chodil léta, neví, kudy se dostane domů, zapomíná, kam si odložil věci, nepoznává své přátele, nedokáže si vzpomenout na jejich jména, nezvládá pojmenovat různé předměty (srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 31, Slezáková, 2007, s. 131, Fišar a kolektiv, 2009, s. 299). Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv (2009) definují Alzheimerovu chorobu jako závažné neurodegenerativní onemocnění, směřující k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). Následkem je pak vznik syndromu demence. V mozkové tkáni nemocných jedinců dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny,

kteřou nazýváme beta-amyloid. Bílkovina tvoří krystalky (drůzy), kolem kterých dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají útvary nazývané se neuritické plaky.

Rozlišujeme dva typy Alzheimerovy choroby:

- familiární formu Alzheimerovy choroby (vrozená). Převážně postihuje jedince mladší 65 let, a to zejména v rodinách, kde se zmíněné onemocnění vyskytlo.
- sporadickou formu Alzheimerovy choroby, která se vyskytuje především ve vyšším věku. I zde můžeme pozorovat působení dědičnosti (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 40, in Outratová, V., Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou, Bakalářská práce, 2011).

Vaskulární demence

Vaskulární demence je považována za druhou, po Alzheimerově chorobě, nejčastěji vyskytující demenci. Vaskulární demence je označována za demenci způsobenou cévními problémy např. uspáváním, zúžením mozkových cév či krvácení. Rizikovou skupinou jsou např. osoby se srdečním onemocněním, osoby po cévních mozkových příhodách, kuřáci, lidé, jež onemocněli cukrovkou, obézní lidé a jiné. Vaskulární demence může mít několik forem, vždy záleží na oblasti mozku, která byla zasažena a rychlosti s jakou byla zasažena (srov. Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 185, Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 53-54, Koukolík, Jirák, 1999, s. 54).

Demence s Lewyho tělísky

Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv (2009) definují demenci s Lewyho tělísky (Dementia with Lewy bodies – DBL) jako neurodegenerativní onemocnění na rozhraní Parkinsonovy choroby a Alzheimerovy nemoci (AN). Tato demence má řadu dalších označení např. korová nemoc s Lewyho tělísky, senilní demence s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky a jiné. Demence postihuje jedince ve vyšším věku. Jedná se o progresivní onemocnění, jež se objevuje u žen i mužů. Onemocnění zasahuje kognitivní funkce – paměť, jazyk i řeč. Vyznačuje se kolísáním těchto funkcí v každodenním životě jedince. Za příčinu je považována degenerace mozkových buněk (srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 34, Koukolík, Jirák, 1999, s. 65-67).

Demence při Parkinsonově chorobě

„Demencí trpí minimálně 20% nemocných s Parkinsonovou chorobou. Demence u těchto nemocných bývá přehlížena, neboť lékařská péče je soustředěna hlavně na léčbu základního onemocnění. Vykazuje známky výrazného bradypsychizmu, poruch paměti, rozvoje deprese. Korové symptomy, jako fatické či gnostické poruchy, nebývají časté“ (Pidrman, 2007, s. 56). Danou demenci řadíme mezi onemocnění podkorového typu. Uvádí se, že její průběh je pomalejší a méně progresivní než u Alzheimerovy choroby.

Demence při Huntingtonově nemoci

Jedná se o vzácný typ demence. Tato demence je označována za dědičné degenerativní neuropsychiatrické onemocnění, při němž dochází k zasažení podkorových funkcí. Dědičnost zde hraje velmi důležitou roli. Objevuje se u osob ve vyšším věku a její projevy se shodují s projevy subkortikální demence.

Creutzfeldova-Jakobova nemoc

Jedná se o velmi vzácnou formu demence vyskytující se zejména mezi 40 až 60 rokem věku člověka (srov. Fišar a kolektiv, 2009, s. 311, 312, Kučerová, 2006, s. 228, Koukolík, Jirák, 1999, s. 77, Pidrman, 2007, s. 57). Pidrman (2007) pojednává o počátečních projevech, které jsou necharakteristické: únava, poruchy soustředění, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy. V průběhu několika týdnů dochází k rozvoji demence s multifokálním myoklonem. Objeví se další extrapyramidové, pyramidové a mozečkové příznaky.

Jedná se pouze o ukázkou a přiblížení několika druhů demencí. Dále mezi demence řadíme demence a jejich další podskupiny: demence infekčního typu (např. demence při AIDS), frontotempolární demence, Steeleův – Richardsonův – Olszewského syndrom, revizibilní demence (např. demence při poruchách látkové výměny a vnitřního prostředí, hydrocefalus, encefalitidy a jiné) (srov. Koukolík, Jirák, 1999, s. 71-95).

2.3 Diagnostika demence

Abychom mohli správně pracovat s lidmi, kteří trpí některým z typů demence, musíme zajistit její včasné rozpoznání. Poznání onemocnění demencí probíhá jako každé jiné psychiatrické vyšetření. Vyniká však větší pozorností, kterou musíme zaměřit na paměť, změny úsudku a jiné příznaky jako jsou např. smutek, úzkost, nespavost a jiné. Za prvotní signál je považována ztráta časoprostorové orientace. Uvádí se, že nejlepší formou vyšetření je takové, které si jedinec neuvědomuje, nedochází mu, že daný rozhovor je veden za účelem rozpoznání onemocnění (srov. Koukolík, Jiráček, 1999, s. 11, Kučerová, 2006, s. 17).

Koukolík, Jiráček (1999) ve své knize ukazují nejjednodušší orientační test, který zabere jen několik málo času:

1. pacienta se zeptáme na orientaci v čase a prostoru (místo, rok, den, měsíc)
2. po vysvětlení - co a proč se bude dít, sdělíme pacientovi názvy tří jednoduchých předmětů (např. míč, dům, auto), na které se po pěti minutách znovu zeptáme,
3. mezi tím pacienta necháme, aby odečítal sedmičky od padesátky.

Jedná se o zcela orientační vyšetření, které opakujeme s odstupem čtyř týdnů. Již při prvotním orientačním testování si všímáme toho, jak jedince komunikuje, jaké je tempo jeho odpovědí, jak reaguje na pokládané dotazy, zda adekvátně a rychle odpovídá či hledá vhodná slova, správnou odpověď, zda dlouho přemýšlí, než odpoví. Většinou si jedinci, u kterých máme podezření na onemocnění syndromem demence, nechtějí připustit, že se s nimi něco děje, že není něco v pořádku. Snaží se své problémy maskovat, dělají se silnějšími, schopnějšími, než ve skutečnosti jsou, před lékařem nechtějí dát najevo, že něco neví, neznají. Obvykle je to rodinný příslušník, který lékaře upozorní na problémy, které se u seniora objeví. Samotný jedinec jen těžko sám od sebe vyhledá odbornou pomoc.

Pokud se prokáže, že se jedná o onemocnění demencí, nastupuje složitější, podrobnější vyšetření. Je důležité si uvědomit, že při diagnostice se hypotézy vylučují, ne dokazují. Při dalším, hlubším vyšetření se lékař zejména zaměří na rodinnou a osobní

anamnézu, musí jedince vyšetřit i po fyzické stránce, provádí se i neurologické vyšetření a v neposlední řadě je nutné vyšetřit duševní stav jedince, a poté stanovit, zda se jedná o syndrom demence či nikoliv. V celosvětovém měřítku se často užívá Folsteinův test MMSE (Mini-Mental State Examination), jež považován za kvalitní pomůcku pro určení demence, především Alzheimerovy choroby (srov. Koukolík, Jirák, 1999, s. 12, Kučerová, 2006, s. 17). „Test MMSE vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozované syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky nebo řešení zadaných problémů se bodují. V testu je možné dosáhnout nejvýše třicet bodů. Hranicí, které odděluje lidi nedementní od lidí dementních, je počet 23 bodů“ (Koukolík, Jirák, 1999, s. 12-13).

Pro určení hloubky demence existuje řada stupnic, které jsou čteně využívány. Za přesnou a podrobnou stupnici je považována stupnice Reisbergovy skupiny (1982). Stupnice je složená z bodů:

- bez postižení kognitivních funkcí
- počínající postižení kognitivních funkcí
- lehké postižení kognitivních funkcí
- středně těžké postižení kognitivních funkcí
- pokročilé postižení kognitivních funkcí
- těžké postižení kognitivních funkcí
- velmi těžké postižení kognitivních funkcí

2.4 Léčba demence

V současné době se stále více setkáváme s případy, kdy lidé, kteří onemocněli demencí, nejsou vůbec léčeni. Za důvod tohoto nedostatku se uvádí nedostatečná znalost lékařů, nízká důvěra v účinnou léčbu pacientů, finanční prostředky či neochota lékařů dané onemocnění u pacientů vyššího věku léčit – ageismus. Léčba pacientů s demencí bývá značně obtížná, jelikož se ve většině případů s léčbou začíná, až když onemocnění vstoupí do pokročilého stádia. V dané fázi již člověk není schopný sám užívat léky a dodržovat čas jejich užití. Vždy je nutné zajištění péče ze strany druhé osoby, jejíž povinností je

dohlédnout, aby byly léky správně užívány a léčba mohla být účinná. Pokud není léčba prováděna pod dohledem, může nesprávné užívání léčiv vést k ohrožení zdraví jedince.

Cíl léčby je vždy stanoven dle stádia onemocnění. Léčba probíhá dle typu onemocnění a jeho příznaků. Důležitou roli sehrává také akutnost. Pro každou fázi je typický jiný způsob léčení. Při rozhodování o léčbě pacienta s demencí přihlížíme k etiologii demence, k poruchám chování, k pokročilosti onemocnění a jiným. Léčebný plán se stanovuje individuálně, předpokládá se také spolupráce rodiny pacienta. (srov. Vlček, Fialová a kolektiv, 2010, s. 282, Mahrová, Venglářová a kolektiv 2008, s. 112). Vlček, Fialová a kolektiv (2010) uvádí, že v počátečních fázích onemocnění bychom se měli zaměřit na včasnou a přesnou diagnózu. Cílem má být zahájení léčby již v počátečních fázích nemoci a zlepšit nebo alespoň nezhoršit stávající kognitivní deficit. U demence, která je již v pokročilém stádiu, je léčba především orientována na zpomalení progresu nemoci a na ústup behaviorálních symptomů. Hlavní snahou je, aby byl jedinec v co největší možné míře udržen soběstačný. Při hodnocení pacienta věnujeme pozornost nejen jeho kognitivním funkcím, ale také schopnosti vykonávat činnosti běžné pro každodenní život. Neméně důležitým poznatkem při hodnocení pacienta je také postavení pečující osoby, a to především zátěž na její osobu. Léčba u poslední fáze onemocnění se týká zejména paliativní péče, pečovatelské a ošetrovatelské.

Rozlišujeme dva druhy léčby o pacienty s demencí. Jedná se o farmakologickou a nefarmakologickou formu léčby. Každý způsob léčby má svá specifika.

Farmakoterapie

Před zahájením léčby je důležitá diagnóza onemocnění, která musí být potvrzena. Farmakoterapii rozlišujeme kognitivní a nekognitivní. Vždy bychom měli mít na paměti, že přístup k pacientovi s demencí by měl být komplexní (srov. Vlček, Fialová a kolektiv, 2010, s. 282, 283, Mlýnková, 2011, s. 141, Pidrman, 2007, s. 112). „Léčba je zaměřena především na zlepšení nebo stabilizaci (nehoršení) kognitivní poruchy. Proto se o širší označení celé skupiny se v ATC klasifikaci používá název antidemencia (N06DA).

Do této skupiny jsou v současnosti zařazeny (a v ČR registrovány) inhibitory cholinesteráz a látky tlumící excitotoxicitu“ (Vlček, Fialová a kolektiv, 2010, s. 284).

Nefarmakologický způsob léčby

Mezi hlavní cíle nefarmakologického způsobu léčby patří snaha o zachování co nejlepší úrovně dovedností (soběstačnost, kognitivní funkce, jemná a hrubá motorika), správné a optimální využití volného času, snaha o zlepšení jak verbální, tak neverbální komunikace s okolím, příbuznými, personálem zařízení a v neposlední řadě by měla být tato léčba zaměřena na ovlivnění psychologických a behaviorálních příznaků demence a činností každodenního života. Aktivity, do kterých budeme pacienta s demencí zapojovat, by měly být přiměřené jeho zdravotnímu stavu, měly podporovat ty činnosti, ve kterých je silný, a především by měly probíhat ve známém prostředí. Rozlišujeme několik nefarmakologických opatření v léčbě demencí např. dodržování pravidelnosti denního režimu, snažit se o co nejméně změn v prostředí, dodržovat určitou rutinu, neposkytovat péče větší než je potřeba, jednoduchost ve vybavenosti domácnosti, bezpečnost domácnosti, provozování pravidelných aktivit v průběhu dne, léčit onemocnění, která mohou demenci zhoršovat, informovanost pečovatелů, rodinných příslušníků, ukázat jim možnosti edukace v oblasti problematiky demence a s ní související péče a jiné (srov. Pidrman, 2007, s. 93, 94, Vlček, Fialová a kolektiv, 2010, s. 283, 284). Mlýnková (2011) uvádí příklad farmakologické a nefarmakologické léčby u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Farmakologická léčba – Alzheimerovu chorobu vyléčit nelze, je však možné proces zhoršování demence zpomalit. Nemocným jedincům se podávají léky, které mají pozitivní vliv na narušené kognitivní funkce.

Nefarmakologická léčba – jedná se o různé aktivity, které jsou zaměřeny na: udržení stávající kvality života, které by mělo být co nejdélejší, na udržení sebepéče, trénink mozkových funkcí nebo podporu pečujících rodin.

3 PROBLEMATIKA REZIDENČNÍ PÉČE

3.1 Rezidenční péče

Malíková (2011) poukazuje na situaci v České republice, která se částečně změnila po roce 1989, výraznějších proměn však doznala až po vstupu v platnost Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Současným trendem je převzetí ověřeného funkčního modelu, který se objevuje v zahraničí, zejména v dalších členských zemích Evropské unie. Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob s různými typy postižením.

Rezidenční péče nebo-li péče v pobytových zařízeních (také často užívaný termín „ústavní péče“), znamená pomoc osobám, které se obvykle nedokáží o sebe postarat a jsou závislé na péči druhé osoby. Do pobytových zařízení jsou jedinci přijímáni především v době, kdy rodina již není schopna péči o seniora zajistit. Jsou i takové případy, kdy jedinec si do takového zařízení podá žádost sám ze strachu z budoucnosti. Jiné případy se týkají osob, o které se nemá kdo postarat či nechce se postarat. Jedno však mají společné, vždy se jedná o osobu, která je odkázána na pomoc a péči druhých.

Pro zařízení s rezidenční péčí je důležitý personál skládající se ze sociálních pracovníků, pečovatелů, zdravotníků i pracovníků, kteří se podílejí na aktivizaci a motivaci seniorů. Uvádí se, že tyto pracovníci jsou považováni za specialisty pro danou sociální oblast, jejichž úkolem je u osob udržovat sociální návyky, zapojovat je do různých aktivit, snažit se o vytváření kontaktů, vést je v rámci možností k samostatnosti. Každý pracovník v pobytovém zařízení by měl dbát na to, aby byly zohledněny jedincovy individuální potřeby, schopnosti a dovednosti.

Mezi zařízení, u kterých hovoříme o rezidenční péči zajišťující pomoc a péči seniorům, řadíme domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, centra sociálních

služeb (domovy s pečovatelskou službou), týdenní stacionáře, odlehčovací služby pobytového typu (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.2 Rezidenční péče – služby

Jak již bylo výše zmíněno rezidenční péči, zajišťující služby pro seniory, nacházíme v sociálním zařízení typu domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, v týdenních stacionářích i v zařízení určených pro odlehčovací služby. Služby jsou jedincům poskytovány celodenně, personál zařízení pečuje o seniory v průběhu celého dne. Péče je zajištěna také přes noc. Vždy je pohlíženo na potřeby každého jednotlivce, jelikož v zařízení pobytového typu žijí jedinci s odlišnými požadavky. Jsou zde více či méně soběstační jedinci, kteří vyžadují péči různého rozsahu. Někteří jsou schopni provádět úkony spojené s tělesnou hygienou, zvládají si dojít do jídelny na snídani, oběd, večeři, mohou se zúčastňovat aktivit, které zařízení pořádá, jiní jsou upoutáni na lůžko, jsou nesoběstační a veškerá péče je zajišťována a prováděna na pokoji.

Jak je uvedeno v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální služby pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je umožnit v nejvyšší možné míře zapojení do běžného každodenního života společnosti. V takových případech, kdy výše uvedené vylučuje jejich stav, zabezpečit jim důstojné prostředí a zacházení. Každá osoba má právo na poskytování služeb sociální péče v takovém prostředí, které je co nejméně omezující. Mezi služby, které jsou spojeny s rezidenční péčí, řadíme: pomoc při zvládání běžných každodenních činností týkající se vlastní osoby, pomoc při hygieně (ranní hygiena, koupání, pedikúra, mytí vlasů), pomoc při stravování, poskytnutí ubytování, pomoc se zapojit do aktivit a motivovat jedince, pomoc při úkonech spojených s chodem domácnosti, výchovná, vzdělávací, poradenská činnost, pomoc při navazování kontaktů, vyhledávání kontaktů, zapojení do kolektivu, do společenského prostředí, pomoc při uplatňování práv, při vyřizování osobních záležitostí, ošetrovatelské a rehabilitační služby a jiné. Rozsah těchto činností je řízen předpisy, které jsou v zařízení dodržovány (srov. Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách).

3.3 Systém péče o jedince s demencí

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nám nabízí přehled služeb, jež mohou být jedincům s demencí poskytovány. Jedná se o služby zejména pobytové, ovšem zákon uvádí také služby, které jsou poskytovány terénní či ambulantní formou.

