

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Petra Kachlíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Petra Kachlíková

Kvalita života osob seniorského věku s demencí

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s tématem „Kvalita života osob seniorského věku s demencí“ vypracovala samostatně, pouze s pomocí rad a připomínek vedoucího práce Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. Všechny zmiňované zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci dne: 20. 6. 2014

.....

Poděkování:

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky při zpracování. Dále musím poděkovat Domovu Hvězda a Domovu pro seniory Věstonická za možnost návštěv těchto zařízení, umožnění rozhovoru s pečujícími, seznámení se s provozem. A v neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost.

Obsah:

ÚVOD	1
I. TEORETICKÁ ČÁST	3
1. STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	3
1.1 DEMOGRAFIE STÁŘÍ.....	3
1.2 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH SE STÁŘÍM	4
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	6
2. DEMENCE	9
2.1 DIAGNOSTIKA DEMENCE.....	9
2.2 LÉČBA DEMENCE.....	11
2.3 VÝSKYT DEMENCE.....	11
2.4 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ:	12
2.5 DEMENCE A AKTIVIZACE SENIORŮ.....	16
3. KVALITA ŽIVOTA	17
3.1 HISTORIE POJMU KVALITY ŽIVOTA.....	17
3.2 DEFINICE POJMU KVALITY ŽIVOTA.....	18
3.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	20
3.4 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	20
3.5 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ.....	22
3.6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	22
II. PRAKTICKÁ ČÁST	24
4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	24
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
4.2 METODOLOGIE.....	24
4.3 RESPONDENTI.....	25
4.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	25
4.5 DOMOV HVĚZDA	26
4.6 DOMOV PRO SENIORY – VĚSTONICKÁ BRNO	33
4.7 SROVNÁNÍ DOMOVŮ	40

4.8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
DISKUZE.....	43
ZÁVĚR.....	45
SEZNAM LITERATURY:.....	47
SEZNAM ZKRATEK:	51
SEZNAM PŘÍLOH:.....	52

Úvod

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: Kvalita života osob seniorského věku s demencí. Toto téma bylo vybráno z důvodu, že mám ke starým lidem úctu a myslím, že jsou dnešní společností často vyčleňováni, nad čímž by se měl každý zamyslet, každý se totiž stárí jednou dočká. Demence u seniorů je více a více častější, jelikož naše zdravotnictví dělá pokroky vpřed a s tím je spojené i prodlužování života. Nejčastější demencí u osob seniorského věku je Alzheimerova choroba.

Teoretická část práce je rozčleněna na tři kapitoly - stáří jako společenský fenomén, demenci a kvalitu života. V první kapitole, stáří jako společenský fenomén, je na úvod zmíněna demografie stáří a populační vývoj ČR. Dále základní pojmy, změny ve stáří, kde mezi ty nejdůležitější, patří tělesné, psychické a sociální změny.

Druhá kapitola, která pojednává o demenci, popisuje základní orientaci v této nemoci. Zabýváme se diagnostikou, při které je důležité opakované vyšetření, jelikož demence bývá v časném stádiu zaměňována s jinými nemocemi jako např. s depresí nebo deliriem. Dále je zmíněna léčba demence, která se dělí na farmakologickou a nefarmakologickou, výskyt demence a rozdělení demencí. V závěru této kapitoly jsou uvedeny základní informace o některých demencích.

Poslední kapitola se zabývá velice těžce vymežitelnou kvalitou života. Kvalita života je diskutovaná především v posledních letech. Je zmíněno, na jaké složky je kladen důraz ve zdravotnictví, psychologii a sociologii. Zabýváme se také měřením kvality života, kterou můžeme měřit objektivně, subjektivně nebo kombinací těchto dvou metod. Stěžejní kapitolou je kvalita života seniorů, kde jsou zmíněny složky, které jsou pro kvalitu života pro seniory důležité, a je zmíněn také Národní program na přípravu na stárnutí. Na závěr jsem přidala sociální služby určené pro seniory.

Praktická část se zabývá kvalitou života ve dvou domovech pro seniory se zvláštním režimem. Prvním je Domov Hvězda, který se nachází ve vesnici Nové Hvězdlice v okrese Vyškov a druhým je Domov pro seniory Věstonická v Brně. K zhodnocení kvality života v těchto zařízeních byla vybrána metoda objektivní, kdy hodnotí jiná osoba, tedy já. Dalšími metodami, které byly použity, jsou rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. Pro zhodnocení byly vybrány oblasti: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti,

zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou. Dále byla pomocí rozhovoru zjištěna atmosféra mezi klienty a odborná kvalifikace pracovníků v domovech.

Cílem bakalářské práce je zjištění kvality života seniorů s demencí ve dvou zařízeních a to v Domově Hvězda a Domově Věstonická. Pro zhodnocení kvality života byly vybrány oblasti: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou.

I. Teoretická část

1. Stáří jako společenský fenomén

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí“ (PACOVSKÝ, HEŘMANOVÁ, 1981, str. 57).

1.1 Demografie stáří

Věda, která se zabývá složením a pohybem lidské populace se nazývá demografie. V dnešní době je demografický vývoj charakteristický tím, že nám lidstvo stárne. Ovšem musíme brát ohled na individualitu států. Demografický vývoj je odlišný ve státech hospodářsky vyspělých (porodnost stagnuje nebo se snižuje) a ve státech rozvojových (počet obyvatel se zvyšuje) (ONDRUŠOVÁ, 2011).

Důležitým pojmem je demografický ukazatel střední délka života. „Střední délka života je odlišná jak pro muže, tak pro ženy. „Je konstruována z úmrtnostních tabulek a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví, pokud se úmrtnostní poměry významně nezmění“ (MÜHLPACHR, 2009, str. 32). (TOPINKOVÁ, 2003) zmiňuje, že je důležité, jak uvádí WHO, doplňovat střední délku života o střední délku života bez chronického onemocnění a bez postižení. Střední délka života byla v roce 2012 u žen 80,9 let a u mužů 75 let (ČSÚ).

Fixní hranice, kdy člověka považujeme za seniora, je nejčastěji 65 let. Za velmi staré seniory považujeme ty, kteří dosáhli hranice 80 let (ČEVELA, KALVACH, ČEVELOVÁ, 2012).

Populační vývoj v ČR

Český statistický úřad vede záznamy o věkovém složení obyvatelstva. Ze získaných informací o věkovém složení nastínil změny, které budou nezvratné a velké. Ovšem nemůžeme předvídat působení vnějších vlivů jako je např. válka, epidemie nějaké nemoci, ekonomická krize, atd. Předpokládá se tedy, že dojde k následujícím změnám: počet obyvatel se trochu sníží, nízká porodnost povede k stárnutí obyvatelstva (do seniorského věku 65 let dojdou tzv. poválečné děti, kde měli manželé většinou nejméně 2 a více dětí), ČR zůstane

imigrační zemí, zvýší se naděje dožití u obou pohlaví, v roce 2050 by mohlo být lidí ve věku nad 65 let z celkového obyvatelstva 1/3, měl by se zvýšit počet osob nad 85 let, až o pětinasobek nynějšího stavu. (ONDRUŠOVÁ, 2011) OSN uvádí, že ČR v polovině 21. století by měla být jednou ze zemí s nejvyšším počtem seniorů (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Podle předpovědí je tedy zřejmé, že obyvatelé ČR budou stárnout. Pak je ale důležité si položit otázku, zda je to dobře či ne. Musíme totiž počítat s tím, že čím více stárneme, tím více nám selhává zdraví a mění se také kvalita života. Musíme také počítat s tím, čím více člověk stárne, tím je závislejší na péči okolí. Budeme mít dostatek osob ke konání péče, jak v rodině, v sociální sféře, tak ve zdravotnictví?

1.2 Vymezení pojmů souvisejících se stářím

DIENSTBIER (2009) uvádí, že stárneme od narození. V momentě narození se stále vyvíjíme, ale začínáme také stárnout. Prenatální období do stárnutí neuvádíme, jedná se totiž o vývoj plodu.

V encyklopedickém slovníku (1993) se uvádí definice stárnutí následovně:

„Přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti).“

Je důležité proti stárnutí bojovat již v mládí a to např. správnou výživou, fyzickou aktivitou. V mládí si většina lidstva myslí, že když nám zdraví slouží, nemůže tomu být jinak a vůbec se nezabýváme otázkou, jak tomu bude s naším zdravím za několik let. Nesprávnou životosprávou si již v mládí zaděláváme na pozdější problémy se zdravím.

Stáří KOZÁKOVÁ, MÜLLER (2006) definuje jako: *„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami).“*

Nejčastěji se rozlišuje stáří kalendářní, biologické, psychologické a sociální. Jednotlivé typy stáří se následně popíšeme.