Domovy pro seniory

Posláním domova pro seniory je zajištění prožití důstojného stáří pro ty jedince, kteří již nemohou žít ve svém rodinném, domovském prostředí. Péče je zde poskytována celoročně, celodenně a vždy je pohlíženo na individuální potřeby jedince. Domovy pro seniory jsou především určeny pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost v základních životních schopnostech a dovednostech, jsou zcela nesoběstační při pohybu a při obsluze vlastní osoby, mají tělesné postižení, pohybují se za pomoci kompenzačních pomůcek či jsou upoutáni na invalidní vozík. Služby, které jsou v domovech pro seniory nabízeny a prováděny jsou poskytnutí ubytování, pomoc při hygieně, při úkonech spojených s péčí o vlastní osobu, zajištění stravy, zprostředkování zapojení se do kolektivu, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, poradenství a terapeutické činnosti. Personál zařízení se také snaží o udržení co nejvíce možné míry soběstačnosti svých uživatelů.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro seniory, jejichž soběstačnost je značně snížena z důvodu Alzheimerovy choroby či demence. Služby, které jsou v těchto zařízeních poskytovány, musí být přizpůsobeny specifickým požadavkům a potřebám seniorů s demencí. Personál domova se zvláštním režimem se snaží o co největší podporu jedince v jeho individuálních schopnostech. Tak jakou domova pro seniory i zde jsou služby poskytovány celoročně, celodenně a v rozsahu, který senior ke svému spokojenému stáří potřebuje. Poskytování a zajištění služeb je shodné s domovy pro seniory (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby těm osobám, které mají sníženou soběstačnost ať už vzhledem k věku nebo k zdravotnímu postižení, a dále osobám, které trpí chronickým duševním onemocněním a jejich situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Stacionáře poskytují ubytování, stravu, pečovatelé pomáhají při každodenní hygieně, při úkonech spojených s péčí o vlastní osobu, snaží se jedince zapojit do společenského prostředí, provádí výchovnou, vzdělávací a sociálně terapeutickou činnost, pomáhají seniorům při vyřizování osobních záležitostí a uplatňování práv.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby dělíme na terénní, ambulantní a pobytové. Jsou poskytovány jedincům se sníženou soběstačností, se zdravotním postižením či chronickým onemocněním. O tyto jedince je běžně pečováno v rodinném prostředí. Odlehčovací služby slouží k odpočinku a načerpání nové energie pečujících osob. Služby jsou shodné, jako ve výše zmíněných sociálních zařízeních poskytujících rezidenční péči (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

„Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Dané služby jsou zaměřeny na ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při hygieně, při péči o vlastní osobu, při vyřizování osobních záležitostí, pomoc v navazování kontaktů se společenským prostředím, zahrnují aktivizační a terapeutickou činnost.

Denní stacionáře

V denních stacionářích se setkáváme s ambulantní formou poskytované péče, kdy jedinec dochází do zařízení na určitou dobu. Je mu poskytnuta pomoc při úkonech spojených s péčí o vlastní osobu, při hygieně, při navazování kontaktu s druhými lidmi, je mu podávána strava, pracovníci zařízení pomáhají také při vyřizování osobních záležitostí. Denní stacionáře jsou dále zaměřeny na výchovnou, vzdělávací a aktivizační činnost.

Pečovatelská služba

Jedná se o terénní či ambulantní služby, které jsou poskytovány v domácnosti nebo v zařízení sociálních služeb. Pracovnice pečovatelské služby zajišťují péči v určitou denní dobu, ve stanoveném čase. Poskytované služby zahrnují činnosti spojené s pomocí při hygieně, při úkonech týkajících se péče o vlastní osobu, při poskytnutí stravy, při navazování kontaktů s okolím, či pomoc se zajištěním chodu domácnosti (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S DEMENCÍ

4.1 Život jedinců s demencí – kvalita života

Vymezení pojmu kvalita života je velmi obtížné, jelikož stojí na individuálním posouzení jedince. Každý z nás v životě prochází různými situacemi, které nám poskytují nepřehledné množství zkušeností. Problematikou kvality života se zabývá řada vědních oborů, jako jsou medicína, psychologie, sociologie a jiné vědy. Rozlišujeme kvalitu života objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života představuje osobní psychickou pohodu a spokojenost se svým životem. Pojem objektivní kvalita života označuje uspokojování materiálních a sociálních podmínek a fyzické zdraví. Pro každého z nás však může mít pojem kvalita života jinou hodnotu. Vždy záleží na osobních požadavcích a představách. Co je důležité a prioritní pro jednu osobu, nemusí nutně znamenat významnost pro druhou. Určité požadavky a potřeby jsou společné a potřebné pro všechny osoby bez rozdílu. Existuje několik teorií, které rozpracovávají lidské potřeby a s nimi související jejich uspokojování či neuspokojování. Nejznámější teorií potřeb je Maslowova hierarchie potřeb. Autor uvádí pět hlavních kategorií potřeb. Do kategorie potřeb patří:

Fyziologické potřeby – např. potřeba kyslíku, vody, potravy

Potřeba jistoty a bezpečí – ochrana před riziky, nebezpečím

Sociální potřeby – přátelství, láska, akceptace osobnosti

Potřeba uznání – sebeúcta, respekt, prestiž

Potřeba seberealizace – rozvíjení vlastních schopností, dovedností, víra v sebe sama.

(srov. Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 198, 199, Armstrong, 2007, s. 223, 224, Gurková, 2011, s. 22-24). Dle Armstronga (2007) Maslowova teorie motivace tvrdí, že pokud je uspokojena nižší potřeba stává se dominantní potřebou potřeba vyšší a pozornost člověka je soustředěna na uspokojení této vyšší potřeby. Nikdy nemůže být uspokojena potřeba seberealizace.

Veenhoven se zabývá výzkumem již zmíněné psychické pohody, štěstí a spokojenosti. Dle jeho teorie Čtyři kvality života, jsou významné sociální, ekologické,

ekonomické a kulturní podmínky, fyzické a duševní zdraví, ale také hodnoty jako jsou morální vývoj, subjektivní pohoda, štěstí, smysluplnost a jiné. Teorie uvádí čtyři faktory kvality života. Jedná se o životní předpoklady, životní výsledky, vnější (prostředí, společnost) a vnitřní (charakteristiky osobnosti) kvality. Při měření kvality života jsou využívány dva přístupy:

Kvalita života jako konstrukt týkající se celé populace

Dochází k porovnávání objektivních ukazatelů kvality života mezi jednotlivými společnostmi.

Kvalita života jako individuální konstrukt

Ukazuje individuální konstrukty kvality života (zdravotní stav, stabilní vztahy).

Hnilicová se také zabývá tématem konstrukty kvality života, rozlišuje tři. Konstrukt psychologický, sociologický a medicínský neboli zdravotnický.

Psychologický přístup

Zde vynikají aspekty, jako jsou pohoda, štěstí, smysl života, spokojenost.

Sociologický přístup

Vztahuje se k životní úrovni jedince, k jeho postavení ve společnosti, materiálnímu zabezpečení a zahrnuje také subjektivní pocit jedince k těmto aspektům.

Medicínský (zdravotnický) přístup

Pro daný přístup jsou typické aspekty zdraví, funkčnost organismus (srov. Veenhoven, 2000, Hnilicová, 2005, in Gurková, 2011, s. 24-30, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 199,200).

„Téma stárnutí populace a kvality života ve stáří se týká nás všech. Vláda České republiky si ve svém Usnesení z 9. 1. 2008 č. 8 o „Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ (Kvalita života ve stáří) stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost právě kvalitě života starých lidí. S prodlužující se délkou života nabývá na významu otázka, které faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 200). Pro zvýšení kvality života seniorů a úspěšného zvládnutí všech nástrah a výzev, které s sebou život přináší,

předpokládá výše uváděný program zaměřený se na oblasti aktivního stáří, prostředí, ve kterém senior žije, na společnost, ve které se pohybuje, která ho obklopuje a působí na něj. Program dbá o to, aby byla poskytována kvalitnější zdravotní péče, a tím bylo zlepšováno zdraví seniorů, dále se vztahuje k podpoře rodin, osob, jež jsou zapojeny do péče o staré občany, a také k ochraně lidských práv. Mezi opatření, které program zavádí, patří: možnosti celoživotního vzdělávání zaměstnanců i zaměstnavatelů, podporovat starší zaměstnance ve studiu, vytvářet podmínky pro zaměstnávání důchodců, starším osobám nabízet rekvalifikaci, poradenství, přizpůsobit důchodový systém demografickému vývoji, zakládat a vytvářet zařízení pro celoživotní vzdělávání, zlepšit a zvýšit informovanost důchodců o pracovních nabídkách a jiné (srov. Dvořáčková, 2012, s. 27, 28, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 200).

Slezáčková (2012) definuje kvalitu života z mnoha různých úhlů. Světová zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu života jako to, jak člověk vnímá své místo, svoji pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž se přihlíží k jeho cílům, očekáváním a normám. Světová zdravotnická organizace stanovuje šest základních aspektů kvality života. Jedná se o fyzickou stránku a úroveň samostatnosti, psychické zdraví a duchovní oblast, sociální vztahy a prostředí, ve které jedinec žije. Pokud bychom chtěli kvalifikovat a hodnotit kvalitu života máme několik možností, které jsou proto využívány např.:

- strukturovaný rozhovor
- demografické ukazatele (zdravotní stav, úmrtnost, výsledky sociologických šetření)
- numerická škála – kvalita života v rozmezí 0-10
- dotazník SQUALA – subjektivní analýza kvality života
- LOGO test, který je součástí existenciální logoterapie
- škála WHO-DAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule) a jiné.

Jak již bylo výše zmíněno, kvalita života je pojem, pod kterým si každý z nás představí různé hodnoty, které jsou pro člověka něčím důležité. Tak jako mladý, zdravý jedinec má od života určitá očekávání a chce svůj život prožít v co nejvyšší kvalitě, tak i jedinec trpící demencí má své potřeby, které jsou nezbytné pro kvalitní a důstojný život.

Jedinec, u kterého byla diagnostikována demence, vyžaduje specifickou péči, ohleduplnost a přístup okolí, a to v takovém rozsahu, aby jeho život mohl být plnohodnotný ve všech sférách, které mají na jeho osobnost příznivý vliv. Pro kvalitní život seniora s demencí je důležité zabezpečení potřebné péče, dohledu a kontroly činností, s ohledem na zachování lidské důstojnosti (ve smyslu chovat se k seniorovi jako k dospělé, svéprávné osobě, nezaujímat postoj jako k malému dítěti). Dalším významným bodem v přístupu k těmto jedincům by měla být snaha o vytvoření klidného, rodinného prostředí s minimem rušivých elementů, ve kterém bude senior zažívat pocit bezpečí a jistoty. Kvalita života seniorů s demencí také spočívá v zajištění a uspokojení základních životních potřeb, souvisí s přístupem a zájmem rodiny a okolí, dále s přítomností druhého partnera, který představuje pro jedince oporu a vědomí, že někam patří (srov. Dvořáčková, 2012, s. 23-28, Slezáčková, 2012, s. 23, Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 197-200).

4.2 Vlivy a okolnosti působící na kvalitu života jedinců s demencí

Dvořáčková (2012) ve své knize uvádí, že pro kvalitu života ve stáří je velmi důležité vytvořit si program pro trávení volného času. Aktivita je považována za prevenci nesoběstačnosti. Udržení a navázání nových kontaktů a vztahů, společná setkávání osob stejného věku i prohlubování mezigeneračních vazeb mají velký význam pro prožití kvalitního stáří. Většina z doporučení, jak uskutečňovat „úspěšné stárnutí“, odpovídá obecným zásadám duševní hygieny. Každý jedince se liší svou individualitou (zdravotní stav, zájmy, hodnoty, rodina, finanční situace, osobní, životní zkušenosti a jiné).

Na kvalitu života seniorů má především vliv např.:

- zdravotní stav, charakter léčby
- hodnotový systém
- výchova, vzdělání, prostředí
- rodina a okolí, úroveň sociální opory
- majetkové poměry jedince, bydlení
- dostupnost zdravotních a sociálních služeb.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, významnou úlohu v otázce kvality života seniorů s demencí sehrává také péče. Kvalitní péče umožňuje jedincům s demencí prožít důstojné stáří. Hovoříme o péči probíhající v domácnosti, kdy pečuje osoba blízká či personál zařízení, které poskytuje terénní služby a za klientem i několikrát denně dojíždí pracovnice – „pečovatelka“, či o péči, která je uskutečňována v pobytových zařízeních. Další možností, jak o jedince pečovat, je spojení ambulantních služeb, kdy jedinec do zařízení dochází (např. denní stacionář) a péče v domácnosti. Vždy se osoby zainteresované do péče snaží, aby nemocnému jedinci co nejvíce usnadnily již tak nelehký průběh stárnutí (srov. Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 197-200, Gurková, 2011, s. 169). Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák (2012) uvádí, že kvalita života jedinců s projevy demence se neodvíjí jen od základních životních potřeb. Efektivní péče a pomoc by měla podpořit kvalitu života, která respektuje jak základní potřeby, tak i identitu a lidskou důstojnost nemocných jedinců. Péče je uskutečňována v prostředí důvěry a vzájemného respektu.

Existuje řada zásad v péči a v přístupu k osobě, která trpí demencí. Základním stavebním prvkem je naše uvědomění toho, že před námi stojí osoba, která vnímá, prožívá, cítí – žije. Naše chování vůči těmto osobám by mělo být vždy ohleduplné, vstřícné, zdvořilé a především nekritické. Tyto osoby jsou velmi citlivé na zvýšení hlasu, vytýkání, napomínání, sdělování kritiky. Na co bychom se tedy měli zaměřit při kontaktu s nemocným jedincem? Pokud chceme docílit spolupráce, a tím člověka vést správným směrem, měli bychom dodržovat tyto zásady spolupráce:

- uvědomění toho, že klienta nezměníme, můžeme však změnit vlastní postoj a prostředí, které ho obklopuje
- mít radost alespoň z malých úspěchů, kterých s klientem dosáhneme
- vytvoření příjemného prostředí pomocí obrázků, fotografií, květin
- dbát na stálost prostředí, snažit se o minimum změn
- snažit se o pochopení chování nemocného (např. strach z koupání, cestování..)
- prostředí vybavit, tak aby poskytovalo orientaci (hodiny, kalendář..)
- dbát na pravidelnost aktivit, nevybočovat z denního režimu

Významnou úlohu v péči o jedince s demencí sehraává také pochvala. Senior potřebuje slyšet slova chvály. Naším cílem by mělo poskytnout klientovi pochvalu, byť za maličkost, která se mu vydaří (ustele si lůžko, sám si zapne knoflíky od blůzky, utře nádobí). Pečující osoba se dále měla zaměřit na to, aby se jedinec vyvaroval možným konfliktům, a to se samotnou pečující osobou, tak i s okolím. Pro pečujícího je nesmírně namáhavé zůstat celý den v klidu, dělat, že se nic neděje, že když se něco nepodařilo dnes, podaří se zítra. Je těžké, mnohdy nemožné, zůstat po celou dobu v určitém nadhledu a na nemocného se např. nenazlobit. Jedná se o velkou zátěž pro osoby, které jsou s nemocným celý den a nemají možnost od něj odejít, odreagovat se, pročistit si mysl. Péče o jedince s demencí často vyvrcholí vyčerpaností pečující osoby a následným umístěním nemocného seniora do zařízení pro seniory typu domovů se zvláštním režimem (srov. Mlýnková, 2011, s. 142, Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 119-121).

Dalším důležitým prvkem v práci s lidmi duševně nemocnými, je komunikace. Mahrová, Venglářová a kolektiv (2008) pojednávají o komunikaci jako o klíči k úspěšnému a humánnímu přístupu k postiženým klientům. Důležitá je především trpělivost a klid, nechat nemocnému dostatek času na seznámení, na otevření problému, ujištění, že slyším a rozumím. Velmi důležitý je také postoj pomáhajícího, jaký k seniorovi zaujímá. Při komunikaci s nemocným seniorem bychom se měli vyvarovat soucitu. Jedinec si je vědom svého onemocnění. Zajisté, osoby, jež trpí demencí, si ve většině případů své onemocnění neuvědomují, ale i zde není soucit na místě. Komunikace se seniorem by měla vždy probíhat v přirozeném prostředí s minimem rušivých prvků. Měli bychom dále respektovat jedincovi zvyklosti, zlozvyky, na které je řadu let zvyklý a naučený. S tím souvisí také poznání minulosti seniora, abychom mohli pružně reagovat na jeho slova a myšlenky. Samozřejmostí v komunikaci se seniorem je uvědomění jeho individuality. Každá osoba je jiná, nese si sebou jiný životní příběh, a s tím bychom měli do komunikace vstupovat. Typickým znakem v komunikaci se seniory je mluvit pomalu, nahlas a zřetelně. Komunikace s jedincem s demencí je složitější v tom, že u takto nemocných osob dochází k postižení kognitivních funkcí – ztráta paměti, snížení pozornosti, abstrakce, úsudku, snížení schopnosti porozumět mluvenému slovu, potíže s orientací v čase a prostoru (srov. Mahrová, Venglářová a kolektiv, 2008, s. 115,116, Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 119-121). Mahrová, Venglářová a kolektiv (2008) uvádí obecné tvrzení - kvalita vztahu a komunikace s klientem trpící demencí závisí především na pečujícím, protože v podstatě

každý kontakt s klientem s poruchou paměti je pro něj nový. Pro správnou komunikaci s osobami trpícími demencí máme řadu zásad, které by měly být v kontaktu používány a dodržovány. Jedná se o tyto zásady:

- vytvořit správné podmínky pro komunikaci, snažit se nemocného pochopit
- zaměřit se na iniciativu klienta, nechat ho, aby si sám určil aktivity, které chce provádět
- pokud klient nerozumí našemu sdělení, znovu, vhodnějším způsobem, mu sdělení zopakovat např. i se zapojením gest
- správné je klienta povzbuzovat, chválit ho za provedenou činnost
- měli bychom používat krátké a výstižné věty, jednoduchá slova, hlubší tón hlasu
- komunikovat s klientem jako s dospělou osobou, ne dítětem
- nenaléhat na klienta, pokud nějakou činnost nechce provádět, nenadávat mu, nevysmívat se mu, neponižovat jej
- vyvarovat se větám typu „Vy si to nepamatuje? Už jsem Vám to říkala“
- při komunikaci využívat seniorovu minulost, důležité zážitky, události, osoby a vést na tato témata rozhovory
- snažit se sdělovat klientovi to, co právě děláte, jednotlivé činnosti pojmenovat.