Kalendářní stáří je jasně vymezeno. U každého můžeme zjistit kolik mu je let a podle toho ho zařadíme do příslušné kategorie. V dnešní době se neustále zlepšují zdravotnické služby, a proto se také posunula hranice počátku stáří. V dnešní době se za počátek stáří považuje věk 65 let (KALVACH, 2004).

MÜHLPACHR (2009) uvádí členění seniorů, které se uplatňuje nejčastěji:

- 65-74 let mladí senioři,
- 75-84 let staří senioři,
- 85 let a více velmi staří senioři.

Biologické stáří je stáří, kdy si všímáme inovulačních změn u jedince. Mezi inovulační změny zahrnujeme atrofii, pokles funkčních zdatností, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Biologické stáří se nepoužívá, protože se doposud neobjevilo, jak by se uvádělo. Je ale jasné, že lidé stejného kalendářního stáří se budou biologickým stářím lišit (MÜHLPACHR, 2009).

V dnešní době je velkým trendem nechat si zjistit biologické stáří. Zjišťuje se pomocí laboratorních, klinických a funkčních testů. V případě vyššího biologického stáří oproti kalendářnímu jsou navrženy mechanismy k úpravě životního stylu.

Psychické stáří je stáří, které je ovlivněno mnoha faktory. Jak se vyrovná člověk se stářím a stárnutím, záleží také na jeho osobnostních rysech. U seniorů je důležitá motivace, kterou čerpají spíše ze vzpomínek než ze skutečnosti. Uzavírají se spíše do sebe, často ztrácí zájem o okolí a přijdou si zbyteční, někdy dokonce jen na obtíž. Důležitý je subjektivní věk jedince, tedy jak se člověk cítí a jaké je jeho sebevědomí (KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

KOZÁKOVÁ, MÜLLER tamtéž uvádí oblasti změn, ve kterých se psychické stáří projevuje:

- změny poznávacích (kognitivních) schopností - zpomaluje se psychomotorické tempo, člověk si přijde často bezradný, nechutí k řešení problémů,
- změny paměti a učení - často zapomínají nové věci, obtížné vybavování některých názvů, nižší koncentrace pozornosti,
- změny emocionality - člověk bývá citlivější, nezvládá některé zátěžové situace,
- změny psychomotorické a percepční činnosti - pomalejší rozhodování a reakce.

Sociální stáří je období, ve kterém dochází k jistým sociálním změnám. Za mezník se udává také dosažení věku, kdy má člověk možnost nastoupit do důchodu. V tomto typu stáří dochází ke změně role, životního způsobu a ekonomickému zajištění. Důležité je přijmout tuto změnu jako součást života (MÜHLPACHR, 2009).

Mezi základní vědy, které souvisejí s pojmem stáří, jsou gerontologie a geriatrie.

KALVACH (2004, str. 48) uvádí definici gerontologie následovně: „*Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.*“ Následně uvádí dělení gerontologie na experimentální, sociální a klinickou.

Další důležitou vědou je geriatrie - oblast medicíny. Můžeme ji chápat v širším a užším smyslu. V širším smyslu chápeme, že se jedná o oblast medicíny, kdy se zabýváme funkčním a zdravotním stavem a problematikou seniorů ve všech oborech (KALVACH, 2004).

V užším smyslu nám MÜHLPACHR (2009) uvádí definici: „*Geriatric je v některých státech samostatným vědním specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecně interní problematiky problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí i sociálními službami.*“

1.3 Změny ve stáří

Tělesné změny

Když člověk dosáhne věku 60–ti let, dochází k rychlejší tělesným změnám. Rychlost změn probíhá u každého člověka individuálně. Záleží také na genetických predispozicích a životním stylu. Některé funkce a systémy nám stárnou pomaleji, jiné rychleji (MÜHLPACHR, 2009).

KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ (in Pacovský, 2008 str. 19) rozlišuje tři typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové,
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci,
- zpomalení většiny funkcí.

U kůže dochází k špatné pigmentaci. Pigment úplně mizí na některých částech kůže nebo se hromadí a vznikají tzv. stařecké pigmentové skvrny. Vznikají vrásky, které vznikají stahováním pokožky. Zmenšuje se pružnost kůže. Ztráta tukových tkání způsobuje ztenčení kůže. Vlasy a chlupy postupně šedivějí a řídnou (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

U pohybového ústrojí dochází k zmenšování postavy díky tomu, že se smršťují meziobratlové ploténky. Ochabuje nám svalstvo, u pohybu je důležité kosterní svalstvo, jelikož atrofuje, dochází ke specifické chůzi. Člověk chodí mírně v předklonu. Dochází také k řídnutí kostí a bolesti kloubů, jelikož se ztrácí kloubní chrupavka (MLÝNKOVÁ, 2011).

Mezi změny, které probíhají u kardiovaskulárního systému, patří: snížená pracovní kapacita srdce, klesá činnost srdce jako pumpy, srdce pak přečerpává méně krve, někdy klesá průtok krve všemi orgány. V cévách se občas ukládá tuk a vápník (MLÝNKOVÁ, 2011).

V trávicím systému dochází ke změnám u chrupu, kde lidé častěji mají chrup opotřebovaný a zuby jim vypadávají a dělají si nechat chrup umělý. Objevuje se porucha motilita trávicí trubice. Potrava se hůře vstřebává a rozkládá, dochází často k zácpě a další orgány jako jsou játra, slinivka břišní jsou méně výkonné (MÜHLPACHR, 2009) (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Kapacita plic se zmenšuje. Často dochází k zadýchávání. Také dochází k zánětům dýchacích cest z důvodu, že se snižuje schopnost řasinkové epitelu. Objem hrudníku je snížený (MÜHLPACHR, 2009).

Dochází k poklesu pohlavní činnosti, ale u každého je to individuální. U žen dochází k menopauze a u mužů se snižuje potence. Objevuje se močová inkontinence. Dochází k snížení funkce ledvin např. očišťovací funkci (MLÝNKOVÁ, 2011).

K problémům ve změnách nervového systému patří především pozdější zpracování a příjem informace. U smyslových orgánů se zhoršuje zrak, sluch, chuť hmat i čich (MALÍKOVÁ, 2011).

Když se člověk dostane do stáří, začíná si všimnout především sebe a změnami tělesných orgánů a jejich funkcemi. Dochází tak často právě k psychickým změnám, které spolu s tělesnými úzce souvisejí (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Psychické změny

„Psychickou involuci lze chápat jako spořádaně probíhající demontáž osobnosti“ (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, str. 12). Někteří se domnívají, že změny ve stáří jsou jen biologické, ale opak je pravdou. Některé nemoci mohou souviset i s psychikou, na tuto skutečnost mnoho lékařů zapomíná. Je důležité se na stáří připravit již v dospělosti.

Ve stáří totiž dojde k mnoha změnám. Tyto změny souvisí s chováním a prožíváním osoby a jeho postavením ve společnosti (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

U seniora přicházejí do popředí jeho negativní rysy osobnosti a negativní vlastnosti.

KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ (2008) uvádějí následující psychické změny:

- změny v poznávacích schopnostech (pozornost, vnímání, paměť, myšlení, představy),
- horší přizpůsobení se novým životním situacím a podmínkám,
- často se objevuje strach, úzkost, nejistota,
- ostražitost a nedůvěřivost, senior se nerad setkává s jinými lidmi,
- později kolem 80let se objevují poruchy pozornosti, paměti a senioři mají potíže s rozhodováním.

Sociální změny

VENGLÁŘOVÁ (2007, str. 12) uvádí následující sociální změny:

- odchod do penze,
- změna životního stylu,
- stěhování,
- ztráta blízkých osob,
- osamělost,
- finanční obtíže.

Velkou změnou je odchod do penze, kdy si pak spousta seniorů přijde zbytečná a především by si měli najít nějaký smysl života, tzn. aktivitu, která je bude bavit, přece jen každý v práci strávil velkou část života. Největší zátěží je v tomto období ztráta blízkých osob, především manžela nebo manželky. Je to nejen emocionální zátěž, ale také převzetí spousta dalších povinností a především zvládnout tuto situaci psychicky. Se ztrátou blízké osoby může souviset i stěhování díky finančním problémům, snížení hybnosti, odchod dětí z domova. K dalším změnám patří tedy také odchod dětí z domova, kdy se objevují dvě varianty: dojde ke sblížení partnerů nebo oddálení partnerů. Jelikož bývají někdy senioři vyčleňováni ze společnosti, dochází k obtížnému navazování nových sociálních vazeb.

2. Demence

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“ (BUIJSSEN, 2006, str. 13).