Poznání životního příběhu seniora s demencí nám dává možnost pochopit jeho chování a zaujmout k němu takový postoj, který bude pro jedince tím nejvhodnějším. Jak již bylo výše zmíněno, proto je vždy nutné přistupovat ke každému individuálně.

Rodina sehrává neméně důležité postavení v životě seniora s demencí. Rodina je jedním z faktorů, který určuje kvalitu života jedince. Pro péči o seniora s demencí v pobytovém zařízení je spolupráce s rodinou jedním z hlavních předpokladů. Rodina nám může poskytnout stěžejní informace o postiženém, a od těchto skutečností se pak péče odvíjí správným směrem. Pokud jde o péči v rodině, v domácnosti, je přítomnost členů rodiny velmi důležitá a pro nemocného přínosná. Vědomí, že někam patřím a mám okolo sebe milující rodinu, která se o mě s láskou postará, je pro mnohé seniory to nejpodstatnější.

Kvalita života seniorů s demencí nemusí být ovlivňována jen pozitivně. Negativní vliv na život těchto osob má ageizmus. Termín pochází z konce šedesátých 20. století a poprvé se objevil v USA. Ageizmus nemá v současné době jasně stanovenou definici, existuje řada jeho pojetí a výkladů. (srov. Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 119-122, Friedlová, 2007, s. 39-40, Mlýnková, 2011, s. 36, 42). „Ageizmus vystihuje věkovou diskriminaci, která může být pro seniory dosti nebezpečná. Vychází totiž z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie mají odlišné charakteristiky i jinou společenskou hodnotu“ (Mlýnková, 2011, s. 36). Ageizmus se však nemusí nutně týkat jen seniorů, může postihovat všechny věkové kategorie bez rozdílu. Jeho typickými projevy jsou podceňování, odmítání, odpor k určité věkové kategorii. Např. všechny seniory považuje za méněcenné. Ageizmus nezohledňuje individualitu člověka (srov. Kelnarová, Matějková, 2010, s. 114, Pokorná, 2010, s. 69, Mlýnková, 2011, s. 36).

4.3 Možnosti aktivizace a osobního rozvoje jedinců s demencí

Aktivizace je proces, při kterém dochází k rozvoji a rozšíření činnosti. U seniorů se především snažíme o procvičování kognitivních funkcí, paměti, smyslů. Aktivizace si klade řadu cílů, o které usiluje, jsou to např.:

- udržet či zlepšit stávající dovednosti
- činnosti naplňující volný čas slouží jako prevence např. nudy
- pozitivní vliv na emoce klienta, zvýšení sebevědomí, uspokojení vyšších potřeb
- bránit např. dlouhému trávení času na lůžku
- zvýšit vlastní soběstačnost, snížit závislost na pečující osobě
- při práci v kolektivu vytvářet dobré mezilidské vztahy a jiné.

Možnosti aktivizace jsou závislé na různých faktorech – věku, léčbě, druhu onemocnění, stupni onemocnění, používání kompenzačních pomůcek, motivaci jedince. Vždy musíme mít na paměti, že aby se aktivizace ubírala správným směrem, musíme volit takovou aktivitu, která bude odpovídat individualitě osoby. Musíme znát problematiku onemocnění jedince. Aby mohla být aktivizace úspěšná, je nutné, abychom v lidech, s nimiž pracujeme, podporovali víru ve vlastní schopnosti, vlastní hodnoty a chuť neustále nacházet nové cíle a smysly života. Důležité je nezapomenout na to, že aktivity musí být vždy přínosem pro

klienta. Dbát bychom měli také na pravidelnost aktivity a režim. Klient by měl vědět, v který den a hodinu bude jeho činnost probíhat. Nikdy nesmíme vybrat takovou aktivitu, na kterou jedinec nebude stačit. Aby měla činnost význam, musí odpovídat znalostem, schopnostem a dovednostem nemocného (srov. Mlýnková, 2011, s. 98-100, Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 37,38).

Dle Krejčířové (2006) jsou aktivizační programy rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní (orientace na zdravou stárnoucí populaci), tak i na úrovni léčebné, kam řadíme vlastní terapii (např. kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách) a formu sekundární prevence (např. u lidí s počínající demencí, u nichž může přiměřená aktivita zase značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby). Dané programy bývají zařazovány také do komplexní psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace (např. po přechodu do domova důchodců či jiné ústavní péče).

Kognitivní trénink

Mezi aktivizační činnosti, využívané při práci se seniory s demencí, řadíme kognitivní trénink. Kognitivní trénink je jednou z činností, která je u nemocných jedinců s demencí poměrně často používána, avšak její léčebné účinky jsou minimální. Kognitivní trénink není považován za terapeutickou aktivitu. Jedná se spíše o druh zábavy, jednu z forem aktivizace, která slouží k procvičování kognitivní funkcí (paměť, pozornost, myšlení a jiné), např. počítání, kresby, nácviku sociálního chování, prostorové představivosti. Např. trénování paměti může probíhat i během běžné procházky v blízkosti domu, kdy klademe otázky typu: „Který je Váš dům?“ „Jak se jmenuje Váš soused?“. Jeho užitečnost vidíme ve stádiu mírné či středně pokročilé demence. Ve stádiu rozvinuté demence se nejčastěji využívá cvičení pomocí dlouhodobé paměti.

Metoda reminescence

Další možností, jak seniora s demencí aktivizovat a rozvíjet, je metoda reminescence. Tato metoda je zaměřena na využití vzpomínek seniora. Vždy je důležité si uvědomit, že u nemocných osob s demencí je zachována dlouhodobá paměť. Osoby se často vracejí do minulosti a pamatují si i podrobnosti ze svého života. Ovšem to, co se

odehrává v přítomnosti, zapomínají. Při dané metodě dochází k rozpomínání na dětství, mládí, období výchovy dětí, na věci a události, které měli v životě seniora význam. Při reminiscenci se předpokládá spolupráce rodiny pacienta, která má nezastupitelné místo. Členové rodiny nám mohou poskytnout informace, fotografie, předměty, které pomohou nemocnému se lépe vrátit do starých časů. Často se sestavuje životopis seniora, který je důležitý nejen pro pečovatele, ale pro kohokoliv, kdo přijde se seniorem do kontaktu. Informace z životopisu nám umožňují správnou a přínosnou komunikaci. Zdrojem reminiscence nejsou jen informace či fotografie, ale stejnou úlohu mohou plnit i filmy pro pamětníky, hudba z mladých let seniora, válečné dokumenty a jiné.

Preterapie

U jedinců s demencí jsou využívány také některé prvky preterapie (srov. Mlýnková, 2010, s. 105, 106, Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 96, 97, Mlýnková, 2011, s. 142, Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 117). Klevetová, Dlabalová (2008) uvádí, že preterapie je technikou, která slouží k navázání kontaktu a následně umožňuje spolupráci. Nemocnému poskytuje pocit společného prožitku. Reflexí nemocnému sdělujeme, že se cítíme stejně jako on, že situaci prožíváme s ním, že jsme na stejné vlně.

Podpora fyzických schopností

Do možností aktivizace seniorů s demencí také řadíme činnosti podporující fyzické schopnosti. Klient by neměl být aktivizován pouze po stránce psychické, ale i po stránce fyzické. Hovoříme o pohybových, tanečních a manuálních činnostech. Tyto činnosti rozdělujeme na rehabilitační činnosti, které slouží k obnově či udržení např. pohybových funkcí, sebeobslužné činnosti a činnosti související s každodenním životem, kam řadíme např. osobní hygienu, úklid domácnosti či pokoje, oblékání, a jako poslední jsou to činnosti výchovné, mezi které lze zařadit práci s materiálem, pletení, šití, kresbu a jiné.

Ergoterapie

Ergoterapie je považována za součást léčebné rehabilitace, kterou provádí ergoterapeut na základě lékařského doporučení. Ergoterapii dělíme na diagnostickou, kdy dochází k testování pohybových funkcí pacienta, a na terapeutickou, při níž dochází

k aplikaci ergoterapeutických činností. Klient si procvičuje každodenní činnosti spojené se sebeobsluhou, samostatností a soběstačností. Ergoterapie tedy pomáhá klientovi vykonávat běžné denní činnosti i přes jeho onemocnění. Významnou úlohu sehrává klientovo vědomí důležitosti a smysluplnosti těchto činností.

Orientace v realitě

Tato metoda je spojena s dezorientací dementního klienta. Nemocní mají např. mylné představy o tom, že žijí jejich rodiče, blízcí příbuzní a čekají na jejich příchod. Osoby, které pracují s takto nemocnými lidmi, by měly mít na paměti, že je správné takové myšlenky nevyvracet, ale naučit se s nimi pracovat. Vysvětlování, že rodiče již nežijí, vede ke smutku, k tesknění, které nemusí ihned odeznít. Pro lepší klientovu orientaci máme několik možností např. velké kalendáře na dobře viditelném místě, nástěnka, která má připomínat důležité informace (rok, měsíc, roční období..) (srov. Mlýnková, 2010, s. 105, 106, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 138, Křivošíková, 2011, s. 13, Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 95-97).

Validační terapie

Terapie úzce souvisí s předchozí metodou. „Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu“ (Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 96). Metoda je zásadní pro pečující osobu. Ta si musí uvědomit, že není správné klienta v mylných představách opravovat a upozorňovat na skutečnou realitu, avšak neměla by klienta ani v jeho nesprávných myšlenkách utvrzovat. Dobré je hovořit o těchto věcech, vzpomínat na to, co bylo dříve, vyslechnout si příhody z jeho života, ukázat nemocnému, že mu nasloucháme.

Psychomotorická terapie

Při psychomotorické terapii dochází k ovlivňování osobnosti jedince a jeho duševních funkcí, a to tak, že je aktivována motorika. Tato metoda funguje na principu zapojení tělesného pohybu takovým způsobem, aby na jeho základě docházelo ke změně chování, myšlení a jiných osobnostních předpokladů přijatelnou cestou.

Při aktivizaci seniorů s demencí se používá řada dalších terapií, které mají na jedince s duševním onemocněním příznivý vliv. Jedná se o muzikoterapii, arteterapii, PET – terapii, taneční terapii a další. Aktivizace jedinců s demencí může probíhat v rámci domácnosti, kdy se seniorem pracuje rodinný příslušník, či v rámci zařízení, které poskytuje sociální služby. Sociálně aktivizační služby zahrnují:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, což představuje např. různé volnočasové a zájmové aktivity
- sociálně terapeutickou činnost, která přispívá k začleňování jedinců do společnosti, k rozvoji či udržení osobních schopností, dovedností
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, při vyřizování osobních záležitostí (srov. Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 96, Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv, 2012, s. 127, Gulová, 2011, s. 69).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

5.1 Systém péče o seniory s demencí v rámci Jihomoravského kraje

Česká republika je složena ze 14 krajů, kde jedním z nich je také Jihomoravský kraj. Jihomoravský kraj se skládá ze 7 okresů, Blanska, Brna-města, Brna-venkov, Břeclavi, Hodonína, Vyškova a Znojma. Je složen ze 49 měst a 673 obcí, z toho 21 obcí jsou obce s rozšířenou působností. Centrem Jihomoravského kraje je město Brno. Jihomoravský kraj čítá 1 140 000 obyvatel.

V období prosinec 2009 až únor 2011 byl v Jihomoravském kraji prováděn výzkum, který byl zaměřen na oblast sociálních služeb pro různé cílové skupiny. Jednou ze skupin byli také senioři. Do daného výzkumu bylo zapojeno všech 21 obcí s rozšířenou působností. Cílem výzkumu byla analýza potřeb uživatelů sociálních služeb. Byly použity metody kvantitativní a kvalitativní (skupinová diskuse, polostandardizovaný rozhovor, dotazník) které byly zaměřeny na potřeby, přání a požadavky týkající se sociálních služeb a jejich poskytování. Závěrečná zpráva z daného výzkumu pak posloužila jako podklad pro sestavení Střednědobého plánu rozvoje sociální služeb pro Jihomoravský kraj pro období 2012-2014.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji pro období 2012-2014 byl schválen 23. 6. 2011. Střednědobý plán představuje významný dokument pro oblast sociálních služeb, který odpovídá metodice Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, jež stojí na koncepčních dokumentech týkající se sociálních služeb a odráží záměry sociální politiky jak národní, tak i evropské. Cílem Střednědobého plánu je zkvalitnit zvýšit dostupnost sociálních služeb pro všechny, kteří je potřebují, dále vytvořit takovou nabídku sociálních služeb, aby odpovídala místním a lokálním potřebám. V neposlední řadě má být Střednědobý plán efektivní v oblasti finančních prostředků. Střednědobý plán pro rozvoj sociálních služeb v Jihomoravském kraji si stanovil 5 priorit pro zkvalitnění a zvýšení dostupnosti sociálních služeb. Jsou to tyto: Analýza sítě sociálních služeb a její optimalizace v rámci střednědobého plánování na území Jihomoravského kraje, Propojení financování sociálních služeb se střednědobým

plánováním a sítí sociálních služeb na území Jihomoravského kraje, Podpora procesu na místní i regionální úrovni, Podpora zkvalitňování a rozvoje potřebných sociálních služeb na území Jihomoravského kraje a Podpora a realizace vzdělávacích seminářů.

Jak již bylo výše zmíněno, jednou z cílových skupin jsou také senioři ve věku nad 65 let, kteří se nacházejí v nepříznivé životní situaci a vzhledem ke zdravotnímu stavu potřebují podporu v oblasti soběstačnosti a péče o vlastní osobu. I zde si střednědobý plán stanovil priority. Jedná se o prioritu týkající se podpory soběstačnosti a setrvání seniorů v přirozeném prostředí a o prioritu zkvalitnit péči o seniory v pobytových zařízeních.

První z priorit v sobě zahrnuje 2 opatření:

- snaha o zvýšení dostupnosti a podpora rozvoje kvality terénních služeb pro seniory s cílem umožnit setrvání a zachovat kvalitu života
- snaha o rozšíření a zkvalitnění služeb zajišťující pomoc rodinám pečujícím o nesoběstačné seniory (ambulantní, terénní, odlehčovací, pobytové a aktivizační služby)

Druhá z priorit v sobě zahrnuje 3 opatření:

- podpora zavádění principů transformace v zařízeních pro seniory
- snaha o rozšíření kapacit pobytových služeb pro seniory na základě potřebnosti v dané lokalitě
- zvýšit kapacitu pobytových zařízení pro seniory se specifickými potřebami (senioři s demencí, Alzheimerovou chorobou či jiným mentálním postižením)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro Jihomoravský kraj nám nabízí přehled poskytovaných služeb v kraji pro oblast seniorů. Celkem se jedná o 247 sociálních služeb. V tomto přehledu je uváděn nejen název a počet služeb, ale také města, která jednotlivé služby mají v nabídce. Pro seniory s demencí či Alzheimerovou chorobou v Jihomoravském kraji se nabízí 19 domovů se zvláštním režimem v Blansku, Boskovicích, Brně, Pohořelicích, Šlapanicích, Tišnově, Židlochovicích, Kyjově, Veselí nad Moravou, Břeclavi a Znojmě. Dále 46 domovů pro seniory, 21 zařízení pro odlehčovací služby, 8 denních stacionářů či 64 poskytovatelů pečovatelské služby. Celkový přehled poskytovatelů sociálních služeb pro území Jihomoravského kraje je k dispozici na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky,

na stránkách Jihomoravského kraje či v Adresáři sociálních služeb v Jihomoravském kraji, který je možné také najít na internetových stránkách www.kr-jihomoravsky.cz nebo na www.socialnisluzby-jmk.cz. Tento adresář vydal Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje a vznikl v rámci projektu „Podpora plánování sociálních služeb v Jihomoravském kraji“ (srov. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji, Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji, www.socialnisluzby-jmk.cz, www.kr-jihomoravsky.cz).

5.2 Systém péče o seniory s demencí na Kyjovsku

Kyjovsko je region, do kterého spadá 42 obcí včetně největší obce, města Kyjova. Město Kyjov je obcí s rozšířenou působností, která je složena ze 4 částí: Kyjov, Nětčice, Boršov a Bohuslavice. V Kyjově je soustředěna řada institucí, které využívají občané daného regionu. Je také centrem poskytovatelů nejrůznějších služeb, které jsou zaměřeny na široké spektrum požadavků veřejnosti. Je zde poměrně dobře zajištěna oblast sociálních služeb – domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, azylový dům, pečovatelské služba, charita, domov pro osoby se zdravotním a mentálním postižením, zařízení pro osoby závislé na drogách či jinak závislé. V současnosti, kdy populace stárne, se objevuje stále větší poptávka po těchto službách a ukazuje se, že v regionu kapacity nestačí. Především místa v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Také se zvyšuje zájem o sociálně-aktivizační programy, které dávají seniorům jednak společenský kontakt, jednak psychickou podporu.

Dne 17. 12. 2012 schválilo Zastupitelstvo města Kyjova Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2015. Společně se schválením tohoto plánu proběhlo také schválení Akčního plánu rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku na rok 2013. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku vznikl v rámci projektu „Rozvoj sociálních služeb na Kyjovsku, II. etapa“, jehož financování je z Evropského sociálního fondu.