PIDRMAN (2007, str. 9) uvádí následující definici demence: „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru.*“

JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ (2009) uvádí tyto tři okruhy funkcí, které jsou narušeny:

- kognitivní funkce,
- aktivity denního života,
- behaviorální a psychologické příznaky demence.

Tato nemoc se často vyskytuje u osob vyššího věku, především u seniorů. U demence jsou postiženy kognitivní funkce, (paměť, pozornost, vnímání, řeč, exekutivní funkce, prostorová orientace). Abychom mohli hovořit o demenci, musí být tyto funkce narušeny do takové míry, že se postižený nedokáže sám o sebe postarat. Musí se o něj tedy postarat rodina nebo musí být předán do ústavní péče. Tato nemoc vzniká od dvou let a může vzniknout během celého života. Kognitivní funkce jsou postiženy postupně, dochází k zhoršování stavu. Samozřejmě k určení, zda se jedná o demenci, musíme nechat osobu vyšetřit u odborníka (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

2.1 Diagnostika demence

Při určování diagnostiky není důležitý jen pacient a lékař, ale také osoba pečující o pacienta, která může lékaři přiblížit jeho chování, zdravotní stav atd. Při diagnostice je zjišťována anamnéza. Pacient podstoupí několik vyšetření jako je somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí. Použity jsou také zobrazovací techniky.

V první části diagnostiky se na základě klinického obrazu (orientace, poruchy v plánování činností, poruchy řeči, paměti, změny chování, nálad) snaží lékař poznat, zda se jedná o demenci. Dále zjišťuje, od blízké osoby, schopnost sebeobsluhy, vývoj nemoci, prodělané nemoci, kdy si začalo okolí všimnout změn v chování, jaké užívá klient léky. Musíme vyloučit jiná onemocnění. Dobrou pomůckou pro zjištění demence je Folsteinův MMSE,

kterým se diagnostikuje především střední a těžká demence, lehkou demenci často nerozpozná. Test testuje časoprostorovou orientaci, řeč, jazyk, paměť a orientaci osoby. Tento test nám pak pomůže i v třetí fázi, kdy potřebujeme zjistit stupeň demence (MŮHLPACHR, 2010).

Ve druhé části lékař zjišťuje, o jaký typ demence se jedná. Pacient podstoupí řadu vyšetření jako je např. EKG, EEG, laboratorní vyšetření, CT, RTG plic, magnetickou rezonanci. Je nutné rozpoznat, zda se jedná o léčitelnou demenci.

V poslední fázi lékař zjišťuje, ve které fázi se demence nachází. Může použít různé testy, jak už bylo zmíněno např. test MMSE (Mini- Mental State Examination). Dále si projde všechna vyšetření, kterými si pacient prošel.

Testy a odborná vyšetření by se měly opakovat, protože se demence vyvíjí u každého různou rychlostí. Často je v raném stádiu demence zaměňována s depresí nebo deliriem.

JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ (2009) uvádí vyšetřovací metody, které se často využívají:

- test MMSE - nejčastěji používaný test, který zjišťuje, na jaké úrovni jsou kognitivní funkce,
- Wechslerova škála paměti - testuje zrakovou a slovní paměť,
- WAB - test zaměřený na řeč,
- test řečové plynulosti,
- testy vizuospaciálních funkcí (prostorová paměť), konstruktivní apraxie- Bender-Gestaltův test. Tyto testy testují, zda je člověk schopen obkreslit obrazce, zvyšuje se náročnost,
- test kreslení dráhy. Tento test hodnotí plánování, koordinaci, pozornost, přizpůsobivost, psychomotorické tempo,
- Stroopův test - testuje se míra pozornosti, mentální pružnost, psychomotorické tempo, adaptace na zátěž,
- škála ADL (aktivity denního života) - posuzuje, na kolik je člověk schopen zvládat ADL.

2.2 Léčba Demence

Léčba se dělí na farmakologickou a nefarmakologickou. Tyto dvě složky jsou při léčbě provázány. Důležité je začít s léčbou včas, u neléčené demence dochází k rychlejšímu zhoršování. Jedním z cílů léčby je dosáhnout, aby byl nemocný co nejdéle soběstačný a co nejméně závislý na péči ostatních a co nejvíce se oddálila hospitalizace. U nemocných se zaměřujeme na léčbu narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, emoční reaktivitu, jednání a chování, dohlížíme na patologické změny osobnosti. Mezi další cíle léčby patří: zlepšení stavu pacienta nebo udržení stavu pacienta a také si musíme uvědomit, že úspěchem je i zhoršení stavu pacienta do míry menší než se očekávalo (PIDRMAN, 2007).

Mezi nefarmakologickou léčbu patří různé druhy terapií, jako je např. psychoterapie, socioterapie také se používá rehabilitace. Při tomto druhu léčby se snažíme procvičovat zachovalé kognitivní funkce, vyplňujeme aktivity volného času podle zálib klienta, snažíme se o zachování nebo zlepšení soběstačnosti, rozvíjíme motoriku, chůzi. Tato léčba zahrnuje pět oblastí: životní styl, fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu, optimalizaci senzorických funkcí, nutriční (PIDRMAN, 2007).

Farmakologická léčba se dělí na kognitivní farmakoterapii, kde je léčba zaměřena na narušené kognitivní funkce a nekognitivní farmakoterapie je pak zaměřena na přidružené poruchy.

2.3 Výskyt demence

Demence se bude v následujících letech stále více rozšiřovat. Bude tomu tak díky stále kvalitnějšímu zdravotnictví a s tím spojenému prodlužování života. Počet by se měl do roku 2050 ztrojnásobit. Momentálně touto nemocí trpí 44 miliónu lidí na celém světě. WHO se snaží dát světu povědomí o této nemoci a snaží se posílit programy bojující s demencí. (1)

V ČR žije přes 100 000 lidí, kteří onemocněli demencí. (2)

2.4 Rozdělení demencí:

Klasifikací demence je několik, my si uvedeme klasifikaci dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

1. Demence u Alzheimerovy nemoci (F-00)

- a) demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem,
- b) demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem,
- c) demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu,
- d) demence u Alzheimerovy nemoci NS.

2. Vaskulární demence (F-02)

- a) vaskulární demence s akutním začátkem,
- b) multiinfarktová demence,
- c) subkortikální vaskulární demence,
- d) smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence,
- e) jiné vaskulární demence,
- f) vaskulární demence NS.

3. Demence u jiných nemocí zařazených jinde (F-03)

- a) demence u Pickovy choroby,
- b) demence u Creutzfeldt–Jakobovy nemoci,
- c) demence u Huntingtonovy nemoci,
- d) demence u Parkinsonovy nemoci,
- e) demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV],
- f) demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde.

4. Neurčená demence (F-04)

Některé demence si následovně popíšeme, abychom měli alespoň o některých demencích základní přehled.

Alzheimerova choroba

Jako první popsal symptomy této nemoci Alois Alzheimer. V populaci je tato demence nejrozšířenější. Dochází k ní tak, že v mozkové hemisféře odumírají nervové buňky. Nemoc probíhá u každého člověka jinak. Uvádí se, že trvá 8-20 let. U každého, kdo touto chorobou onemocní, se projevují jiné příznaky a nemoc probíhá v jiném tempu. Tuto nemoc si rozdělíme do třech stádií: rané, mírné a pokročilé (CALLONE, 2008).

Příznaky se postupně zhoršují během jednotlivých stádií. V prvním, tedy mírném stádiu člověk začne zapomínat, mění se jeho chování i emoce, menší obtíže v řeči, v mírném stádiu se vše zhoršuje, kdy se dále zhoršuje motorika, člověk má problémy v sebeobsluze, může bloudit na známých místech a v pokročilém stádiu člověk není schopen žít sám, nepoznává rodinu, je odkázán na neustálou péči. (3)

Příčiny této nemoci nejsou dosud objasněny. Jedním z příčin je stáří a druhou jsou genetické predispozice. Novým objevem v prevenci je přísun vitamínu C, který se udává i v prevenci a léčbě dalších nemocí jako je třeba rakovina, astma, atd. V prevenci je důležitá i aktivizace. Staří lidé by měli udržovat společenský kontakt, udržovat si nějakého koníčka, luštit křížovky, číst a zopakovat si, o čem kniha byla, hraní společenských her, aj.

Tato nemoc je bohužel nevléčitelná. Lékařství ale objevilo léky, které umožňují pacientům žít několik let, zpomalují průběh choroby a zlepšují kvalitu života. Součástí léčby by měl být multidisciplinární tým (praktický lékař, psycholog, neurolog, geriatr, zdravotní sestry, sociální pracovnice, terapeuti a pečovatelé o pacienta).