Střednědobý plán vychází z procesu komunitního plánování. Komunitní plánování na Kyjovsku započalo již v roce 2007. Jedná se o metodu, na základě které dochází ke zpracování plánů rozvoje sociálních služeb za spolupráce všech zainteresovaných osob a institucí v sociálních službách v místní lokalitě. Stěžejním cílem je rozvoj služeb takovým směrem, který bude reagovat na potřeby občanů daného regionu. Posláním komunitního plánování na Kyjovsku je podpora aktivit, které povedou ke zkvalitnění života občanů, dále posilovat solidaritu, sociální integritu a vlastní odpovědnost.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2015 se orientuje na několik cílových skupin. Jednou z nich jsou také senioři a osoby se zdravotním postižením. Pro tyto oblasti si daný plán stanovil 6 priorit, kterých se bude snažit docílit. Na seniory jsou především zaměřeny první 2 priority, a to snaha o rozvoj stávajících pobytových sociálních služeb s ohledem na potřeby veřejnosti Kyjovska a snaha o rozvoj sociálních služeb podporující setrvání seniorů v domácím prostředí.

Priorita č.1: rozvoj stávajících pobytových sociálních služeb s ohledem na potřeby veřejnosti Kyjovska. Tato priorita vznikla na základě nedostačující kapacity míst v pobytových zařízeních. Poptávka po umístění seniorů do domovů pro seniory se zvyšuje, žadatelů je stále více, a tím se prodlužují čekací lhůty. Nový uživatel přichází do zařízení v okamžiku, kdy přirozeným úbytkem obyvatelstva – smrtí druhého uživatele, vznikne nové volné místo. Což je z pohledu zabezpečení člověka ve stáří, kdy se o něj nemá kdo postarat, nedostačující. V současné době nepřichází do zařízení pouze osoby, které nemají blízké příbuzné, kteří by dopřáli své stařence či stařečkovi klidné dožití v domácím prostředí, ale také osoby, které si žádají o umístění ze strachu, že se o ně rodina nebude moci postarat či nebude mít zájem se postarat. To je důsledek stále se zvyšujícího počtu uchazečů. Proto priorita č. 1 v sobě zahrnuje taková 3 opatření, aby se stávající situace mohla v regionu Kyjovsko pozvolna zlepšovat. Opatření:

- rozšíření kapacity a zachování sociální služby Domova pro seniory (nyní probíhají stavební práce na rozšíření budovy zařízení, kde by mělo vzniknout 80 míst pro nové uživatele)

- rozšíření kapacity a zachování sociální služby Domova se zvláštním režimem (nyní probíhají stavební práce na rozšíření budovy, kde by mělo vzniknout 46 míst pro nové uživatele)
- podpora dobrovolnické služby v pobytových sociálních službách pro seniory

Priorita č. 2: rozvoj sociálních služeb podporující setrvání seniorů v domácím prostředí. Jedná se o velmi důležitou prioritu pro občany Kyjovska, jelikož sebou přináší nový druh služby, která doposud na Kyjovsku chyběla – odlehčovací služby. Tato forma služeb umožňuje a podporuje setrvání seniora v domácím přirozeném prostředí. Nově má vzniknout 5 lůžek sloužící seniorům v průběhu celého roku. Pobyt by však neměl být delší než tři měsíce. Je to především významný krok pro pečující osoby, který si tak budou moci odpočinout a načerpat nové síly pro péči o své milované. Daná priorita má pouze jedno, za to stěžejní opatření, a to samotný vznik odlehčovacích služeb.

Region Kyjovsko neznamená, že služby jsou soustředěny jen do města Kyjova. I okolních 41 obcí nabízí svým občanům řadu služeb, které poskytují místní či vzdálenější organizace. Kompletní přehled organizací, které pomáhají občanům Kyjovska, nalezneme v Adresáři organizací pomáhajících občanům Kyjovska. Adresář je možné najít na internetových stránkách města Kyjova. Pro ukázkou uvádím některé organizace poskytující služby (pobytové, ambulantní, terénní) seniorům regionu Kyjovsko. V rámci místní charity jsou to: Charitní dům pokojného stáří v Čeložnicích, Charitní pečovatelské služby v Kyjově, Vracově, Svatobořicích – Mistříně. V rámci Centra služeb pro seniory Kyjov: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. V rámci Oblastní charity Hodonín: pečovatelská služba v Šardicích a Ždánicích. Město Bzenec poskytuje služby seniorům prostřednictvím Pečovatelské služby ve Bzenci. Dále na Kyjovsku působí SONS – ČR a sociální poradna SONS Kyjov, Svaz tělesně postižených v ČR (organizace v Kyjově, Vracově, Svatobořicích - Mistříně) (srov. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku, Adresář organizací pomáhajících občanům Kyjovska, www.mestokyjov.cz).

5.3 Oslovení respondenti, realizace výzkumu

Při výběru osob do svého výzkumu sehrála důležitou roli má profese. Pracuji jako sociální pracovnice ve státní instituci a mou náplní práce jsou senioři a handicapované osoby. Jsem terénní pracovnice a denně docházím do domácností a sociálních zařízení, kde se setkávám s lidmi různého onemocnění či handicapu. Vyjímkou nejsou ani lidé s demencí. Pro svůj výzkum jsem nejen oslovila seniory s demencí a jejich pečující osoby ze svého okolí, ale také seniory s demencí žijící v zařízení poskytující sociální služby.

5.3.1 Kazuistika č. 1

Jméno: A. V.

Fyzický věk: 83 let

Pohlaví: žena

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v malé obci na jižní Moravě v roce 1929. Narodila se do úplné rodiny. Otec byl obuvník, matka ženou v domácnosti. Klientka pocházela ze tří sourozenců, byla nejstarším dítětem. Měla dva sourozence – bratra a sestru. Spolu s rodiči a sourozenci žila v malém přízemním domě až do svatby. Po ukončení školní docházky nastoupila ihned do zaměstnání, nevyučila se. Pracovala v nedalekém městě jako dělnice v závodě na překližky a díhy. V roce 1946 poznala svého budoucího manžela, za kterého se v roce 1949 provdala. S manželem měli harmonické manželství. V témže roce se odstěhovala ze své rodné obce a začala žít s manželem ve 3 km vzdáleném městě. Zde žili v bytovém domě na předměstí. Jednalo se o dům místní továrny, kde manžel pracoval. Klientka stále pracovala v původním zaměstnání, a to až do doby, než se jí narodilo první dítě. Rok po svatbě se manželům narodil syn a o čtyři roky později dcera. Až do roku 1968 byla ženou v domácnosti a věnovala se výchově dětí. Poté se vrátila do svého zaměstnání, kde opět pracovala jako dělnice. Zde setrvala až do odchodu do starobního důchodu. Do starobního důchodu šla v 55 letech, avšak nepřestala být pracovně činná. Pracovala

jako pomocná síla v místní mateřské školce. V zaměstnání vydržela dva roky, až do příchodu svého pátého vnoučete. V této době se začala věnovat vnoučatům a pomáhala svým dětem s jejich výchovou. V roce 1984 ovdověla a žila dlouhou dobu sama. V 62 letech potkala přítele z mládí, který byl také vdovec a začali se scházet, později spolu žít. Žili spolu v klientčině bytě. Rodina klientky nového partnera přijala. Od úmrtí partnera, v roce 1999, žije klientka sama.

Rodinná anamnéza

V roce 1949 se provdala a s manželem žila po celý život, až do jeho úmrtí. Poté, v roce 1992, potkala svého druhého partnera, se kterým žila do roku 1999. Také zemřel. Nyní žije sama bez partnera. S manželem spolu vychovali dvě děti – syna a dceru. Syn žije ve městě, kde žila také klientka. Dcera žije v 18 km vzdáleném městě a pravidelně za matkou dojížděla s rodinou (nyní žije klientka u dcery). Syn ji občas navštěvuje. Celkem má 5 vnoučat a 6 pravnoučat.

Zdravotní stav

V roce 1977 klientka prodělala infarkt myokardu. Po ukončení léčení se žena opět vrátila do zaměstnání. Od této doby neměla žena žádné vážnější onemocnění až do roku 2002, kdy jí bylo diagnostikováno onkologické onemocnění. Nyní je onemocnění v klidovém období a žena dojíždí na pravidelné lékařské prohlídky. V roce 2004 žena upadla na náledí a způsobila si úraz hlavy. Dlouhou dobu byla hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení. Po ukončení hospitalizace o ženu začala pečovat dcera, která za péči dojížděla, aby matce pomohla vrátit se zpět do každodenního života. V roce 2008 začala dcera u matky pozorovat první projevy zapomínání a zmatenosti. Tyto stavy však přisuzovala věku. Po roce, kdy se objevily první příznaky, vyhledala dcera odbornou pomoc a klientce byla diagnostikována Alzheimerova choroba. V současné době je klientka udržována pomocí léků, avšak onemocnění, dle sdělení dcery, neustále progreduje. Vzhledem k vzdálenosti bydliště dcery a nemožnosti poskytovat dostatečnou péči, si dcera ženu přestěhovala do svého obydlí, aby byla matce kdykoliv k dispozici a mohla jí tak zajistit veškerou potřebnou péči. Péče tedy probíhá v rámci domácnosti.

Klientka je především dezorientována v čase a prostoru. Členy rodiny dle sdělení dcery stále rozeznává. Vzhledem k tomu, že klientka nyní nežije ve svém rodném městě, osoby ze svého okolí nepoznává. Je inkontinentní. Nezvládá úkony spojené s osobní hygienou, nemá potřebu se mýt, měnit si čisté prádlo a šaty. Na vše musí dcera dohlížet. Pohybově omezená není, avšak potřebuje neustálý dozor. Kontakt s okolím je minimální.

Léčebný režim zajišťuje dcera (nachystání a podání léků, kontrola jejich užití). Pokud by nebyla kontrola, lék by klientka neužila. Doprovází ženu také k ošetřujícímu lékaři. Klientka pravidelně navštěvuje neurologii.

Do žádných aktivit mimo domov se seniorka nezapojuje. Dle počasí chodí klientka s dcerou na procházky. Má ráda hudbu – dechovky, které jí dcera denně po obědě pouští. Na návštěvy dochází vnučata s pravnoučaty. Jak dcera uvedla, sleduje na matce, že se těší z jejich přítomnosti. Má radost. Po jejich odchodu, je dle sdělení dcery „nabuzená“ a chce si obvykle povídat, ráda vzpomíná. Občas ji navštíví přátelé z rodného města, chtějí vědět, jak se jejich známé daří, avšak tyto návštěvy klientku znervózňují, ne vždy osoby rozpozná. Klientka je mírné povahy, výkyvy nálad se neobjevují. Klientka je poživatelkou starobního důchodu a také příspěvku na péči, který využívá na zajištění potřebné péče.

Doporučení

Pro klientku:

Klientka je mírné nekonfliktní povahy. Má ráda svou rodinu, těší se z návštěv vnučat. Doporučením pro klientku je nadále udržovat kontakt s blízkými, snažit se zapojit do konverzace, povídat si s nimi. Vzhledem k tomu, že si ráda povídá a vzpomíná, může zapamatované informace využít při komunikaci s dcerou, a to i v případě, že se bude jednat jen o útržky informací. Nebránit se také návštěvám přátel z mládí, se kterými může vzpomínat na doby, kdy byla svobodná, bezdětná, na doby, o kterých si nedokáže povídat s dcerou. Důležité je zapojení. Pokud ji určitá činnost zaujme, pokusit o zapojení do aktivity, nemít strach požádat dceru o pomoc.

Pro pečující osobu:

Při procházkách v okolí bydliště rozmlouvat o lidech žijících v okolí, o místech, která by mohla mít pro klientku význam a vzpomínat na doby dřívější. Tím bude docházet k procvičování paměti a klientka bude zapojována do konverzace. Hudba je významným prvkem v aktivizaci jedinců s Alzheimerovou chorobou. Je důležité udržovat daný zájem, a pokud je hudba pouštěna s pravidelností, umožňuje také časovou orientaci. Klientka si tak vždy uvědomí, že je odpoledne, protože jí dcera pustí dechovku. Jak dcera uvádí, má žena ráda přítomnost vnoučat. Dle sdělení, má jejich přítomnost na klientku příznivý vliv. Je vhodné po vzájemné dohodě např. zvýšit intervaly návštěv. Z kazuistiky je zřejmé, že klientka má ráda návštěvy. Dále, pokud je klientka nakloněná zapojit se do jednodušších činností, umožnit jí např. pomoci v kuchyni, při vaření, např. oloupat brambory.

5.3.2 Kazuistika č. 2

Jméno: B. S.

Fyzický věk: 80 let

Pohlaví: žena

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1932 v malém městě na jižní Moravě. Narodila se do úplné rodiny. Měla jednoho sourozence – staršího bratra. Otec pracoval jako kovář, matka byla kuchařkou. Žila s rodiči a bratrem v bytovém domě v centru města až do svatby. Vyučila se prodavačkou. Po ukončení studia začala pracovat v místních kasárnách v kantýně. Zde poznala také svého budoucího manžela. V 17 letech se vdávala a o rok později se jí narodil první syn, o dva roky později druhý syn. Manžel byl vojákem z povolání. Díky jeho zaměstnání často měnili bydliště. Žena nepracovala, byla ženou v domácnosti a věnovala se výchově synů. Ve třiceti letech, kdy se s manželem a dětmi opět vrátili do rodného města, začala studovat střední zdravotnickou školu v nedalekém městě. Po vystudování začala pracovat jako zdravotní sestra v nemocnici, kde setrvala až do starobního důchodu. Dle sdělení syna byla vzornou pracovnící, která byla v kolektivu velmi oblíbená. Do starobního důchodu šla žena v 55 letech, již nepracovala. Vzhledem k manželským neshodám se v roce 1970 manželství rozpadlo a klientka i s dětmi žila se

svou matkou, která byla později nemocná a žena ji do posledního dne opečovávala (otec klientky žil se svým synem, klientčíným bratrem, v Čechách, také kvůli manželským neshodám). V roce 1972 poznala svého druhého muže, číšníka, později vedoucího restaurace, kterého si v roce 1974 vzala za muže. Žili spolu v malém bytovém domě, v bytě, na okraji města. Byl to muž, se kterým žila v harmonickém vztahu až do dne jeho úmrtí. Manžel byl vážně nemocný a odkázán na péči druhé osoby, klientka jako zdravotní sestra, mu poskytovala veškerou potřebnou péči. V roce 2000 muž zemřel. Od té doby žije klientka ve společné domácnosti se svým synem, který se nikdy neoženil a neměl děti. Druhý syn žije se svou rodinou v nedaleké obci a ženu navštěvuje. Klientka má 3 vnoučata a 2 pravnoučata.

Rodinná anamnéza

V roce 1949 se provdala za svého prvního muže, se kterým měla 2 syny. Jelikož manželství nebylo harmonické, v roce 1970 se s manželem rozvedla a s dětmi žila u své matky. V roce 1974 se opět provdala, nyní za muže, se kterým měla velmi pěkný vztah a strávili spolu 26 let, až do dne, kdy manžel zemřel. Z prvního manželství má 2 syny. Starší ze synů žije s matkou ve společné domácnosti a poskytuje jí péči, je v invalidním důchodě, druhý syn žije v nedaleké obci a matku s rodinou navštěvuje, především o víkendech, jelikož je zaměstnaný. Starší syn se nikdy neoženil, klientka má vnoučata a pravnoučata pouze ze strany mladšího syna.

Zdravotní stav

Klientka po celý život neměla vážnější zdravotní problémy. Byla plná elánu a sil. Vždy měla více starostí nad svými blízkými než nad sebou. Do posledního dne se starala o svou matku i o svého druhého muže. V roce 1999, rok před úmrtím manžela, byla hospitalizovaná a podstoupila operaci srdce (bypass). V roce 2005 bylo u klientky diagnostikováno onkologické onemocnění a podstoupila řadu chemoterapií. V současné době je onemocnění v klidové fázi a klientka dochází na pravidelné kontrolní prohlídky.

V roce 2007 syn, který dojíždí k matce na návštěvy, začal na klientce pozorovat stavy občasně zmatenosti a dezorientace. Jak uvedl, přijel ke klientce o víkendu

na návštěvu a ta mu místo pozdravu odpověděla „Co tu děláš, vždyť si tu byl včera, nemusíš jezdit každý den“. Syn jí nedokázal vysvětlit, že se jednalo o minulou neděli. Povšiml si také mírných výkyvů nálad. Sdělil, že matka byla bezdůvodně nazlobená, po chvíli plakala a bylo jí vše líto, měla tendence se omlouvat za věci, které se staly v minulosti (vnímala je, že se staly nedávno, ne před 20 lety). Syn, který žije s matkou v domácnosti, tyto poznatky neměl a s bratrem se dostávali do neshod, jelikož odmítal podrobit matku lékařskému vyšetření. Stavý přisuzoval stáří. O dva roky později, kdy stavý zmatenosti, rozzlobenosti a lítosti, nabývaly na intenzitě a četnosti, se mladší bratr rozhodl, nyní i se souhlasem svého bratra, přivést ženu do ordinace specialisty, který diagnostikoval demenci již v pokročilém stádiu. Nyní je situace taková, že k dezorientaci a zmatenosti se přidala i neschopnost pečovat o vlastní osobu, především v oblasti osobní hygieny. Pohybové omezení je částečné, klientka v roce 2011 prodělala operaci kyčelního kloubu. Při chůzi používá francouzskou hůl a bez doprovodu druhé osoby z domu nevychází. Když je hezké počasí, syn s ní chodí na krátké procházky okolo domu. Sama, bez dohledu, ven nechodí. Syn uvedl, že matka neví, kde se nachází, při výhledu z okna nepoznává okolí, ptá se syna na sousedy, kdo jsou, nedokáže pojmenovat věci okolo sebe, nevzpomíná si na jména svých vnoučat, pravnoučat. Jediné, co si uvědomuje je, že má 2 syny a že manžel zemřel. Stále však čeká na maminku, aby jí mohla říct, že tatínek se odstěhoval do Čech. Pokud ji tato myšlenka drží delší dobu, upadá do lítosti, později se rozzlobí, nechce přijmout informaci, že rodiče nežijí. Klientka se odmítá zapojovat do jakýchkoliv aktivit. Z domu nerada vychází, má ráda svůj klid, většinu času tráví u okna a pozoruje okolní dění, a to i přesto, že je pro ni díky onemocnění cizí. Dříve ráda pletla a háčkovala, nyní neví, jak vidlice na pletení uchopit, jak s nimi manipulovat. Měla v oblibě dokumentární pořady, na které si vždy udělala čas, v současné době jí syn pouští televizi či rádio pouze jako kulisu, její zájem zcela upadl.

Léčebný režim má v rukou syn klientky, který s ní žije ve společné domácnosti. Syn musí léky nachystat, vložit je klientce přímo do úst a počkat na jejich polknutí. Odmítala užívání léků, záměrně si je zapomínala vzít. Proto syn přistoupil k dané variantě. Ošetřující lékař navštěvuje domácnost, k odborným lékařům ji syn dopravuje.

Jak jeden ze synů sdělil, zdravotní stav klientky je již delší dobu neměnný, vyznačuje se apatičností. Klientka je poživatelkou starobního důchodu a také příspěvku na péči, který využívá na zajištění potřebné péče.

Doporučení

Pro klientku:

Jak z kazuistiky vyplývá, klientka je zcela bez zájmu. Do žádných aktivit se nezapojuje. Vyznačuje se apatičností. Pokud má však jeden z lepších dnů, svolí ke krátké procházce. Jelikož klientka nejeví zájem o žádné aktivity a zapojení do různých činností, je na synech, aby matku vedli k určité aktivizaci, která odpovídá zdravotnímu stavu a momentálnímu rozpoložení klientky.

Pro pečující osobu:

Doporučila bych pečující osobě zapojit ženu do komunikace, mluvit s ní o jejím okolí, říkat jí jména osob, které zrovna potkali, ukazovat jí místa v jejím okolí, spojovat je s událostmi z minulosti a nabudit tak v klientce možné vzpomínky. V domácnosti, v situaci, kdy klientka sedí u okna, přisednout si k ní a opět pozorovat dění, případně vyvolávat vzpomínky, hovořit o počasí, o ročním období, o denní době tak, aby byla klientka zapojena do komunikace, aby si mohla např. uvědomit, že když padá listí, že je podzim a bude dříve tma. Syn by měl také hovořit o ostatních členech rodiny, často opakovat jejich jména, aby klientka věděla nejen to, že má 2 syny, ale i to, že má vnoučata a pravnoučata. V situaci, kdy klientka sleduje televizi, snažit se ji zapojit do konverzace nad pořadem, který právě běží. Snažit se vyhnout tomu, aby televize neměla funkci jen jako kulisa.

5.3.3 Kazuistika č. 3

Jméno: J. V.

Fyzický věk: 85 let

Pohlaví: muž

Osobní anamnéza

Klient se narodil v roce 1927 na jižní Moravě. Spolu s rodiči žil od svého narození ve městě, obývali rodinný dům. Byl vytoužené jediné dítě. Otec pracoval jako topič v cihelně, matka byla dělnicí. Po ukončení základní školy začal klient pracovat v téže cihelně, jako pracoval jeho otec. Zde setrval až do odchodu do starobního důchodu. Již na základní škole poznal svou budoucí manželku. Byla to přítelkyně z dětství, kterou si později, v roce 1947 vzal za ženu. Měli harmonické manželství. Společně vychovali dvě děti – syna a dceru. Manželka se věnovala výchově dětí, později pracovala v místní cihelně jako její muž. Žili spolu v malém přízemním domě, v rodném městě klienta. Klient byl zodpovědný a pracovitý zaměstnanec, všichni si ho vážili. Svého času byla cihelna na vysoké úrovni, technologii výroby se přijížděli do továrny učit i pracovníci zahraničních podniků. Jelikož byl klient zkušený pracovník, byl vybrán do týmu, který měl odcestovat na Srí Lanku, pomoci vybudovat cihelnu a učit místní dělníky výrobě cihel. Jako doprovod si měl sebou vzít svou manželku. Jednalo se o pobyt na 2 roky. Děti měly zůstat u prarodičů a po roce odcestovat za svými rodiči. Cesta se plánovala dlouhé měsíce, avšak nakonec z ní sešlo, jelikož na území Srí Lanky vypukly občanské nepokoje. Celá rodina tedy zůstala po hromadě. Po odchodu do starobního důchodu, kdy bylo klientovi 60 let, si udělal řidičské oprávnění, koupil si první automobil a začali s manželkou cestovat po České republice. Jak uvádí dcera, vždy to byl jeho sen. Radost mu dělaly a dodnes dělají vnoučata. Těší se z jejich přítomnosti, dodávají mu chuť do života. Díky němu měly vždy vnoučata naplněné jakékoliv prázdniny. Klient je často vozil na výlety. V 75 letech ovdověl, manželka zemřela na onkologické onemocnění. Společnost mu dělají jeho děti, které ho navštěvují a v současné době i pečují, a jeho pes, kterého si pořídil po úmrtí manželky, aby nebyl v domě sám.

Rodinná anamnéza

V roce 1947 se oženil se svou přítelkyní z dětství. O dva roky později se jim narodilo první dítě – dcera, o tři roky později syn. Jednalo se o funkční manželství, žádné rodinné neshody nejsou uváděny. Manželka zemřela v 73 letech. Obě děti zůstaly se svými rodinami v rodném městě. Dcera žije v téže ulici, jako stojí dům otce, syn žije na předměstí. Dcera pracovala jako zdravotní sestra, nyní je ve starobním důchodě, syn je pokračovatelem svého otce i děda a je zaměstnán v cihelně. Klient má 5 vnoučat a 4 pravnoučata.

Zdravotní stav

Cely svůj život se klient potýkal s vysokým krevním tlakem. Vážnější zdravotní problémy po čas svého aktivního života neměl. Ani po odchodu do starobního důchodu se zdravotní komplikace neobjevily. Až do 72 let aktivně řídil automobil. Po úmrtí manželky se u klienta začaly projevovat úzkostné stavy. Vzhledem k tomu, že měli harmonický vztah, nedokázal se s její smrtí smířit. Najednou zůstal v domácnosti sám. O domácnost se vždy starala klientova žena, nedokázal obsloužit pračku, uvařit si jídla, která miloval, to vše ho dostávalo do neklidu. Dcera, která žije nedaleko, k otci denně docházela a tyto činnosti zajišťovala. I přesto byl klient apatický. Pořídil si psa, na kterého se upnul a začal s ním chodit na procházky. Jak dcera uvedla, otec měl ke svému psovi velmi silné citové pouto. V 78 letech prodělal první mozkovou příhodu, o dva roky později následovala další. Klient se stal závislý na péči své dcery, jelikož druhá mozková mrtvice ho omezila v pohybu. Jeho chůze byla pomocí 2 francouzských holí, šouravá, z domu již nevycházel, za doprovodu druhé osoby si došel na dvůr (jsou zde 2 schody), kde se posadil na židli. Společnost mu dělal stále jeho pes.

V zimě, v roce 2010, začala rodina na klientovi pozorovat mírné projevy zmatenosti a dezorientace. Vzhledem již k dosavadní péči o otce, kdy dcera zajišťovala činnosti spojené s péčí o klientovu osobu a soběstačností, které byly sníženy v důsledku pohybového omezení, bylo potřeba, aby dcera u otce přespávala. Byly dny, kdy ji vystřídal rodina syna, avšak těch bylo pomálu, spíše o víkendech. Jak dcera uvedla, nechtěla si otce přestěhovat do svého domu, nechtěla ho jakoby „vytrhnout“ ze svého přirozeného prostředí. Tím, že dcera trávila celé dny i noci u otce, mohla pozorovat

i další nové skutečnosti. Jak sama uvádí, do půl roku od prvního zpozorování zmatenosti, se četnost jeho výkyvů zvyšovala. V noci volal manželku, upadal do úzkostí, ráno si nic nepamatoval, vnoučata jmenoval jinými jmény, nevěděl, které jsou to vnoučata, zda od syna či dcery. Pravnoučata vnímal jako „něčí děti“, na svého psa přestal volat jménem, začal ho oslovovat pse. Když si přes den pospal, nedokázal se pak zorientovat, volal na dceru, ať mu pomůže s ranní hygienou a dá mu snídani. Po domácnosti bloudil, bez pomoci dcery netrefil do koupelny ani na toaletu. Nevěděl, kudy vedou dveře na dvůr. Po poradě dcery s ošetřujícím lékařem, byl muž objednan na odborné vyšetření. Na podzim roku 2011 byla klientovi diagnostikována Alzheimerova choroba. Klientovi byla nasazena léčba, nad kterou měla mít dcera kontrolu.

Léčebný režim tedy zajišťuje dcera, která léky otci pravidelně podává. Otec si své onemocnění neuvědomuje, dle jeho názoru je zdravý a léky užívat nepotřebuje. Jak dcera uvedla, otec léky odmítá a vyplivuje je. Dcera vždy musí počkat na polknutí léků. Říká, že je to nejtěžší část dne, protože otec je vzdorovitý a léky zkrátka nechce.

Současná situace je taková, že je klient plně odkázán na péči své dcery. Stal se zcela nepohyblivý a inkontinentní. Veškerá hygiena probíhá na lůžku. Stravu mu dcera donáší do lůžka a pomáhá mu se najíst. Jak dcera uvádí, již ji nepoznává, oslovuje ji jménem své manželky, vrací se do období mládí, do doby, kdy si vzal svou ženu. O dětech nemluví. Úmrtí manželky si neuvědomuje. Občas má v průběhu dne světlé chvíle, kdy si část současnosti uvědomí, je úzkostný a pláče. Vzdorovitost přetrvává, však jen v oblasti užívání léků. Do žádných aktivit se není schopen zapojit. Klient je poživitelem starobního důchodu a příspěvku na péči.

Doporučení

Pro klienta:

Vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta, již není možnost ho zapojit do aktivizačních činností. Muž je zcela odkázán na péči druhé osoby – dcery. Zde je na místě zajištění kvalitní a dostatečné péče.

Pro pečující osobu:

Doporučila bych vytvořit např. hudební kulisu, aby neměl klient pocit osamocení. Dále by bylo vhodné, aby dcera na otce mluvila, říkala mu co je za den, jaké je venku počasí, co bude mít k obědu, kdy ho navštíví vnoučata, pojmenovávala činnosti, které zrovna dělá či musí udělat. Snažit se alespoň částečně klienta zapojit do každodenního dění.

5.3.4 Kazuistika č. 4

Jméno: J. B.

Fyzický věk: 77 let

Pohlaví: muž

Osobní anamnéza

Klient se narodil v roce 1935 v malé obci na jižní Moravě. Vyrůstal v úplné rodině. Měl 4 sourozence, byl druhým dítětem v pořadí. Otec pracoval jako soukromník, byl kolářem, později musel činnost ukončit a začal pracovat v JZD. Matka byla dělnicí v JZD. Rodiče měli harmonické manželství. Po ukončení základní školy začal klient studovat zámečnictví, vyučil se zámečníkem. Celý svůj život pracoval ve šroubárně jako nástrojář. Do zaměstnání denně z rodné obce dojížděl. V původním zaměstnání zůstal až do odchodu do starobního důchodu. V roce 1960 poznal svou budoucí ženu, taktéž pracovala ve šroubárně. V roce 1962 se oženil. V témže roce se s manželkou přestěhovali do nedalekého města, kde oba pracovali. O rok později se manželům narodil první syn, 7 let poté syn druhý. Jak syn uvádí, měli harmonické manželství. Celý život prožil klient aktivně. Byl vinařem, myslivcem, zahrádkářem, dokonce měl i holuby. Rád se zúčastňoval výstav, plesů, jezdil s manželkou na zájezdy. Vinařství byla jeho láska již od samého mládí. Rodiče měli vinohrad a syna vedli jako svého nástupce. Jeho koníčkem byla starostlivost o vinohrad a výroba vína, měl také vlastní vinný sklep. I po odchodu do starobního důchodu byl stále čilý a pracoval. Pomáhal v dílně na výrobu historických kol, pracoval v podniku na výrobu plastů či v podniku, který byl zaměřen na výrobu kovového zahradního nábytku. Klient byl vždy plný sil, rodinný dům pro svou rodinu postavil vlastníma rukama, taktéž vinný sklep. Vždy si uměl čas uspořádat tak, aby mu

zbyla chvilka pro sebe a své koníčky. V pokročilém věku si také udělal řidičské oprávnění, avšak nikdy nedal dopustit na své kolo.

Rodinná anamnéza

Klient se narodil do úplné rodiny, měl 4 sourozence. V roce 1962 se oženil se svou kolegyní ze zaměstnání. V roce 1963 a 1970 se manželům narodili 2 synové. Starší ze synů se nikdy neoženil a zůstal žít ve společné domácnosti se svými rodiči. Mladší ze synů žije se svou rodinou nedaleko domu rodičů. Klient má pouze jednoho vnuka. Mladší syn denně k rodičům dochází a pomáhá otci s jeho vinohradem. Tak jako klienta zaučoval jeho otec, on zaučuje svého syna. I přes Alzheimerovu chorobu dokáže klient provádět činnosti spojené s obhospodařováním vinohradu a radit svému synovi. Starší ze synů je malířem obrazů a je spíše samotář, který celé dny tráví ve své dílně.

Zdravotní stav

Jak syn uvádí, otec neměl v životě žádné zdravotní komplikace, avšak dodává, že klient nechodil k lékařům. Nepovažoval to za nutné či důležité. Po odchodu do starobního důchodu žil aktivně. V roce 2001 nastal v jeho zdravotním stavu zlom, klient spadl na zahradě ze žebře, byl dlouhou dobu hospitalizován. Jelikož prošel řadou vyšetření, byla mu zjištěna prostata, kýla a dna. Nikdy neužíval léky, i nachlazení léčil čajem, medem a peřinou. Nemohl si zvyknout, že musí užívat léky, bylo to, dle slov syna, pro otce ponižující, protože vždy žil v představě, že jemu nemoci nehrozí. V roce 2006 prodělal operaci kýly.

Rok 2006 se stal pro klienta zlomový. Po zmíněné operaci začala rodina na klientovi pozorovat známky dezorientace a zmatenosti. Nejprve tyto příznaky přisuzovali operaci a nemocničnímu prostředí, avšak po návrtu do domácnosti tyto stavy přetrvávaly. Jak uvádí manželka, klient běžně v noci vstal z lůžka a začal se oblékat, na otázku kam se obléká, bylo sděleno „no kam, jdu do vinohradu“. K lehnutí klienta zpět do lůžka přiměla až venku zpozorovaná tma. Snacha dále uvádí, že když ji klient navštívil v prodejně, kde pracovala, považoval ji za její kolegyni a ptal se jí, kde je snacha, že s ní potřebuje mluvit. Nereagoval na informaci „to jsem já, co potřebujete“. Vždy jen mávl

rukou a odešel. U klienta se začala projevovat dezorientace v čase, prostoru a v osobě. Výrazná je také zmatenost a neschopnost vyjádřit se. Klient nedokázal popsát, co celý den dělal, kde byl, kam chce jít, co chce udělat. Manželka sdělila, že muž nerozpoznal hodnotu peněz, když ho poslala nakoupit základní potraviny, nakoupil za všechny peníze jen nepotřebné věci, a to, pro co ho poslala, nedonesl. V tomto duchu se nesly 3 roky. Rodina mladšího syna sice pozorovala tyto projevy, avšak manželka a syn žijící ve společné domácnosti je přisuzovaly stáří se slovy „není to tak často“. V roce 2012, kdy se klient vracel z vinohradu, upadl na kole a měl úraz hlavy. Zde, jak syn uvádí, nastala prudká změna, kdy otec po návratu z nemocnice přestal zvládat činnosti spojené s péčí o vlastní osobu a začal vyžadovat dohled. Zmatenost a dezorientace se prohloubily. V listopadu 2012, po poradě s ošetřující lékařkou, bylo klientovi doporučeno psychologické vyšetření. Odtud byl klient po vyšetření nasměrován na neurologii, kde mu byla diagnostikována pokročilá fáze demence. Po pohybové stránce byl a dodnes je klient stále čilý. Žádné pohybové omezení rodina neuvádí. Klient však musí mít při pohybu po venku doprovod, jelikož netrefí zpět domů.

Léky chystá a podává manželka klienta, která také dohlíží na správné užití. Již se stalo, že klient lék vyplivnul a manželka jej našla za nočním stolem.

V současné době, jak syn klienta uvádí, pozorují na otci každodenní zhoršení. Dle lékařů bylo onemocnění pozdě diagnostikováno a léčba již není tak účinná. Léky byly po pravidelné lékařské prohlídce nahrazeny silnějšími, i přesto rodina pozoruje, jak se jejich manžel, otec a děd mění. Pokud by nebyl upozorněn na hygienu, neprovedl by ji. Značně začal používat vulgarismy a své chování doplňuje citoslovci. Směje se sám sobě. Je vzdorovitý, někdy až agresivní a vždy musí mít pravdu, musí být nejlepší. Pokud zavelí, všichni jej musí poslechnout, avšak za 5 minut svůj požadavek ruší, protože zapomene, proč ostatní svolal. Rozpozná pouze manželku a syny. Manželku mladšího syna a svého jediného vnuka oslovuje „paní“ a „děčko“. Klient je poživitelem starobního důchodu a v současné době má v řízení příspěvek na péči.