Demence s Lewyho tělísky

Tato choroba je něco mezi chorobou Parkinsonovou a Alzheimerovou. Demence je pojmenována po Friedrichovi Heinrichu Lewym, který popsal kulovitá tělíška v mozkových buňkách (Lewyho tělíška). MÜHLPACHR (2010, str. 90) uvádí: „*jedná se o typ demence, kdy se v mozku nalézají jak Lewyho tělíška, tak senilní plaky a neuronální klubka.*“ Dochází k poruše kognitivních i nekognitivních funkcí, jedná se o demenci progresivní. Stav pacienta se mění jak z hodiny na hodinu, tak ze dne na den. Jedná se o nemoc pozdního věku, mezi 75-80 lety.

Příznaky jsou společné s Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou a také má některé své specifické. Mezi specifické příznaky patří halucinace, hlavně zrakové. Dále pak zvýšená citlivost antipsychotik (způsobují pády), kolísavá soustředěnost a kvalita vědomí.

„Byly vyčleněny 4 typické klinické syndromy - progredující demence, spontánní motorické příznaky parkinsonismu, kolísající úroveň kognitivních funkcí s variacemi v pozornosti a bdělosti“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, str. 36).

Příčiny nemoci nejsou dosud zcela jasné. Ale můžeme mluvit o genetických předpokladech, životním stylu a vlivech prostředí.

Léčba je téměř stejná jako u Alzheimerovy choroby. Je ovšem nevhodné použití klasických neuroleptik (antipsychotik), které ohrožují pacienty. Z léků používáme kognitiva - inhibitory cholinesteráz, podávání klozapinu je vhodné na neuropsychiatrické příznaky. Můžeme používat také nová šetrnější antipsychotika. Při prevenci i při léčbě je důležitý trénink paměti, dostatečná tělesná aktivita, vhodná strava a dostatečný příjem tekutin. Z nefarmakologických prostředků se při léčbě užívá různých terapií např. zooterapie, vzpomínkové terapie aj. Důležité je i informování příbuzných o nemoci, úprava prostředí, ve kterém nemocný žije, dodržovat určitý denní režim (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Frontotemporální demence

Tento typ demence je způsoben postupnou degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Začátky této demence jsou minimálně rozpoznatelné, nemoc je v začátcích nenápadná, ale příznaky se postupem času zhoršují. Objevuje se poměrně brzy a to mezi 45. a 65. rokem. Nejčastěji se jedná o Pickovu chorobu (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

U osob v raném stádiu zaznamenáváme zanedbávání hygieny, poruchy sociálního chování např. hrubost, drobné krádeže, násilné prvky. Jsou často neklidní, chodí sem a tam, postupně zpozorujeme duševní rigiditu. Změny jsou patrné i ve stravě, kdy se může nemocný přejídat, zvýšit pití alkoholu. Nemocní nejsou schopni vydržet u nějaké činnosti déle, nepřiznávají si, že by mohli být nemocní. Z dalších příznaků jsou to poruchy efektivity, hypochondrie, citová lhostejnost. Objevuje se také inkontinence, postupně také omezuje pohyb, objevuje se třes (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

Sekundárních demencí je mnoho a proto si blíže přiblížíme jen některé a to Vaskulární demenci a Parkinsonovu. Sekundární demence mají různé příčiny. Jsou to demence spojené s traumatem, infekční demence, při tumorech, epilepsii, při metabolických poruchách, při endokrinních onemocněních atd. (PIDRMAN, 2007).

Vaskulární demence

Jedná se o druhou nejčastější demenci hned po Alzheimerově chorobě. Poruchy vznikají špatným cévním zásobením mozku. Pokud se vyskytuje vaskulární demence s další demencí, mluvíme o demenci smíšené (MÜHLPACHR, 2010).

HRDLIČKA, HRDLIČKOVÁ (1999) dále uvádí 3 podtypy vaskulární demence:

- vaskulární demence s akutním začátkem - rychlý nástup během 1-3 měsíců, po mozkové příhodě,
- multiinfarktová demence - pomalejší nástup, 3-6 měsíců, proběhlo několik malých ischemických příhod,
- subkortikální demence - u pacientů, kde dokážeme zjistit poškození mozku,
- smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence - korové i podkorové poškození.

Podmínkami pro určení, že se jedná o vaskulární demenci, jsou úbytek kognitivních funkcí, které se projevují v každodenním životě, a také musí být pomocí vyšetření zjištěno cerebrovaskulární onemocnění. Tyto dvě poruchy spolu musejí souviset (RŮŽIČKA, HRDLIČKOVÁ, 2003).

Příčiny této nemoci nejsou zcela jasné. Nemoc se vyskytuje v rodinách onemocněných v přímém příbuzenství. Za příčiny jsou tedy považovány genetické predispozice, vyšší věk a také poškození motorického neuronu (PIDRMAN, 2007).

Parkinsonova choroba

„Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky. V pozdějších stádiích a především u případů, které se objeví až ve vyšším věku, bývají postiženy i další oblasti mozku“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, str. 40).

Výskyt demence u Parkinsonovy choroby je odhadován asi na 10%. Riziko výskytu demence roste s věkem. Po 70. roku života se demence objevuje třikrát více než u mladších. U Alzheimerovy choroby je demence daleko hlubší. U této choroby se nevyskytují větší poruchy řeči, ani poruchy jazyka. Jejich kognitivní funkce jsou poškozeny, ale ne úplně zničeny, takže spíše si všímáme, že nemocní jsou zapomnětlivější, pomalejší, apatičtí (MÜHLPACHR, 2010).

Jedním z prvních viditelných příznaků je neovladatelný třes. V první etapě nemoci můžeme sledovat zvýšenou únavu, občasné křeče, bolesti zad a kloubů, třes jedné či obou končetin v klidu, slabá mimika, poruchy a zpomalení chůze, pocit ztuhnutí a tíže končetin. Nemoc může probíhat až několik let, příznaky se postupně zhoršují, kdy v pokročilejším stádiu dochází k neovladatelnému třesu končetin, omezenému pohybu, velice špatné chůzi především v předklonu, absence mimiky, poruše rovnováhy, zácpě, poruše močení. (4)

Nemoc nelze zcela vyléčit, ale lze odstranit některé příznaky nebo je alespoň zmírnit. Léčba je farmakologická, podává se lék L-dopa. Dále je důležitá životospráva jedince a rehabilitace. Výjimečně se provádí hluboká mozková stimulace, kdy se implantuje elektrostimulátor do postižených oblastí mozku. (5)

Parkinson plus je nemoc, která má některé příznaky totožné s Parkinsonovou chorobou. Je charakteristický bradykinezou, rigiditou, tremorem a poruchami stability chůze a stoje. Parkinson plus se liší tím, že špatně nebo vůbec nereaguje na léčbu L-dopa, charakteristickými tělesnými a neurologickými příznaky a kratší dobou přežití. Léčba je především nefarmakologická (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2007).

2.5 Demence a aktivizace u seniorů

Jednou ze změn, které nastávají ve stáří, je demence. Pro lidi, kteří onemocní touto chorobou je velice důležité „procvičovat se“ ve všech oblastech. Jak již bylo zmíněno výše, především kognitivní funkce a aktivity denního života. Novým pojmem je aktivizace, kterou si popíšeme níže. Je důležité člověka aktivovat jak v domácím prostředí, tak v ústavním zařízení.

WEHNER, SCHWINGHAMMER (2013, str. 11) definuje pojem aktivizace: „*Odvozeno od „aktivovat“, tj. uvést něco do pohybu, do činnosti; přimět ke (zvýšené) činnosti, zintenzivnit působení něčeho, vyvolat působení něčeho, pomoci něčemu k vyšší účinnosti.*“

Pro každého je důležité dělat nějakou smysluplnou aktivitu. Pro lidi s demencí je aktivita velice důležitá pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Jsou pro nemocného stejně důležité jako fyzická péče a výživa. Je důležité, aby pracovníci na určitou aktivitu byli vyškoleni, neboť špatné vedení může spíše ublížit než být prospěšné. Pro každého musí být vybrána vhodná aktivita z hlediska individuality (ZGOLA, 2003).

3. Kvalita života

3.1 Historie pojmu kvalita života

O kvalitu života se lidé zajímali již v mytologickém Řecku a Římě. Koncepce kvality života se objevuje např. u Aesculapa, Asclepia (VAĎUROVÁ, MÜHLPACHR, 2005). Mezi první díla, která se zabývala kvalitou života, můžeme řadit dílo od Aristotela, Etika Nikomachova (KŘIVOHLAVÝ in HEŘMANOVÁ, 2012).

Ve 20. letech 20. století se konkrétně pojem kvalita života poprvé objevil, ale pouze v oblasti materiální životní úrovně konkrétní společnosti. V 30. letech téhož století byl pojem zaveden Thornidikem také do psychologie (HEŘMANOVÁ, 2012).

V poválečné době, v 60. letech prohlásil tehdejší prezident Johnson, že jedním z cílů politiky bude zlepšení kvality života. Poukazoval na to, že je důležité, jak se lidem za určitých podmínek žije. V 70. letech se také kvalita života objevila v politickém programu v Německu, konkrétně u politika Willyho Brandtona (PAYNE, 2005).

Byl také zaveden pojem „Social Indicator“, (CAMPBELL, 1976) kde byl výzkum zaměřen na monitorování dopadu společenských změn na život lidí (PAYNE, 2005).

Dále se tímto pojmem zabývala medicína, kdy se vedla diskuze, zda je kvalita života měřitelná podle toho, v jakém stavu je naše zdraví. V 70. letech se rozšířil konzumní způsob života tedy konzumní společnost, což POTŮČKA in HEŘMANOVÁ(2002) definuje jako „*Společnost, kde dominuje bezduchý konzum nad duchovností.*“ Později se začaly provádět sociologické výzkumy, které popisovaly kvalitu života a způsob života lidí. Bylo velmi diskutované, které oblasti do pojmu kvality života zahrnout. Nejprve se objevoval objektivní výzkum, až později v 80. letech se začal upřednostňovat subjektivní výzkum (HEŘMANOVÁ, 2002).

V dnešní době převažuje také subjektivní výzkum. Hodnotí se zpravidla tři základní oblasti, mezi které patří celková spokojenost se životem, spokojenost s dílčími oblastmi života, faktory, které jsou podmiňující pro pocit kvalitního a subjektivního života. Objektivní kvalita života se v dnešní době zabývá především kvalitou života v obcích, krajích a státech (HEŘMANOVÁ, 2002).

3.2 Definice pojmu kvality života

Definice tohoto pojmu jsou různé a dosud se neobjevila jediná, která by byla všeobecně přijatelná. Je to i z důvodu, že se tímto pojmem zabývá celá řada oborů. Je tedy velice obtížné definovat pojem kvalita života.

Jedna z prvních definic pojmu kvalita života je: *„To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života“* (GALBRAITH in MICHALÍK, 1967, s. 24).

DRAGOMERICKÁ, ŠKODA, (1997, str. 104) uvádějí následující definici: *„Kvalita života spíše než na jednoznačném teoretickém základě, leží v průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah jí definitivně vymezit.“*

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (DRAGOMERICKÁ, PRAJSOVÁ, 2009, str. 9).

Jednu z definic uvádí také GURKOVÁ (2009), kvalita života je definována jednotlivcem, podle toho jak ji vnímá, je prezentována komponenty u různých lidí, nemá libovolný obsah a mění se časem. Chápeme tomu tak, že kvalita života osob je ovlivněna tím, co v tuto chvíli považujeme za uspokojivé nebo neuspokojivé. To co nám zvyšuje kvalitu v mládí, nám ji může ve stáří snižovat.

Definic kvality života máme tedy nespočet, každý člověk si musí najít tu svou, ve které vidí pro sebe důležité body.

Pojem kvalita života má dvě dimenze a to subjektivní a objektivní. *„Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem“* (ONDRUŠOVÁ, 2011, str. 45).

„Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života“ (ONDRUŠOVÁ, 2011, str. 45).

V oblasti zdravotnictví se opíráme o definici zdraví organizací WHO, *„Kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“*(PAYNE, 2005, str. 208). To potom znamená, že kvalita života závisí také na našem zdraví, pokud jsme nemocní, kvalita života se snižuje a to např. z důvodu,

že nemůžeme dosáhnout všech cílů, kterých jsme chtěli dosáhnout, mění se náš životní styl a zájmy, při těžších onemocněních můžeme přijít o práci z důvodu neschopnosti zvládnání práce atd. WHO také vymezuje čtyři základní oblasti kvality života, kterými jsou: psychické zdraví, fyzické zdraví, sociální vztahy a prostředí (VAĎUROVÁ, MÜHLPACHR, 2005).

V psychologii se kvalita života měří pomocí těchto třech pojmů, kterými jsou pohoda, štěstí a spokojenost. VEENHOVEN in ONDRUŠKOVÁ (2011) uvádí Model čtyř kvalit života. Mezi jeho čtyři základní kvality života patří: životní předpoklady, životní výsledky, vnější kvality, vnitřní kvality. (ONDRUŠKOVÁ, 2011)

Tabulka č. 1- Čtyři kvality života podle Veenhoven

Čtyři kvality života	Vnější kvality	Vnitřní kvality
	Charakteristika prostředí včetně společnosti	Charakteristika individua
Předpoklady Životní šance	Vhodnost prostředí - Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň (zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy)	ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE - Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost (představuje fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu)
Výsledky Životní výsledky	UŽITEČNOST ŽIVOTA - Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce (zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filosofie)	VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA - Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti (představuje pojetí kvality života, které je široce aplikováno ve vědách o člověku, v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy, zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové životní spokojenosti)

Zdroj: Upraveno dle VEENHOVEN, R. (2000): The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness Studies, 1: p. 1-39.

V sociologii je kladen důraz na atributy sociální úspěšnosti, mezi které patří status: majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Zkoumáme vztah těchto atributů ke kvalitě života. Sociologie má ke zkoumání kvality života zřízenou organizaci, která se nazývá International Society for Quality of Life Studies. V této organizaci je prvotně kvalita života chápána jako „*Produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek ovlivňujících rozvoj lidí*“ (PAYNE a kol., 2005, str. 211).

3.3 Rozsah pojetí kvality života

(VAŽUROVÁ, MÜHLPACHR, 2005) uvádějí dle Engelse a Bergsmý měření kvality života v různých rovinách:

- **makro-rovina** - kvalita života se zabývá většími společenskými celky např. státem. Zkoumá se absolutní smysl života,
- **mezo-rovina** - kvalita života se měří v různých menších sociálních skupinách, např. třída. Zabývá se vztahy mezi lidmi ve skupině, klimatu ve skupině, uspokojování či nespokojování potřeb ve skupině,
- **personální rovina** - kvalita života nezabývá jen jednotlivcem, hodnotí se zdravotní stav, bolest, spokojenost, naděje, ale také hodnoty, které jsou pro konkrétního člověka důležité,
- **rovina fyzické existence** - u této roviny sledujeme chování jiných lidí a srovnáváme za určitých podmínek, tato rovina je pro hlubší pojetí kvality života nepostradatelná.

3.4 Měření kvality života

„*Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Jedná se o proces spojování abstraktních konceptů s empirickými indikátory, které jsou pozorovatelné*“ (VAŽUROVÁ, MÜHLPACHR, 2005, str. 40).

VAŽUROVÁ, MÜHLPACHR (2005, str. 40) uvádí úrovně, na kterých je měření realizováno:

- poměrová,
- intervalová - rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné,
- ordinální- proměnné mohou být seřazeny,
- nominální- proměnné mohou být pouze vyjmenovány.

V oblasti sociálních a zdravotních služeb by mělo být měření kvality života jedním z cílů. Hodnocení je velice obtížné, jelikož se na výsledcích podílí mnoho negativních faktorů. U měření zdravotního stavu se prokázalo, že senioři z ČR dosahují nízkých výsledků oproti ostatním zemím EU.

ČEVELA, KALVACH, ČEVELOVÁ (2012, str. 196) uvádí některé z těchto faktorů:

- **skutečně špatný zdravotní stav** (celoživotní nezdravý životní styl, nezdravé životní prostředí, nízká účinnost zdravotnictví),
- **přílišná náročnost prostředí**, která akcentuje funkční deficity zdravotního postižení,
- **psychické faktory** (deprese, obecná nespokojenost, litování se, nepřiměřeně vysoká očekávání, maladaptace na zdravotní problémy),
- **ekonomické faktory** (nedostatek financí),
- **náhodné faktory** (problémy při vyplňování dotazníku).

Mezi nejčastější metody, které se používají při měření kvality života, jsou dotazník a rozhovor. Na začátku 90. let na popud Světové zdravotnické organizace byla zřízena mezinárodní pracovní skupina WHOQL (World Health Organization Quality of Life Groups), která se začla zabývat měřením kvality života a vytvořila tak dotazník, který obsahoval sto položek, nazýván WHOQOL-100. Tento dotazník, který měří kvalitu života, je rozdělen do šesti oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, nezávislost, spiritualita) a dvaceti - čtyř podoblastí. Zkrácená verze se nazývá WHQOL-BREF, která obsahuje jen čtyři oblasti (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) (ONDRUŠKOVÁ, 2011).