Doporučení

Pro klienta:

Jelikož není klient pohybově omezený, má možnost vykonávat činnosti, které mu po celý život přinášely radost. Je však nezbytné, aby u těchto aktivit měl dohled druhé osoby, která bude klienta doprovázet. Jak sám klient uvádí, jeho láskou je stále vinohrad, který hodlá předat synovi. Také rád pracuje na zahradě za domem a na dvoře. Pokud práce ve vinohradu či na zahradě přináší klientovi uspokojení, měl by dbát o to, aby mu tato činnost co nejdéle vydržela a mohl být v ní aktivní. Klient by se měl snažit zapojit i do společnosti, pokud rád navštěvoval výstavy či plesy, mohl by je s rodinou opět začít vyhledávat. Vhodné by také bylo zvýšit intervaly návštěv příbuzných a přátel ze spolků, tím by byla procvičována paměť a klient by si osvěžil vzpomínky, vzbudil v sobě nový či zapomenutý zájem o aktivitu.

Pro pečující osobu:

Pečující osoba by se především měla snažit klienta v činnostech podporovat. Nenechávat ho při aktivitě samotného, ale být mu nápomocna. Důležitá je podpora aktivity. I když je klient vzdorovitý a vůdčí typ, měla by se pečující osoba snažit klienta směřovat správným směrem, aby nedocházelo k situacím, kdy klient pracuje celý den na zahradě, avšak jeho činnost nemá smysl. Jak syn uvádí, otec je schopen pracovat celý den na dvoře a přenášet věci z jednoho místa na druhé a zase zpět. Přestože je zabaven na celé odpoledne, jeho činnost je bezúčelná. Dále bych doporučila chodit s klientem na procházky po okolí, na místa, na která se vážou vzpomínky, informovat ho sousedech a o novinkách v místě bydliště, ukazovat a popisovat mu cestu, která vede domů. Pokud byl klient zvyklý chodit do společnosti, synové by si měli udělat čas a otce doprovodit např. na výstavu holubů.

5.3.5 Kazuistika č. 5

Jméno: L. P.

Fyzický věk: 83 let

Pohlaví: žena

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v malé obci na jižní Moravě v roce 1929. Otec byl zemědělec – vinař, matka byla ženou v domácnosti, jelikož vychovávala 6 dětí. Klientka byla 3 dítě v pořadí, byla jedinou dcerou. Žila v úplné rodině, rodiče měli harmonické manželství. Po ukončení základní školy začala ihned pracovat. Pracovala taktéž v zemědělství. Starala se o dobytek, pracovala v kravíně. Svého budoucího manžela poznala na oslavě, tehdy se psal rok 1951. O dva roky později se za muže provdala. Žila s manželem v rodné obci. Stále byla zaměstnaná ve svém původním zaměstnání, manžel pracoval jako kuchař, později jako řidič nákladního vozidla v témže podniku jako jeho žena. Později začala žena pracovat jako prodavačka ve smíšeném zboží, zde setrvala až do odchodu do starobního důchodu. Vzhledem ke zdravotním problémům manžela, neměli žádné děti. Žena se musela s touto skutečností dlouho smířovat, vždy si děti přála, ale svého manžela nikdy neopustila. Žili spolu 40 let, až do manželova úmrtí. Klientka v roce 1993 ovdověla a již si žádného muže nehledala, zůstala sama. Její jedinou rodinou byli sourozenci, kteří však měli své životy, své rodiny a s klientkou se setkávali zřídka. Protože žila v rodné obci, měla zde spoustu přátel, se kterými se navštěvovala. Nejbližší vztah měla ke své sousedce, která byla o 20 let mladší. S ní se navštěvovala a se vším svěřovala. Jak klientka uvádí, byla jako její sestra, kterou nikdy neměla. V době, kdy manžel zemřel, se nejprve uzavřela do sebe, komunikovala minimálně, z domu nevycházela. Později, kdy jí přítomnost druhých začala chybět, naopak se zúčastňovala různých besed pro seniory, zapojovala se do organizování akcí, které pořádala obec, chodila do sboru, protože velmi ráda zpívala (dodnes si ráda zapívá), pomáhala s úklidem a výzdobou kostela. Vyhledávala společnost druhých. S rodinou byla v kontaktu spíše méně, na návštěvy docházel pouze bratr s ženou z téže obce. Ostatní příbuzní se odstěhovali a do rodné obce přijížděli zřídka. Klientka žila do 80 let v domě, který si postavila s manželem. O to těžší byl její odchod a přestěhování do zařízení pro seniory.

Rodinná anamnéza

Klientka pocházela z 6 dětí. Byla jedinou dcerou. V roce 1953 se klientka provdala za svého tehdejšího přítele, se kterým měla harmonické manželství, které si však muselo projít složitou životní situací. Jelikož měl manžel zdravotní problémy, nemohli mít spolu děti. Byla to těžká zkouška pro manželství, ve kterém oba manželé obstáli. V roce 1993 manžel zemřel a žena zůstala sama, jiného muže již nehledala. Vždy měla okolo sebe přátele, kteří jí život vyplňovali. V současné době je v kontaktu se svým bratrem, který žije ve stejné obci, jako žila klientka a se svou sousedkou, která o ni dlouhou dobu pečovala a byla jí oporou.

Zdravotní stav

Klientka neměla po celý svůj žádný závažnější zdravotní problémy. I po odchodu do starobního důchodu žila aktivním životem. První zdravotní komplikací byla mozková mrtvice, kterou žadatelka prodělala 75 letech. Přidalo se také onemocnění srdce. Po těchto zdravotních problémech klientce značně ubylo sil, avšak snažila stále být soběstačnou. S chodem domácnosti jí pomáhala sousedka. Jinou pomoc nepotřebovala.

Po uplynutí dvou let od doby, kdy klientka prodělala mozkovou mrtvici, začala sousedka na ženě pozorovat určitou zmatenost a dezorientaci, především v čase, později i v prostoru. Z počátku si klientka byla všeho vědoma, uvědomovala si, že s ní není něco v pořádku, a to v ní vyvolávalo neklid a stud. Snažila se všemožně „maskovat“ její potíže, avšak sousedka žila příliš blízko, aby si toho nevšimla. Jelikož byly přítelkyně, klientka se jí svěřila se svými postřehy. Sousedka měla zkušenosti s demencí ze svého blízkého okolí (její babička jí onemocněla), proto klientce doporučila vyšetření u odborného lékaře. Chtěla mít jistotu, zda se jedná jen o běžné projevy stáří či o demenci. Sousedka klientku k lékaři doprovodila. Lékař klientce v 78 letech diagnostikoval Alzheimerovu chorobu a byly jí nasazeny léky. Jelikož s nejbližší rodinou se příliš nestýkala, sousedka se ujala péče a dohledu. Nejprve se jednalo o mírné projevy zmatenosti, zapomínání a dezorientace, kdy klientka potřebovala především dohled a kontrolu např. při užívání léků, při manipulaci se spotřebiči, při pohybu mimo domov. Později začala klientka bloudit i po vlastním domě, zapomínala, kam si odložila věci, peníze, potraviny, které patřily do lednice, nechávala v kuchyni

na stole, v létě vycházela z domu v čepici, neuměla si vybrat vhodnost šatů a správně je vrstvit, pokud sousedka nedohlédla na stravu, klientka nepocítovala pocit hladu a tím nejedla, začala mít problémy s osobní hygienou. Vzhledem k tomu, že sousedka měla svou rodinu, o kterou se musela postarat a vzhledem k zhoršujícímu zdravotnímu stavu klientky, sousedka přestávala péči a kontrolu zvládat. Nemohla veškerý svůj čas trávit v domácnosti klientky a dohlížet nad všemi činnostmi, které žena prováděla. Po vyřízení příspěvku na péči, podala klientka s pomocí sousedky žádost do pobytového sociálního zařízení – domova se zvláštním režimem.

V domě se zvláštním režimem žije klientka od svých 80 let. K tomuto kroku přistoupila z důvodu, že již nemohla žít v domácnosti sama a neměla nikoho, kdo by se o ni celodenně postaral. V zařízení je jí poskytována komplexní péče, kterou klientka vzhledem ke svému onemocnění vyžaduje. Klientce je zajištěna péče v oblasti stravy, osobní hygieny, podávání léků, pečující personál jí pomáhá správně se obléci, zajistí také úkony spojené s úklidem pokoje, opráním prádla, výměnou lůžkovin. Klientka obývá dvoulůžkový pokoj, který sdílí se spolubydlící obdobného onemocnění. Na dveřích je umístěn obrázek pro lepší orientaci a rozpoznání svého pokoje. Klientka je částečně omezena v pohybu, vzhledem věku a úbytku sil se pohybuje o jedné francouzské holi.

Jelikož je klientka pohybujícím se uživatelem pobytového zařízení, má možnost zapojit se do aktivit, které zařízení nabízí. Klientka byla vždy mírné, klidné povahy a byla ráda mezi lidmi, proto se se zájmem účastní aktivizační programů. Zapojuje se do ergoterapie, do kroužku vaření, kdy pod dohledem aktivizačního pracovníka vaří společně s ostatními uživateli jednoduché pokrmy, jednou týdně navštěvuje pěvecký sbor. Pokud je v zařízení koncert či jiné posezení s ostatními uživateli, ráda se zúčastní. Důležité je upozornit, že klientka žádnou z těchto činností neprovádí sama, vždy je nutný doprovod na místo, kde se aktivita má uskutečnit. V důsledku dezorientace v prostoru, není klientka schopna dojít do jídelny, sborovny, dílen. Jediným místem, kde se částečně orientuje je patro, kde má svůj pokoj (patro je vymalováno zelenou barvou, na dveřích je obrázek).

Nad léčebným režimem dohlíží zdravotnický personál zařízení, který léky klientce pravidelně podává. Klientka léky neodmítá, nemá problémy s jejich užíváním, vnímá to jako nutnost.

V současné době je stav klientky neměnný, její onemocnění se především vyznačuje zmateností a dezorientací v čase a prostoru. Osoby, s nimiž se denně setkává, rozpozná, pojmenuje. Pokud přijdou na návštěvu příbuzní, chvíli přemýšlí, avšak nakonec si vzpomene. Sousedka za ní dochází na pravidelné návštěvy. Pečující personál denně klientce oznamuje, co je za den. Pokud je sobota, klientka si uvědomí, že přijde na návštěvu Maruška. Jak již bylo výše uvedeno, klientka je mírné povahy, má ráda kolektiv, je nekonfliktní.

Doporučení

Pro klientku:

Nadále se udržovat v kontaktu s ostatními uživateli, snažit se i přes své onemocnění být aktivní v činnostech, které přináší uspokojení a dobrý pocit. Objevovat a využívat další možnosti aktivizace, které zařízení klientce nabízí např. cvičení pod dohledem rehabilitační sestry, aby byla co nejdéle zachována pohyblivost klientky, hraní společenských her pro procvičení paměti např. pexeso.

Pro personál zařízení:

Snažit se v klientce vzbudit zájem o další nabízené aktivity a činnosti. Ukázat ji možná pozitiva prováděných aktivit. Rozvrhnout si čas na klienta tak, aby byl do maximální míry využit. Jedinci s Alzheimerovou chorobou vyžadují větší pozornost a vysvětlování, nestačí jen ukázka činnosti. Je nutné klienta v činnosti vést, řídit, kontrolovat, chválit za uspokojivý výsledek. Neříkat mu, že činnost provádí nesprávným způsobem, ale opětovně mu ukázat, jak danou aktivitu provádět. V současné době se však sociální zařízení potýkají s velkým počtem uživatelů a malým počtem pracovníků. Obvykle se udává jeden pracovník na cca 5 uživatelů. Což je proto, aby byla věnována adekvátní pozornost nedostačující.

5.3.6 Kazuistika č. 6

Jméno: M. B.

Fyzický věk: 78 let

Pohlaví: žena

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1934 v malé obci na jižní Moravě. Narodila se do úplné rodiny, pochází z 6 dětí. Byla nejstarším dítětem. Otec pracoval v JZD, matka byla ženou v domácnosti a věnovala se výchově dětí. Rodina byla silně věřící, všichni členové rodiny chodili pomáhat na faru a do kostela. Otec byl také varhaníkem v místním kostele. Manželství bylo harmonické, avšak oba rodiče klientky brzy zemřeli. Jelikož byla nejstarším dítětem, ostatní sourozenci se na ni v mnoha věcech obraceli a radili se s ní. Dalo by se říci, že nejmladšího bratra vychovala. Po ukončení základní školy do dalšího učení nenastoupila a ihned začala pracovat. Byla zaměstnána v čokoládovně, později pracovala jako jeřábnice v nedalekém městě. V zaměstnání poznala svého budoucího muže. V roce 1955 se za kolegu ze zaměstnání provdala a přestěhovala se za ním do města, kde oba pracovali. V roce 1957 se manželům narodila dcera, o tři roky později syn. Žena se věnovala výchově dětí a až v 70. letech se opět vrátila do svého původního zaměstnání, kde setrvala do doby, než odešla do starobního důchodu. V důchodě již nepracovala a věnovala se rodině a své zahrádce. Zahrádka byla jejím velkým koníčkem. Také ráda pletla, háčkovala a vyšívala. Když bylo klientce 69 let, ovdověla. Manžel zemřel na infarkt myokardu. Ve svém věku si již partnera nehledala a zůstala sama v jejich domě. Útěchu našla ve víře. Děti žijí daleko od rodného domu. Dcera klientce nabídla, aby se za ní přestěhovala do Čech, avšak klientka odmítla se sdělením, že chce dožít ve svém domácím prostředí. To se jí však nepodařilo. Vzhledem k úbytku sil, snížení soběstačnosti, onemocnění a neschopnosti žít v domácnosti sama, si klientka zažádala o umístění do domova pro seniory, ve kterém v současné době žije.

Rodinná anamnéza

Klientka se narodila do úplné rodiny, pochází z 6 sourozenců. V roce 1955 se provdala za svého kolegu a o dva roky později se manželům narodilo první dítě – dcera. V roce 1960 se pak narodil syn. Jak klientka uvádí, měli harmonické manželství, bez hádek a pří, vždy se silně milovali a žili jeden pro druhého. V 69 letech klientka ovdověla a zůstala již bez partnera. Dcera žije v Čechách, syn v zahraničí – na Slovensku. V současné době svou matku dle možností navštěvují. Klientka má 5 vnoučat, jedno pravnouče.

Zdravotní stav

Klientka prožila svůj aktivní život bez vážných zdravotních problémů. I po odchodu do starobního důchodu zůstávala plná sil a elánu. Obtížné období nastalo po úmrtí manžela. Žena se dlouho nemohla s touto skutečností smířit, měla úzkostné stavy, někdy až depresivní. Dcera si dělala nad matkou starosti, nechtěla ji v domě nechávat samotnou, nabídla jí žití u své rodiny v Čechách, to však klientka razantně odmítla. Tak jako v dětství chodila často s rodiči do kostela, tak i po úmrtí manžela se obrátila na víru. V roce 2005 prodělala mozkovou mrtvici, která však vážnější důsledky na klientce nezanechala a opět se žena zapojila do běžného každodenního života. Po necelém roce začala žena na sobě pozorovat třes, chvění, neklid v těle. Po poradě s ošetřujícím lékařem se obrátila na odborného lékaře, který jí v roce 2008 diagnostikoval Parkinsonovu chorobu. Třes a neklid těla se neustále zhoršoval, klientka byla v řadě činností odkázána na pomoc sousedů či čekala na příjezd svých dětí, které za ní o víkendu přijížděly. V tomto duchu se nesl celý rok 2008 i 2009. Na konci roku 2009, kdy klientka již nemohla žít v domě sama, byla na vlastní žádost umístěna do domova pro seniory, ve kterém žije doposud. K neklidu a třesu těla se přidalo i pohybové omezení. Žena chodí s pomocí dvou francouzských holí. Obvykle, na delší vzdálenosti, potřebuje při chůzi doprovod personálu zařízení. Po nastoupení k pobytu do sociálního zařízení se u klientky začaly projevovat stavy zmatenosti, časové a prostorové orientace. Jelikož byla klientka v zařízení 2 týdny, nepovažovala tyto projevy za podstatné. Jednalo se např. o projevy - nevěděla, ve kterém patře se nachází její pokoj, kudy se dostane do jídelny, k výtahu, do společenské místnosti, na toaletu, a to i přesto, že se v těchto prostorách denně pohybovala. Pokud ji spolubydlící neupozornila na čas oběda, klientka nezpozorovala

kolik je hodin. Mnohdy si neuvědomovala denní dobu, při podávání večeře se divila, že už má zase jíst. Problémy se také objevily v obsluze spotřebičů – telefon, televize, nedokázala se zorientovat v jejich ovládní. Po určité době si těchto příznaků povšimla i pečující pracovnice, která na problém upozornila zdravotnický personál zařízení. Po odborném vyšetření byla klientce diagnostikována rozvíjející se demence a nasazena léčba. Klientka je mírné povahy, je společenská, vyhledává kolektiv, ráda si povídá a vzpomíná, avšak má dny, kdy ji přepadne úzkost a celý den stráví na lůžku. Je apatická. Dle sdělení personálu hovoří jen o svém manželovi a modlí se. Ráda se zúčastňuje aktivit, které jsou v zařízení nabízeny, především ji baví ruční práce v dílnách a vaření. Kulturních programů se zúčastňuje zřídka, nemá ráda hluk. Často sleduje televizní pořady s náboženským podtextem.

Léky klientce chystá a podává zdravotnický personál zařízení. Žádné problémy při jejich užívání nejsou známy. Klientka je dle personálu vzorná, uvědomuje si nutnost jejich užívání.

V současné době je klientka udržována léky a její stav je neměnný. Žádné jiné výkyvy a změny v chování nebyly vyzorovány. Stále přetrvává zmatenost, úzkostnost, apatičnost, zapomínání, dezorientace v čase a prostoru. Klientka je příjemcem starobního důchodu a příspěvku na péči.

Doporučení

Pro klientku:

Nadále se zúčastňovat činností, které jí přinášejí radost i uspokojení. Nebát se zapojit i do jiných aktivit, které jsou v zařízení uskutečňovány. Např. hraní společenských her (člověče nezlob se, pexeso), aby docházelo k neustálému procvičování paměti Informovat se u personálu na typy kulturních programů, vybrat si pro sebe vhodný a zúčastnit se.