Mezi další metody, které se mohou používat při měření kvality života, jsou např. dotazník EQ-5D (EUEIQUEL), který hodnotí 5 okruhů života, dotazník SQUALA, škála WHP-DAS, numerická škála atd.

KŘIVOHLAVÝ (2001, str. 165) rozděluje metody měření do třech skupin:

- kvalitu života hodnotí jiná osoba – OBJEKTIVNÍ,
- kvalitu života hodnotí sama osoba – SUBJEKTIVNÍ,
- kvalita života se měří kombinací předchozích dvou metod.

3.5 Kvalita života seniorů

MPSV vydává Národní program na přípravu na stárnutí. My si přiblížíme Národní program na přípravu na stárnutí na období let 2013-2017.

Tento program se snaží vytvořit pro seniory co nejlepší podmínky. Ohlíží se na to, že populace v ČR stárne. Program má několik bodů - zajištění a ochrana práv starších osob, celoživotní učení, zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí, péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností.

Pro seniory s demencí je nejvíce důležitý poslední bod - péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností. Současný stav je takový, že sociální služby pro seniory nejsou provázané, což snižuje kvalitu péče. Jelikož obyvatelstvo bude stárnout, musíme se připravit i na to, že přibude seniorů s demencí, jelikož je to časté onemocnění vyššího věku. Zvýší se poptávka po sociálních a zdravotních zařízeních.

MPSV uveřejňuje vizi, jak se na tento stav ČR bude připravovat. Péče o seniory musí nabídnout co nejvíce služeb, aby si každý mohl vybrat co nejvhodnější pro jeho potřeby. Speciální péče o seniory s demencí se musí snažit o co nejdelsí samostatnost klienta a co nejvyšší kvalitu života. Rodina je důležitou jednotkou v péči o seniora. Měli by jí být nabízeny odlehčovací služby, podpora k vzdělávání, možnost opětovného začlenění na trh práce, psychologické poradenství. I pečovatelé o seniory by měli být dostatečně kvalifikováni, aby byla péče efektivní.

I senior potřebuje naplňovat své životní potřeby. Jelikož dochází ve stáří k úbytku funkčních schopností a soběstačnosti, jsou odkázáni na pomoc okolí. KAUFMANOVÁ in DVOŘÁČKOVÁ (2012) zjistila, že pro osoby seniorského věku jsou důležité tyto hodnoty: zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Z potřeb jsou pro ně důležité fyziologické, bezpečí a sociální potřeby.

3.6 Sociální služby pro seniory

Sociální služby poskytují jejímu uživateli stravu, ubytování, pomoc při chodu domácnosti, ošetřování, informace, kontakt se společnostmi, pomoc při prosazování zájmů a práv. Zákon 108/2006 Sb. (6) nám rozděluje sociální služby na poradenství, péči a prevenci. Služby jsou dále pobytové, terénní a ambulantní. Pokud dojde u seniora ke zhoršení stavu, měla by rodina uvážit, kterou z těchto služeb využije. (7)

Jednou ze služeb je služba pečovatelská. Jedná se o terénní službu. Poskytuje se občanům, kteří ze zdravotních důvodů nebo snížené soběstačnosti a vysokého věku se nemůžou bez péče jiné osoby o sebe a domácnost postarat. Touto službou jsou zajištěny základní životní potřeby.

Další službou pro seniory jsou centra denních služeb, kde jsou pro seniory různé aktivizační činnosti, poskytování stravy, pomoc při zvládnutí hygieny a péče o vlastní osobu, zprostředkovávají kontakt se společností, pomoc při uplatňování práv.

Mezi pobytová zařízení pro seniory patří domy s pečovatelskou službou, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem. V prvním z těchto zařízení je přítomna pečovatelka, která může kdykoli seniorovi pomoci. V domovech pro seniory jsou lidé, kteří mají nižší soběstačnost a potřebují pomoc jiné osoby. Domov se zvláštním režimem je specializované zařízení pro osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s demencí, které potřebují pravidelně pečující osoby z důvodu snížené soběstačnosti. Dalším zařízením je sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, kdy se jedná o zařízení, kde osoba nevyžaduje ústavní zdravotní péči, ale nemůže se o sebe sama postarat a čeká, než jí bude zabezpečena pomoc osobou blízkou a nebo zajištěna nějaká ze sociálních služeb ať už terénní, ambulantní nebo pobytová (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

II. Praktická část

4. Výzkumné šetření

Pro výzkumnou část mé praktické části byla vybrána dvě zařízení, kdy jedno se nachází ve městě Brně - Domov pro seniory Věstonická a druhý se nachází v obci Nové Hvězdlice - Domov Hvězda. Oba dva domovy poskytují dvě sociální služby. Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Zaměříme se na Domovy se zvláštním režimem, jelikož jsou zde umístěni senioři s demencí. V těchto zařízeních bude zjišťována kvalita života.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bude zjistit kvalitu života seniorů v těchto zařízeních. Kvalita života bude zjišťována objektivně, tedy z hlediska jiné osoby. Osobou, která bude kvalitu života hodnotit, budu já a zaměstnanci domovů, se kterými jsem měla možnost spolupracovat. Kvalita života bude následně srovnána v těchto dvou zařízeních. Pro zhodnocení kvality života byly vybrány oblasti: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou.

Hlavní cíl: Jaká je kvalita života v zařízeních v oblastech: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou?

Pro zpracování výzkumu byly vytvořeny následující otázky, na které mi odpověděl rozhovor s pracovníky zařízení.

1. Jaké jsou vztahy mezi klienty?
2. Jsou pečující osoby dostatečně kvalifikováni a průběžně dále vzdělávání ve své práci?
3. Zajímají se rodiny o své blízké umístěné v domově?
4. Jsou domovy dostatečně vybaveny různými pomůckami?
5. Jaký mají vztah pracovníci ke klientům, baví je tato práce?

4.2 Metodologie

Výzkum byl prováděn od února do dubna 2014. Jedná se o kvalitativní výzkum. Použity budou následující metody: rozhovor, analýza dokumentů a především pozorování.

Rozhovor je metoda, při které spolu hovoří osoba zkoumaná a zkoumající. Měl by být přátelský s příjemnou atmosférou. Zkoumající má připravenou osnovu, které se drží,

ale otázky může v průběhu rozhovoru přidávat nebo se doptávat na další informace. Mluvit by měl především zkoumaný (GAVORA, 2010).

U analýzy dokumentů bylo nahlédnuto do různých dokumentů o vedení domova a prohlédnuty fotografie.

Pozorování je nejčastější metoda kvalitativního výzkumu. Může být vykonáno v přirozeném nebo umělém prostředí. V tomto výzkumu bylo pozorování v přirozeném prostředí. Zkoumající chce poznat, jak se lidé chovají při různých situacích. Během pozorování si člověk dělá písemné záznamy (GAVORA, 2010).

4.3 Respondenti

Výzkum bude proveden ve dvou již zmíněných zařízeních. Tyto zařízení jsem si vybrala, jelikož jsou nejblíže mému domovu. Rozhovory budou provedeny s náhodně vybranými pracovníky v přímé péči s klienty. Pozorovanými budou klienti umístění do Domova se zvláštním režimem, s demencí různého typu a v různém stádiu.

4. 4 Zpracování získaných dat

Praktická část je zpracována tak, že nejprve je popsán každý z domovů v oblastech, které byly vybrány pro kvalitu života, do kterých budou zahrnuty poznatky z pozorování a z mých dotazů od pracovníků, ke kterým jsem byla přiřazena. Dále budou uvedeny rozhovory s pracovníky na zjištění mých výzkumných otázek. Ke konci výzkumné části přidám srovnání domovů, kde jeden se nachází na vesnici a druhý ve městě. Na závěr se budu snažit shrnout kvalitu života v těchto domovech.

Vždy, po návštěvě jednoho z domovů, jsem byla přiřazena k určitému pracovníkovi, kterého jsem se mohla zeptat na doplňující informace o tématech, která jsem potřebovala, tyto rozhovory nejsou v práci konkrétně vypsány, jelikož byli velmi nestandardizované a budou použity jen v charakteristice jednotlivých domovů. Další rozhovory, které jsou uvedeny v práci, byly zaměřeny na doplňující otázky ve výzkumu. Rozhovory byly zaměřeny především na vzdělání pracovníků, jaká je jejich motivace k vykonávání této práce, na vztahy s klienty a na to, jak vidí jejich rodiny, zda se o klienty zajímají, jak často je navštěvují atd. V Domově pro seniory Věstonická mi bylo poskytnuto pět rozhovorů a v Domově Hvězda šest.

Výzkum bude nakonec vyhodnocen podle výsledků z pozorování a záznamu rozhovorů, kdy bude brán zřetel na malé odchylky.