Pro personál zařízení:

Personál by se měl snažit se v klientce vzbudit zájem o další nabízené aktivity a činnosti. Každá pracovnice by si měla rozvrhnout čas na klienta tak, aby se mu mohla plně věnovat. Což je v současné době vzhledem přeplněnosti těchto zařízení a nedostatku pracovníků, velmi složité. Pokud si klientka ráda povídá, je vhodné si udělat alespoň chvíli čas a vyslechnout si ji. Pracovnice by měla znát svého klienta, jeho potřeby a přání. Klientka by měla být pracovníci informována o takových kulturních akcích, které by pro ni mohly být zajímavé. Důležitou úlohu sehrává také nasměrování klientky, ukázat jí a nabídnout jí aktivity, které by pro ni znamenaly přínos. Dále by bylo vhodné, aby pracovnice seznámila klientku s jiným věřícím uživatelem, se kterým by mohla svou víru sdílet a povídat si. Pro jedince s demencí jsou významné i maličkosti, které pro zdravého jedince mohou být nedůležité, toho by si měl být každý pracovník vědom. Měl by sám projevit iniciativu k tomu, aby se senior v zařízení cítil spokojeně. Péče a starostlivost by se neměla ubírat pouze v zajištění základních potřeb klienta.

5.3.7 Kazuistika č. 7.

Jméno: I. M.

Fyzický věk: 86 let

Pohlaví: žena

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1926 v malé obci na jižní Moravě. Narodila se do úplně rodiny. Pochází ze 6 sourozenců. Otec byl kovářem, matka se věnovala výchově dětí. Po ukončení základní školy začala pracovat v zemědělství, v nedaleké obci od svého rodiště. V zaměstnání poznala svého budoucího muže, za kterého se v roce 1950 provdala a odešla z rodné obce. Manželé žili v obci, kde oba pracovali. Měli harmonické manželství, ze kterého se narodily 3 děti – syn a 2 dcery. Po celý svůj aktivní život pracovala v původním zaměstnání. Setrvala zde až do odchodu do starobního důchodu. Zaměstnání bylo jejím koníčkem. Vždy, po návratu ze zaměstnání, nelenila a pracovala na své zahrádce či na poli. V roce 1990 klientka ovdověla. Zůstala sama, žádného partnera si již nehledala. Jak uvádí, chtěla zůstat sama a naplno se věnovat svým dětem a vnoučatům.

Žena byla vždy aktivní, plná sil, zajímala se o dění ve světě, ráda četla odbornou literaturu, vzdělávala se. Zastala i řadu mužských prací, byla samostatná. I po smrti manžela vyhledávala mužskou pomoc jen zřídka. Vždy byla milá a přátelská, ochotná pomoci druhým. Do 80 let byla schopná obstarat chod domácnosti i práci na zahradě. Pole však musela prodat, na to jí síly nestačily a vzhledem k zaneprázdněnosti svých dětí, jej neměl kdo obdělávat. Ve svém domě žila do svých 82 let, vzhledem k onemocnění, náhlému úbytku sil a ztrátě soběstačnosti se klientka přestěhovala do domova s pečovatelskou službou v 18 km vzdáleném městě.

Rodinná anamnéza

V roce 1950 se klientka provdala za muže, kterého poznala ve svém zaměstnání. Muž pracoval v témže podniku. Z harmonického manželství nenarodily 3 děti. V roce 1990 ovdověla a po zbytek života již zůstala sama. Mužskou přítomnost nevyhledávala. Plně se věnovala svým dětem a vnoučatům. Obě dcery žijí v obci, kde žila i klientka, syn žije ve městě, kde se nachází sociální zařízení, ve kterém v současné době klientka žije. Svou matku dle možností navštěvují. Na návštěvy dochází i ostatní příbuzenstvo, jelikož klientka žije v domově s pečovatelskou se svou sestrou.

Zdravotní stav

Klientka neměla v životě žádné závažné zdravotní problémy. Byla vitální až do svých 80 let. Byla soběstačná, zvládala chod domácnost i práci na zahradě. Přitom všem pomáhala ostatním lidem z jejího blízkého okolí. Nikdo jí nebyl lhostejný. Pokud mohla, byla ráda nápomocna, a to nejen své rodině.

V roce 2007 začala žena sama na sobě pozorovat občasné výpadky paměti, které se postupem času zhoršovaly a přidala se k nim i dezorientace v čase. Neuměla se zorientovat ve dnech, měsících ani v tom, jaký je momentálně rok. Byla znepokojena a vědomí, že se s ní něco děje, ji trápilo. Vzhledem k tomu, že její sestra onemocněla Alzheimerovou chorobou a počáteční příznaky měly obdobný průběh, vyhledala pomoc odborného lékaře. Specialista diagnostikoval Alzheimerovu chorobu v počátečním stádiu a zahájil s klientkou léčbu. Žena byla nešťastná, věděla, co dané onemocnění obnáší,

pozorovala to na své sestře. Dlouhou dobu se snažila nemoci předcházet a odolávat. Neustále četla knihy i noviny, luštila křížovky, naučila se sudoku. To vše konala za účelem zpomalení onemocnění. Nějaký čas se jí to dařilo. Dnů, kdy se necítila dobře, bylo pomálu, ovšem časem začaly převažovat dny zmatenosti, k dezorientaci v čase se přidala i v prostoru (žena nepoznávala svůj dům, nelíbil se jí, nechtěla v něm žít, neustále opakovala, že chce jít za sestrou), zapomínání bylo na denním pořádku. Postupně začala upadat schopnost pečovat o vlastní osobu. Klientka tyto činnosti zvládla, avšak vyžadovala dohled a kontrolu. Pokud byla na činnost upozorněna, provedla ji bez větších problémů, jen si sama neuvědomovala, že by ji měla vykonat. Značným problémem byla ztráta schopnosti hospodařit s financemi, nakupovala nepotřebné věci, potraviny, které nikdy nejedla, protože byly, jak vždy říkala, „drahé“, placení nákladů na domácnost musely obstarat dcery. Pohybově omezená dodnes není, chůze je stále bez kompenzačních pomůcek. Rodina se snažila udržet svou matku co nejdéle v rodinném prostředí a v péči o ni se střídaly. Děti nechtěly, aby matka žila v sociálním zařízení, avšak žena stále trvala na svém, že chce jít za sestrou. Proto také podala žádost o umístění do domova s pečovatelskou službou, kde žila její sestra. Když bylo klientce 82 let, v sociálním zařízení se uvolnil dvoulůžkový pokoj a na otázku, zda zde byla ochotna žít se svou sestrou, ihned souhlasila. V současné době žijí obě sestry spolu a rodina za nimi dochází na návštěvy.

Nad léčebným režimem dohlíží zdravotnický personál zařízení. Klientka není schopná si léky nachystat a vzpomenout si na jejich užití. Pokud by neměla péči a dohled, léky by neužívala.

Jak uvádí blízká příbuzná klientky, stav ženy po jejím příchodu do zařízení byl problematický. Změna obce, bydliště, okolí, osob na klientku silně zapůsobila a její projevy zmatenosti a dezorientace se prohloubily. Dle sdělení příbuzné je však v současné době stav klientky beze změn. I přes svou zmatenost, zapomínání, dezorientaci v čase a prostoru, neschopnost uvědomit si, že má provést osobní hygienu, převléct si šaty, spodní prádlo, byl zachován zájem o aktivity. Ráda se v zařízení zúčastňuje kulturních programů, hraje společenské hry, sleduje dění ve světě, každý den čeká na večerní zprávy, aby se dozvěděla, co je nového, navštěvuje společenskou místnost, protože ví, že zde někoho potká, s kým si bude moci povídat, je velmi ráda v kolektivu. Zájem o čtení a luštění

křížovek upadl vzhledem k zapomínání. Ženu znepokojovalo, že při čtení knihy zapomínala, co se odehrálo na předchozích stranách, nemohla i vzpomenout, při luštění křížovek nerozuměla slovním výrazům a otázkám. Co ji však nejvíce trápí je její sestra, která není schopná pohybu a většinu času tráví na pokoji.

Doporučení

Pro klientku

Snažit se o udržení stávajícího zájmu, vyhledávat společnost druhých uživatelů. Povídat si, vzpomínat, a tím procvičovat paměť. Pokusit se zapojit i do jiných aktivit a činností, které zařízení nabízí. Pokud je žena schopna pohybu bez větších obtíží, vyzkoušet i různé pohybové aktivity např. cvičení v tělocvičně pod dohledem personálu. Pokud ji navštíví rodina, požádat ji o procházku po okolí, po zahradě areálu zařízení.

Pro personál:

Vzbudit v klientce zájem o další nabízené aktivity, ukázat jí a umožnit jí vyzkoušet činnosti, které by ji mohly zaujmout. Personál zařízení by měl věnovat zvláštní pozornost jedincům s demencí a Alzheimerovou chorobou. Měl by si být vědom skutečnosti, že tito senioři potřebují nasměrovat, vést, podporovat, protože sami si mnohdy nejsou vědomi, jaké možnosti strávení volného času zařízení poskytuje. Důležité je, aby si pracovnice správně rozvrhla čas a mohla se klientům věnovat individuálně. Což je, jak jsem ji v práci výše uvedla, značný problém. Pracovníci sociálních zařízení mají svou pracovní dobu uzpůsobenou k zajištění úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti jednotlivých uživatelů a čas, který by měli zaměřit na individualitu jednotlivců, jim zkrátka nezbývá. Danou skutečnost považuji za značný problém současných sociálních zařízení.

5. 4. Vyhodnocení výzkumu

V praktické části diplomové práce jsem se zaměřila na jedince s demencí, na prostředí, ve kterém žijí, na péči, která je jim poskytována, na jejich aktivity či

na možnosti jejich aktivizace a v neposlední řadě na kvalitu jejich života. Pro zjištění daných informací jsem vedla rozhovory se seniory s demencí a jejich pečujícími osobami, případně personálem zařízení. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí klientů – rodinné prostředí a prostředí sociálního zařízení. U otázek, které byly kladeny přímo jedinci s demencí, byla nutná spolupráce pečujících osob, především v upřesnění a doplnění informací. Den a hodina návštěvy byla předem domluvena, aby mohli být klienti informováni a předešlo se tak možnému momentu překvapení.

Otázky kladené seniorovi s demencí:

- jak se jmenujete, kolik je Vám let, kde jste se narodil/a, kde jste žil/a
- zaměstnání rodičů, sourozenci, manžel, počet dětí, vnoučata
- studium a zaměstnání dotazovaného
- jaký byl život po odchodu do starobního důchodu
- aktivity, koníčky, zájmy v průběhu života
- kde žijete nyní

Otázky kladené osobám zainteresovaným do péče o seniora s demencí:

- jaká byla a je osobnost seniora s demencí – povahové rysy
- jaký byl zdravotní stav klienta v mládí, po odchodu do starobního důchodu, jaké se objevily komplikace
- kdy byly pozorovány první příznaky demence, o jaké projevy se jednalo, kdy byla vyhledána pomoc odborného lékaře
- jak se onemocnění vyvíjelo, jak probíhá v současné době
- v jakém rozsahu je zajištěna péče, kdo dohlíží nad léčebným režimem
- do jakých aktivit a činností se pečující snaží seniora zapojit, co dělá pro jeho aktivizaci a osobní rozvoj

Díky položeným otázkám bylo zjištěno dostatečné množství informací pro sestavení 7 kazuistik, které jsou v diplomové práci předkládány. 3 kazuistiky byly sepsány s uživateli sociálního zařízení, dalších 4 pak s klienty z rodinného prostředí. Věkové rozmezí tvořili senioři ve věku 77 let – 86 let. Jednalo se o jedince v různých stádiích onemocnění demence a Alzheimerovy choroby.

U rozhovorů, které probíhaly v domácím, rodinném prostředí, bylo vyzorováno následující:

- Po příchodu do domácnosti jsem dala seniorovi možnost výběru pokoje, ve kterém chce, aby byl rozhovor veden. Vždy se jednalo o místnost, ve které se senior cítil nejlépe (vlastní pokoj či kuchyně), pouze v jednom případě po mém příchodu ležel klient v lůžku a spíše nekomunikoval.
- Senioři byli zpočátku nervózní z mé přítomnosti, po krátké chvíli se však na mou osobu adaptovali.
- Po celou dobu rozhovoru hledali očima svého příbuzného, pohledem se ujišťovali ve správnosti svých odpovědí.
- Atmosféra v domácnostech byla příjemná, pouze v jednom případě jsem pocítovala napětí mezi seniorem a pečující osobou.

U rozhovorů, které probíhaly v zařízení poskytující sociální služby, bylo vyzorováno následující:

- Po příchodu do sociálního zařízení jsem seniorky zastihla ve společenské místnosti, kde byly s ostatními uživateli. Rozhovory však probíhaly na pokoji seniorek. Seniorka žijící v domově s pečovatelskou službou mě očekávala na pokoji.
- Ani u jedné ze seniorek jsem nepocítovala nervozitu, což přisuzují žití v kolektivu. Klientky jsou zvyklé na pohyb většího počtu lidí, navíc si rády povídají.
- Tak jako v rodinném prostředí, i zde jsem pozorovala oční kontakt seniorek s pečující pracovníci.
- Prostředí obou zařízení je příjemné. Vybavenost pokojů je adekvátní, seniorky jsou zde, dle sdělení, spokojené. Jedna z oslovených však uvedla, že domov je domov.

V oblasti zajištění péče a možností aktivizace klientů s demencí, bylo v rodinném prostředí zjištěno následující:

- Péči zajišťuje rodinný příslušník (dcera či syn). Péče je především zaměřena na činnosti spojené s péčí o vlastní osobu, soběstačností a chodem domácnosti. U pečujících osob se objevuje vyčerpanost, nervozita, pocity beznaděje. Často používají slova „nevím, jak dlouho tento nápor vydržím“.

- Péče je pro pečující osobu, jak bylo výše uvedeno, vyčerpávající, obvykle omezená pouze na výše uvedené činnosti. Mnohdy, jak pečující osoby uvádí, nezbývá čas pro ně samotné. Veškerou sílu a čas věnují svým rodičům.
- Prostředí příjemné. Útulně vybavené, blízké seniorovi i pečující osobě. Pozorovala jsem také v domácnostech značné množství fotografií, kalendářů, hodin, obrázků např. ročních období, květin, zvířat, jídel.
- Klienti, dle svého vyjádření, se cítí v domácnosti dobře, mají zde pocit bezpečí, jsou rádi, že se o ně rodina postarala.
- Využívání terénních služeb minimální. Jedním z důvodů je, že si pečující osoba neuvědomuje ulehčení své práce při péči. Druhým z důvodů nevyužívání terénních služeb je jejich finanční nákladnost.
- Informovanost pečujících o demenci je spíše základní (pouze to, co nám o nemoci sdělí lékař či to, co píší např. na internetu), chybí přehled možností v péči o jedince s demencí. Upozornila jsem pečující osoby na instituce, zařízení, organizace, které se zabývají problematikou seniorů obecně i problematikou demencí a Alzheimerovy choroby.
- Návštěvy přednášek, besed, center a zařízení pro osoby s demencí z pozice pečujících je minimální. Problémem je již zmíněná nedostatečná informovanost či obvyklá výmluva – není kdy, veškerý čas věnuji péči o matku/otce. Doporučila jsem k prohlédnutí Adresář poskytovatelů sociálních služeb na Kyjovsku.
- Aktivity, kterých se senioři z domácího prostředí zúčastňují, jsou velmi omezené. Jedná se především o procházky, sledování televize, poslech hudby, zapojení do jednodušších činností spojených s chodem domácnosti. Dle možností a rozsahu onemocnění je navázáno na aktivity z mládí. Zcela výjimečně se vytvoří nějaký nový zájem či nová aktivita. Veškerá jejich činnost je orientována na domácnost. Za aktivitami mimo domov nedochází žádný z oslovených klientů. Nejeví zájem.

V oblasti zajištění péče a možností aktivizace klientů s demencí, bylo v prostředí sociálního zařízení zjištěno následující:

- Péče je zajištěna pečujícím personálem zařízení. Jedná se především o zajištění úkonů v oblasti péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- V domově se zvláštním režimem se objevuje problém většího počtu klientů na jednoho pečovatele. Tím dochází k nedostatku času pro věnování se jednotlivým

klientům a zájem se ubírá pouze směrem zajištění nutné péče. Rozprava, čtení knih, vycházka do zahrady s pečovatelem, se vyskytují jen zřídka. Je to dáno již zmíněným nedostatkem času pečujícího personálu, kdy povinnosti související s péčí o klienty jsou rozprostřeny do celé pracovní doby. Situace je často řešena dobrovolnickými pracovníky, kterých je však také velmi málo.