4.5 Domov Hvězda

Domov Hvězda se nachází v krásném, klidném prostředí v Jihomoravském kraji, okrese Vyškov ve vesnici Nové Hvězdlice. Poskytuje dvě sociální služby Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Domov pro seniory je sociální služba poskytována lidem nad 65 let, kteří se o sebe nemůžou postarat bez pomoci jiné osoby a i s využitím terénních sociálních služeb nemohou zůstat v domácím prostředí z důvodu vyššího věku a zdravotního stavu. Domov se zvláštním režimem je sociální služba poskytována lidem nad 65 let, kteří se o sebe nemůžou postarat bez pomoci jiné osoby a i s využitím terénních sociálních služeb nemohou zůstat v domácím prostředí z důvodu chronického duševního onemocnění, Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí. Domov má dvě budovy a to novou budovu a starou, zámeček.

Je zde poskytován celoroční pobyt, celodenní strava, sociální, zdravotnická, ošetrovatelská a aktivační činnost.

Než byl v této zámecké budově zřízen Domov Hvězda, nacházel se zde od roku 1924 Ústav pro nevidomé. V 80. letech odešla velká část nevidomých do ústavu Brno - Chrlice, část zde zůstala a vznikl tak Domov Hvězda.

Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti

V tomto domově jsou aktivizační činnosti rozplánovány vždy měsíc dopředu, ale jsou si velice podobné. Každý klient si může zvolit, které aktivity se zúčastní, a které ne. Rozpis týdenních aktivit je umístěn vždy na nástěnce před aktivizační místností. Aktivity jsou vybrány tak, aby nebyli moc fyzicky náročné a mohlo se zapojit co nejvíce klientů. Mezi oblíbené aktivity patří výtvarná dílna, kde jsou tvořeny různé výrobky, jako jsou např. košíky, výrobky s tématem svátků atd. Klientům je nabízeno také hraní různých společenských her. Klienti rádi soutěží především v šipkách, hodu na cíl nebo shazování plechovek. Mezi ženami je nejoblíbenější kroužek vaření. Jsou nabízeny také paměťové cvičení, především jako prevence při demenci a u již nemocných k procvičování nepoškozených částí. Nejvíce klientů se účastní skupinového cvičení, asi jedna třetina.

Terapie, které jsou nabízeny v domově, jsou muzikoterapie, taneční terapie, biblioterapie, zooterapie. Muzikoterapie a taneční terapie jsou opakovány většinou dvakrát do měsíce. Nejrozšířenější terapií v tomto domově je oblíbená taneční, ale také biblioterapie. Domov vlastní poměrně dobře zásobenou knihovnu, a pokud si chce klient číst sám, může si vybrat svoji oblíbenou knihu. Knihy jsou také předčítány a následuje procvičování paměti,

co jsme se v knize mohli dozvědět. V domově umístěna kočka, kterou mají všichni klienti moc rádi a mají pocit, že se mohou o někoho starat.

V domově také probíhají různé akce během celého roku, divadelní představení, živá hudba různých žánrů, ostatkové veselí, hodové veselí, pálení čarodějnic, Den matek, Májové oslavy, v létě bývá pro klienty připraven tzv. „Zábavný park“, kde se plní různé úkoly a je zakončen opékáním špekáčků, v měsíci prosinci pak přichází mikulášská nadílka a Štědrý den.

Klienti, kteří jsou věřící, mají k dispozici také Křesťanské společenství a do domova přijíždí jednou za měsíc farář a koná se bohoslužba. Pro bohoslužby je v domově ve staré části, zámečku, zřízena speciální místnost.

Musím ale říct, že klienti, kteří byli mobilní a schopni nějaké aktivity se raději věnovali sledování televizních seriálů nebo si raději povídali s ostatními klienty. Bylo zde pár jednotlivců, kteří si nenechali ujít žádnou aktivitu, mezi těmito osobami se nacházeli většinou ženy.

Vybavení domova

Celý areál obsahuje tedy 2 hlavní budovy, zámeček a novou budovu. V další, menší oddělené budově jsou umístěny kanceláře vedení domova. K areálu patří také park, který dvě hlavní budovy spojuje. V parku můžeme najít také altánek, lavičky a v létě je zde zahradní nábytek, takže klienty můžou trávit krásná odpoledne venku. Dále k areálu patří skleníky a chlévy, dříve byl domov soběstačný, ale v dnešní době díky mnoha nařízením se vypěstované ovoce a maso nemohou bez kontroly používat. Skleníky a chlévy jsou v dezolátním stavu.

Domov je rozdělen na dvě sociální služby a to Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem, jak už bylo zmíněno výše. Klienti těchto dvou služeb nejsou odděleni, ale právě z důvodu, že klienti Domova pro seniory mohou pomáhat klientům ze zvláštního režimu např. v orientaci. Druhým důvodem, proč jsou spojeni, je také fakt, že v Domově pro seniory je jen 14 klientů, v Domově se zvláštním režimem je 92 klientů. Celkový počet míst je 106 lůžek.

Ve staré budově, zámečku, se nachází velká jídelna, do které se klienti chodí stravovat. Pokud jim to ale zdravotní stav nedovolí, na každém patře je menší kuchyňka

s jídelnou, kde jim pečovatelé stravu připraví. Imobilním klientům je strava přinesena na pokoj a pečovatelky jim pomáhají se najíst. Na každém patře se nachází koupelna. V hlavní jídelně je umístěn tzv. „retrokoutek“, kde jsou umístěny předměty, fotografie z jejich mládí a tak si mohou zavzpomínat na svá mladá léta. Zároveň tento koutek slouží k procvičování paměti. Budova má tři patra, kde v prvním patře se nachází sprcha, ve druhém vana a ve třetím opět sprcha. V této části budovy se také nachází prádelna, kotelna, hlavní kuchyň, velká společenská místnost, rehabilitační místnost, místnost pro bohoslužby, kadeřnictví, bufet a pokoj pro zdravotní sestry.

Nová budova je mnohem hezčí a modernější. Je nazývána jako vila. Dělí se také na tři patra. V prvním patře je aktivizační místnost, kde jsou na nástěnce uvedeny aktivity na současný týden. Také v této budově je na každém patře kuchyňka. Klienti těchto kuchyňek využívají více, protože od hlavní jídelny je odděluje park. V této budově je umístěn také výtah. Nejvíce se mi líbilo, že každé patro bylo vymalováno určitou barvou, i čísla ve výtahu byli barevně, a tak pokud klient zapomněl, na kterém patře bydlí, mohl se řídit dle barev. Pečovatelky říkaly, že barevné rozlišení je pro klienty mnohem přijatelnější než různé popisky a čísla. Na každém patře se také nachází televize a koupelny. Koupelny byly jako na staré budově rozděleny podle pater, takže v prvním patře se nachází vana, v druhém sprcha a ve třetím patře se nachází speciální vana tzv.: „PARKER BATH“. Jedná se o vanu, která je výškově nastavitelná, pomáhá při asistovaném koupání a sprchování obyvatel v pečovatelských zařízeních.

Pokoje jsou jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové nebo čtyřlůžkové. Každý pokoj má polohovací postel, skříň pro každého klienta, ledničku. Některé pokoje mají také stoleček s židlemi a jednolůžkové pokoje mají i televizi. Pro vícelůžkové pokoje je televize umístěna na chodbě. Každý klient si může pokoj vyzdobit podle své fantazie, takže si může přinést z domova různé předměty, obrazy, fotky atd. V zámečku se nacházejí pokoje větší. Na každém patře v obou budovách je vyvěšen seznam klientu, kteří dané patro obývají. Velmi používané jsou piktogramy.

Zdravotní péče

Do zařízení přijíždí pravidelně praktická lékařka a to dvakrát týdně. V úterý v čase od 10:30-13:00 hod. a ve čtvrtek od 10:30 - 14:30 hod. Pokud je potřeba vyšetřit klienty dříve, v rámci návštěvní činnosti do domova přijede. Léky, které klienti pravidelně užívají, jsou předepisovány jedenkrát za dva měsíce. O víkendech a v nočním provozu je lékařská

pomoc zajištěna v nemocnici ve Vyškově. Jednou za měsíc zařízení také navštěvuje psychiatr a po domluvě sem přijíždí také neurolog a diabetolog. Stomatologickou péči zajišťuje paní doktorka z Kozlan a odborná vyšetření zajišťuje lékařská péče v Bučovicích a ve Vyškově.

V zařízení nejsou specializovaní pracovníci na rehabilitaci. Po domluvě s lékařkou je provádějí zdravotní sestry, pečující pracovnice nebo pracovnice, které mají na starost aktivizaci. Nejčastější je skupinová rehabilitace. Je prováděna i individuální rehabilitace, která je prováděna na pokoji a spočívá v nácviku sedu, chůze, sebeobsluhy a stoje.