- Neobjevuje se zde vyčerpanost pečujících, jelikož pečovatelky do zařízení přichází jako do svého zaměstnání a po odpracování stanovené pracovní doby odchází domů za svými rodinami, svými starostmi.
- Prostředí obou zařízení je příjemné, účelně zařízené. Domov s pečovatelskou službou je spíše pro samostatnější klienty, není zde stálá kontrola personálu, žijí zde jedinci s různými onemocněními a každý z nich vyžaduje určitou formu pomoci. Pokoje mají podobu malých bytů s vlastním sociálním zařízením. Služby si klienti musí nasmlouvat, a poté za nimi pečovatelka dochází. Pečovat zde mohou i rodinní příslušníci. Domov se zvláštním režimem, který je zaměřen na jedince s duševní poruchou, je přímo uzpůsoben potřebám takto nemocných seniorů. Pokoje klientů jsou jednoduše vybaveny - lůžko, noční stolek, šatní skříň, křeslo, polička s fotografiemi a kalendářem. V každém pokoji jsou umístěny nástěnné hodiny. Klienti domova se zvláštním režimem mají na dveřích svých pokojů vždy nějaký obrázek pro snadnější orientaci. Na chodbách oddělení jsou umístěny nástěnky s informacemi o tom, co je za den, jaké je datum, roční období, kdo má s uživateli narozeniny a jídelníček na celý den i s časem podávání konkrétního pokrmu. Jednotlivá oddělení jsou vybavena také místnostmi pro personál, kde se uživatelé zařízení mohou kdykoliv obrátit na pečovatelku.
- Informovanost veškerého personálu je adekvátní k výkonu profese, jelikož to jsou osoby, které mají vystudovanou školu v oboru, absolvovaný kurz pro pečovatele, zaměstnavatel je posílá na školení, která souvisí s problematikou seniorů a sociálních služeb. Předpokladem je také samostudium, vlastní zájem o problematiku, neustálé získávání a prohlubování informací a zkušeností.
- Na otázku zda se klientkám v zařízení líbí, se mi dostalo odpovědi, že jsou v zařízení spokojené, že se zde dobře vaří a že pečovatelky jsou hodné a ochotné.
- Obě zařízení nabízí svým uživatelům řadu možností, jak se zapojit do nejrůznějších činností. Pro každou z aktivit má zařízení speciálního pracovníka. Nejvíce je mezi oslovenými klienty domova se zvláštním režimem oblíbená ergoterapie, kroužek

vaření, společenské hry a zpěv. Klientky uvedly, že se rády zúčastňují kulturních programů, které zařízení pořádá.

- Negativem pobytu v sociálním zařízení je nedostatek osobního kontaktu s rodinnými příslušníky. Minimum návštěv zvyšuje pocit osamění, a to i přes skutečnost, že oslovené klientky se snaží zapojit do aktivit, být v kolektivu, snaží se vyplnit čas tak, aby jej plnohodnotně využily a netrávily celé dny na lůžku.
- Jak bylo zjištěno, klienti projevují zájem o nabízené aktivity, avšak jen o vybrané druhy. Nabídku na vyzkoušení jiné aktivity či doprovod na aktivitu, která klienta nenaplnuje, je spíše „otravuje“. Pečující personál uvedl, že je velmi obtížné ukázat klientům i jiné možnosti, jak využít čas strávený v zařízení, protože nutit je nemohou.

Z výše uvedených informací, které byly zjištěny v rodinném prostředí i v pobytovém sociálním zařízení, poukazují na pozitiva a negativa týkající se péče o jednice s demencí a jejich možností aktivizace a osobního rozvoje.

Pozitiva rodinného prostředí:

- rodinné zázemí, blízkost pečující osoby
- vědomí, že pečující osoba je tu pro nás, neopustí nás, postará se o nás
- pocit bezpečí a jistoty
- častý kontakt s rodinnými příslušníky, případně s přáteli
- znalost života seniora, společné vzpomínky
- individuální přístup
- zajištění potřeb v oblasti péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Negativa rodinného prostředí:

- nedostatečná informovanost a znalost problematiky pečujících
- únava, vyčerpanost pečujících – nemožnost odpočinku
- fixovanost klienta na pečující osobu
- aktivizační činnosti orientované spíše jen na domácí prostředí či blízké okolí
- nevyužívání nabídek poskytovatelů sociálních služeb.

Pozitiva pobytových zařízení:

- příjemné prostředí, které je účelně zařízené a vybavené
- odborný personál – ošetrovatelský, zdravotnický, aktivizační
- znalost a informovanost problematiky
- široká nabídka aktivizačních činností

Negativa pobytových zařízení

- velký počet uživatelů na jednoho pečovatele
- nedostatečný individuální přístup
- nedostatečná znalost života seniora, anonymita
- požadavek dodržování řádu a předpisů zařízení, a s tím spojená určitá míra nesvobody
- adaptace na nové, cizí prostředí, ztížená orientace
- omezený kontakt s rodinou

Na kvalitu života jedinců s demencí působí řada faktorů, které seniora ovlivňují v dobrém i špatném slova smyslu. Kvalita života je velmi individuální pojem, pro každého z nás může představovat jiné hodnoty. Především závisí na prostředí, ve kterém jedinec žije, na skutečnosti jaké osoby má ve své blízkosti, ve svém okolí a také na hodnotách, které považuje za prioritní. V rámci svého výzkumu jsem vyzozorovala určitou schodu, kterou se senioři v jednotlivých prostředí vyznačují.

Kvalita života seniorů s demencí v rodinném prostředí

- vědomí fyzické blízkosti rodinným příslušníkům, které dává ubezpečení myšlenky, že senior nezůstane sám
- kontakt s rodinnými příslušníky
- pozornost a péče ze strany svých dětí, které seniorovi dávají pocit bezpečí, sounáležitosti, vědomí, že někam patřím, že se o něj rodina postará
- pomoc při uspokojování základních lidských potřeb, při péči o vlastní osobu a soběstačnosti
- zajištění důstojného stáří i přes své onemocnění

- podpora činností, které klientovi přinášejí radost a uspokojení
- asistence, doprovod při aktivitách.

Kvalita života seniorů s demencí v prostředí pobytového zařízení

- vědomí, že se o seniora někdo postará a na sklonku života nezůstane sám
- pomoc při uspokojování základních lidských potřeb a úkonů spojených s péčí o vlastní osobu a soběstačnosti
- vědomí, že si rozumí se spolubydlícím, že je přijímán v kolektivu, že někam patří, že se má na koho obrátit
- podpora a pomoc při provádění aktivit, které uživatele uspokojují
- radost z návštěv příbuzných
- radost z věnované pozornosti personálem
- podpora vlastních koníčků a zájmů
- zajištění důstojného stáří i přes své onemocnění

I přes individualitu každého seniora, je možné vytvořit a sepsat několik charakteristik, které jsou pro jejich životy podobné, v mnoha případech shodující.

6 NÁVRHY A OPATŘENÍ

V závěrečné části diplomové práce bude pozornost věnována sestavení jednotlivých návrhů a opatření týkajících se zkvalitnění života jedinců s demencí. Podrobněji bude zpracováno rodinné prostředí a prostředí pobytového zařízení. Zvláštní pozornost bude zaměřena na zkvalitnění sociálních služeb.

6.1 Návrhy a opatření pro zvýšení kvality života jedinců s demencí v oblasti domácí péče

- zajistit uspokojování všech lidských potřeb pro plnohodnotný život seniora
- spolupráce s poskytovateli terénních služeb ve smyslu pomoci a ulehčení pečujícím osobám
- vytvářet kladné mezilidské vztahy nejen v rodině, ale i mimo ni
- zapojit seniora do společenského prostředí, neomezovat kontakt a péči pouze domácí prostředí
- vzbudit v jedinci s demencí zájem o okolí, o aktivity, činnosti, které prováděl dříve či vzbudit zcela nový zájem
- motivovat seniora s demencí k aktivitě (fyzické i psychické), ukázat mu pozitivní přínos pro jeho osobu
- pokud je senior schopen pohybu, využívat ambulantních služeb, např. denních stacionářů, kde mu bude poskytnuto odborné vedení a stane se členem kolektivu
- zajistit možnost fyzického i psychického odpočinku pro pečující osoby, jelikož jsou ohroženy vyčerpaností, únavy, což může vést k selhání v péči
- informovanost pečujících osob o problematice demence a tím zajistit adekvátní péči a podporu
- zajistit 24 hodinové poradenské centrum, kam se mohou pečující osoby v případě potřeby obrátit

6.2 Návrhy a opatření pro zvýšení kvality života jedinců s demencí v oblasti rezidenční péče

- zajistit odborný, kvalifikovaný personál
- zaměřit se na potřeby svých uživatelů
- zabezpečit všechny potřeby seniorů tak, aby v zařízení prožívali plnohodnotné kvalitní stáří
- věnovat seniorům více času, zajímat se o jejich osobnost
- využívat dobrovolnických služeb
- umožnit, zprostředkovat klientovi kontakt s vnějším okolím
- snažit se seniora zapojit do kolektivu, vytvářet kladné mezilidské vztahy
- motivovat klienta s demencí k činnosti, k aktivitě (fyzické i psychické), ukázat mu, jaký bude mít pro jeho osobu prováděná aktivita přínos
- zabezpečit provádění aktivizačních činností i o víkendu, neuskutečňovat je jen v pracovních dnech
- rozšířit kontakt s rodinnými příslušníky, vytvářet programy, kde by docházelo k zapojení rodiny seniora

6.3 Návrhy a opatření pro zkvalitnění služeb sociální péče

- zajistit odborný a kvalifikovaný personál
- zvýšit dostupnost sociálních služeb, rozvíjet aktivizační služby pro seniory
- zvýšit informovanost v oblasti sociálních služeb
- zabezpečit různorodost sociálních služeb
- podporovat dobrovolnictví
- realizovat odlehčovací služby
- podporovat sociální služby, které umožňují co nejdelší setrvání seniora v domácím prostředí
- zvýšit kapacitu lůžek v pobytových zařízeních, které seniorům poskytují sociální služby
- zvýšit počet sociálních zařízení, která budou zaměřena na osoby trpící demencí

ZÁVĚR

Diplomová práce byla nazvána „*Kvalita života jedinců s demencí*“. Cílem práce bylo vystihnout problematiku stáří, demence, rezidenční péče a kvality života takto nemocných jedinců. Diplomová práce byla rozdělena do dvou částí – teoretickou část a výzkumnou (praktickou) část.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do 4 kapitol nesoucí název vymezení seniorského věku, demence, problematika rezidenční péče a kvalita života jedinců s demencí. Jednotlivé kapitoly jsou dále členěny do podkapitol, které podrobněji rozebírají konkrétní problematiku. V teoretické části byla použita metoda obsahové analýzy.

V první kapitole jsem se zabývala vymezením seniorského věku. Nejprve jsem se zaměřila na charakteristiku stáří, poté jsem se snažila vystihnout specifika typická pro seniorský věk. V neposlední řadě jsem pojednávala o možnostech aktivizace a osobního rozvoje seniorů. Druhá kapitola byla zaměřena na problematiku demence. Samotné podkapitoly byly věnovány demenci a jejím jednotlivým druhům, diagnostice demence a její léčbě. Problematika rezidenční péče byla další kapitolou diplomové práce, v rámci níž jsem se zaměřila na pojem rezidenční péče včetně legislativního vymezení, na její služby a na systém péče o jedince s demencí, kde jsem nabídla přehled služeb, které mohou být seniorům s demencí poskytovány. Poslední kapitolou diplomové práce je kvalita života jedinců s demencí. V jednotlivých podkapitolách pojednávám o životě jedinců s demencí, o vlivech a okolnostech, které působí na kvalitu života jedinců s demencí a o možnostech jejich aktivizace a osobního rozvoje.

Praktická část diplomové práce byla rozdělena do 2 kapitol, které jsou nazvány výzkum a návrhy a opatření. Ty byly dále členěny do jednotlivých podkapitol. Součástí praktické části jsou ukázky kazuistik jedinců, kteří trpí určitým typem demence, především Alzheimerovou chorobou. V dané části práce byly použity metody pozorování a rozhovoru. Sledovány byly osoby, které onemocněly demencí, později s nimi byly vedeny rozhovory. Rozhovory byly vedeny také s pečujícími osobami.

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena zjištění kvality života jedinců s demencí. Sledovanými oblastmi byly poskytování péče a možnosti aktivizace a osobního rozvoje jedinců s demencí. V úvodu výzkumu jsem pojednávala o situaci související s péčí o seniory v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko. Zaměřila jsem na konkrétní priority, o které budou obě oblasti do budoucna usilovat. Informace jsem čerpala z aktuálních střednědobých plánů pro Jihomoravský kraj a region Kyjovsko. V další části výzkumu jsem se věnovala jednotlivým klientům s demencí, především osobám s Alzheimerovou chorobou. Na základě pozorování a vedení rozhovorů jsem sestavila 7 kazuistik. Šetření probíhalo ve dvou typech prostředí – v rodinném prostředí a v prostředí sociálního zařízení. Výběr klientů byl záměrný. Vyhodnocením výzkumu byla zjištění týkající se kvality péče a možností zapojit jedince s demencí do každodenních aktivit a tím tak podporovat zvýšení jejich kvality života. Cílem výzkumu bylo pokusit porovnat a zhodnotit kvalitu života jedinců s demencí v obou typech prostředí. Do výzkumu jsem zařadila také vlastní dojmy a pocity, které jsem v průběhu šetření vypožadovala. V závěrečné kapitole praktické části diplomové práce jsem pojednávala o návrzích a opatření pro zvýšení kvality života jedinců s demencí. V prvních dvou podkapitolách jsem se pokusila nastínit možná řešení pro zkvalitnění života seniorů s demencí a péče o ně v domácím prostředí a v prostředí sociálního zařízení. V poslední podkapitole jsem se věnovala návrhům a opatřením pro zkvalitnění služeb sociální péče.

Každému, kdo bude mít příležitost se s danou prací setkat a bude mít možnost si ji prostudovat, bude nabídnut ucelený obraz problematiky seniora s demencí. Dle mého názoru diplomová práce vytyčuje a poukazuje na důležitá fakta problematiky seniorů a demence. Tyto informace pak mohou být přínosné mnoha lidem, ať už osobám, které se, s demencí setkávají poprvé či osobám, které mají s demencí již určitou zkušenost.

Vzhledem k mému zaměstnání, kde pracuji jako terénní sociální pracovnice a mou každodenní pracovní náplní je kontakt se seniory a handicapovanými jedinci, stala se pro mě diplomová práce a čas strávený nad jejím tvořením velkým informačním a zkušenostním přínosem. Svě nabitě a zdokonalené znalosti a zkušenosti mohu dál, díky své profesi, rozvíjet a předávat svým klientům.

RESUMÉ

Diplomová práce je věnována tématu kvalita života jedinců s demencí. Cílem práce je poukázat na problematiku stáří, demence, rezidenční péče a kvality života takto nemocných seniorů.

Teoretická část práce je členěna do 4 kapitol, které jsou dále rozděleny do jednotlivých podkapitol. První kapitola nese název vymezení seniorského věku. Můj zájem především směřoval k charakteristice stáří, specifikům seniorského věku a možnostem aktivizace a osobního rozvoje seniorů. V druhé kapitole, nazývající se demence, pojednávám o samotném onemocnění demencí, o jejích konkrétních typech, o její diagnostice a léčbě. Třetí kapitolou je problematika rezidenční péče. Zde se zabývám rezidenční péčí včetně legislativního vymezení, jejími službami a systémem péče o jedince s demencí. Závěrečnou kapitolou teoretické části diplomové práce je kvalita života jedinců s demencí. Pozornost byla věnována životu seniorům s demencí, vlivům a okolnostem, které působí na kvalitu života takto nemocných osob a možnostem aktivizace a osobního rozvoje pro zmíněné jedince. V dané části diplomové práce jsem použila metodu obsahové analýzy použitých materiálů.

Praktická část je rozdělena do dvou kapitol nesoucí název výzkum a návrhy a opatření. Kapitoly jsou složeny z několika podkapitol. Ve výzkumné části jsem se především zaměřila na zjištění kvality života jedinců s demencí v rodinném prostředí a v prostředí pobytového zařízení. Zabývala jsem se oblastmi péče a možnostmi aktivizace a osobního rozvoje jedinců s demencí. V úvodní části jsem se věnovala situaci související s péčí o seniory v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko, zejména opatřením a plánům do budoucna. V práci uvádím celkem 7 kazuistik seniorů, kteří onemocněli demencí. Vyhodnocení výzkumu uzavírá danou kapitolu. Druhou kapitolou jsou návrhy a opatření pro zkvalitnění života seniorů s demencí v rodinném prostředí a v prostředí sociálního zařízení. Pokusila jsem také stanovit návrhy a opatření pro zkvalitnění služeb sociální péče. V praktické části diplomové práce byly použity metody pozorování a rozhovoru, který jsem vedla nemocnými jedinci a pečujícími osobami.

LITERATURA

Právní předpisy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam literatury:

- [1] ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3
- [2] BENDOVIÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3
- [3] BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-2580-2
- [4] ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
- [5] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6
- [6] DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
- [7] FÍŠAR a kolektiv. *Vybrané kapitoly biologické psychiatrie, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0
- [8] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
- [9] GULOVÁ, L. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1
- [10] GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9

- [11] HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9
- [12] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s r. o., 2007. ISBN 978-80-254-0177-4
- [13] HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kasuistika ve speciální pedagogice*. Katolická univerzita v Ružomberku, 2008. ISBN 978-80-8084-365-6
- [14] JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- [15] JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8
- [16] KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., WIJA, P. a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3
- [17] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
- [18] KELNAROVÁ, J. a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník, 2. díl*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3106-3
- [19] KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie I. díl*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1
- [20] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
- [21] KOHOUTEK, R. *Vývojová psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003
- [22] KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4
- [23] KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-716-9716-8

- [24] KREJČÍŘOVÁ, D., LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9
- [25] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-0179-0
- [26] KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-269-1
- [27] KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4
- [28] KURIC, J. *Vývojová psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2006
- [29] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
- [30] MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
- [31] MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví 1. díl*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1
- [32] MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví 2. díl*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8
- [33] MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- [34] MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1
- [35] MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006, ISBN 80-86633-62-4
- [36] PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- [37] POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

[38] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Etika a komunikace medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2

[39] SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna- 2. doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3601-3

[40] SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: Interna*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3

[41] SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8

[42] VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kolektiv. *Mentální postižení*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1

[43] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

[44] VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6

[45] VLČEK, J., FIALOVÁ, D. a kolektiv. *Klinická farmacie*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8

Jiné zdroje:

OUTRATOVÁ, V. *Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou*. Bakalářská práce, 2011.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji (do roku 2014)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku (do roku 2015)

Internetové stránky

www.mestokyjov.cz

www.socialnisluzby-jmk.cz

www.kr-jihomoravsky.cz