Rodina klientů

Domov se snaží, aby se klient mohl s rodinou setkávat co nejčastěji. Pořádá tak různé akce, kterých se mohou zúčastnit i rodiny klientů. Pro rodiny jsou k dispozici i semináře, které rodiny seznámí, jak o klienty s demencí nebo jiným onemocněním pečovat. Mnoho rodin si své klienty bere na svátky nebo i víkendy domů. Návštěva je možná každý den od 10:30 - 17:00 hod. Pro návštěvy je zřízena návštěvní místnost. Po domluvě se spolubydlíci je možná návštěva i na pokoji. Sociální pracovnice pomáhají klientům o udržení kontaktu s rodinou.

Další služby

V domově je zřízena kantýna, která je otevřena každý všední den a v sobotu dopoledne. Domov také jednou za čas navštěvují prodejci s oblečením a obuví. Pokud potřebují nakoupit imobilní klienti, zajistí jim to pracovníci domova. Jak již bylo zmíněno, v domově má speciální místnost i kadeřnice, která sem dojíždí jednou za týden.

Strava je poskytována klientům v určeném čase. Mohou se najíst v hlavní jídelně ve staré budově nebo v menších jídelnách na každém patře, popřípadě na pokoji. Domov vlastní svou kuchyň. Jídlo je vydáváno v následujícím čase:

Snídaně	8:00 - 9:00 hod.
Oběd	12:00 - 13:00 hod.
Svačina	14:30 - 15:00 hod.
Večeře	17:15 - 18:15 hod.
Druhá večeře	19:30 hod.

Praní prádla zajišťuje domov také sám. Ve sklepení se nachází prádelna. Bylo velice složité, jak správně roztrdit prádlo a vybrat vhodný systém, aby nebyli klienti

tzv. „značkování“. Na neviditelném místě, cedulce, kde je uvedena velikost prádla má každý klient vyšité číslo a dále každému klientovi náleží v regálu určené místo, kde se mu skládá čisté oblečení.

Každý klient má také právo na sociálně-právní poradenství, na pomoc při řešení hospodaření s penězi a také na úschovu cenných předmětů, aby nedošlo ke ztrátám.

Rozhovory Domova Hvězda:

Na rozhovory odpovídalo pět žen a jeden muž, kteří vykonávají pozice: zdravotní sestra - vedoucí oddělení (ZS), pracovnice sociální péče (PSP1), vedoucí zdravotní a přímé obslužné péče (VZPOP), aktivizační pracovnice (AP), provozní (P), pracovnice sociální péče (PSP2).

Tito pracovníci jsou během povolání průběžně dále vzdělávání pomocí:

- přednášky,
- semináře,
- kurzy,
- supervize,
- zájmové semináře,
- externí školení,
- konference,
- povinná školení.

1. Otázka: Baví vás tato práce?

ZS: Ano, přináší starosti, ale také radosti. Vykouzlit úsměv na tváři člověka zklamaného životem dá hodně práce, ale je pro mě velkou odměnou.

PSP1: Baví i nebaví. Hodně záleží na náladě seniorů. S některými je opravdu těžká domluva.

- Ostatní 4 pracovníci uvedli jen, že je práce baví.

2. Otázka: V čem je pro Vás tato práce náročná?

ZS: Práce s lidmi a to jak s klienty, tak se zaměstnanci, není vždy jen jednoduchá. Není na světě člověk, aby se zavděčil lidem všem.

PSP1: Jelikož jsem žena, je pro mě tato práce náročná především fyzicky. Musím dodat, že u této práce je vysoká i psychická zátěž.

VZPOP: Tato práce je náročná psychicky i fyzicky. Nejedná se o práci, která končí pracovní dobou.

AP: Největší zátěž je určitě ta psychická. Není pro mě jednoduché poslouchat od klientů jejich životní příběhy, Musím uznat, že někteří to neměli a nemají jednoduché, ale asi si to moc беру k srdci.

P: Neustále se objevuje něco na nového, tím mám na mysli např. zbytečnou administrativu, nesmyslná nařízení.

PSP2: Práce je namáhavá především fyzicky, pro některé i psychicky, ale umím přijít domů a na práci zapomenout.

3. *Otázka: Měnili byste tuto práci za práci v jiném oboru?*

ZS: Dnes asi už ne, pochopila jsem její důležitost.

PSP1: Já bych práci určitě změnila. Vždycky jsem chtěla pracovat s dětmi a pořád mě to láká.

VZPOP: Ne, vždy bych volila práci, kde můžu pomáhat lidem.

AP: Ne, tato práce mi vyhovuje. Vyhovuje mi v tom, že jsem každý den v kontaktu s lidmi a mohu jim pomáhat.

P: Jak kdy. Někdy bych změnil okamžitě, ale někdy mě tato práce zcela naplňuje.

PSP2: Určitě ne.

4. *Komunikujete s klienty často? O jakých tématech spolu komunikujete?*

ZS: Komunikuji s nimi denně. Bavíme se o tématech, která jsou vzhledem ke stupni své nemoci schopni pojmout, je velmi důležité poznat, co si v hovoru ještě můžu dovolit a čím bych je již degradovala, zmátla, znejistila.

PSP1: Komunikujeme každý den. Bavíme se o tématech, která si sami klienti zvolí.

VZPOP: Ano, denně. Snažím se pracovat formou nedirektivních rozhovorů. U klientů s demencí je komunikace velmi specifická a individuální, takže je komunikaci přizpůsobit stupni postižení.

AP: Ano, každý den. Některé klienty se chtějí bavit téměř o všem, někteří komunikují neradi, je to individuální.

P: Denně. Většinou o životě, televizních pořadech a jejich starostech. Některé klienty se nemají komu svěřit.

PSP2: Komunikuji často, někdy každý den. Témata jsou různá, většinou si je volí hlavně klient, já se snažím navázat konverzaci.

5. *Jaká je atmosféra mezi klienty?*

ZP: U demence velmi záleží v jakém stádiu se člověk právě nachází, ale velkou roli hraje také povaha klienta, pokud byl společenský, nekonfliktní, většinou si tyto vlastnosti nese dál celým životem. Těžší spolupráce je tehdy, pokud má v hluboké paměti uloženy špatné zkušenosti, negativa.

PSP1: Je to různé. Někteří jsou kamarádští, pomáhají si. Někteří jsou nenávistní, mají v sobě zlobu a pomlouvají se.

VZPOP: Většina klientů je spokojených. I zde je třeba brát v úvahu individualitu člověka. Povahové rysy ve stáří nezměníme, spíše vystupují do popředí. Pokud ale dojde k agresivnímu chování. Snažíme se klienta komunikačně zklidnit a informovat o problému lékaře.

AP: Podle stupně demence. Ale většinou je povaha klientů přátelská.

P: Záleží, jak kdo, někteří jsou přátelští. Ti, kteří společnosti nevyhledávají, se většinou uzavírají na pokoji. Někdy se objeví i agrese, ale ta se už řeší s psychiatrem, popřípadě je klient hospitalizován v PL Kroměříž.

PSP2: Mám na starost těžká postižení demence, takže tito klienti spolu nekomunikují.

6. *Co rodiny klientů? Jak se zajímají o klienta, pořádáte nějaké společné akce?*

ZS: Zkušenosti jsou pozitivní, ale i negativní. Téměř vždy jsou kladné, pokud se rodina již o člověka starala a až po zhoršení stavu a nezvládání ho předala do péče nám. Ti pak vědí, co péče obnáší a také ji ocení. Máme tu společné kulturní akce pro rodiny klientů. O těchto akcích, jsou rodiny informovány na našich stránkách, plakátech při návštěvách, pořádáme také přednášky o demenci pro rodiny klientů, které budeme v obměňované formě opakovat. Ne vždy je ale ze strany rodiny zájem.

PSP1: Je to různé, ale menší procento chodí na návštěvy pravidelně. Ale najdu se i takové, kteří si berou klienty na dovolenku nebo si je ráno vyzvednou a večer zase přivezou. Rodiny se mohou účastnit jakékoliv akce jako je např. táborák, hody, kavárnička, dýňobraní, tyto akce jsou většinou jednou do měsíce. Pořádáme také semináře pro rodinné příslušníky.

VZPOP: S rodinami se vždy snažíme navázat kontakt a spolupracovat s nimi ve prospěch klienta. Setkáváme se zájmem i nezájmem. Pořádáme semináře. Rodiny mohou navštívit všechny aktivity a kulturní akce.

AP: Zájem je opět individuální. Rodiny se mohou účastnit všech akcí, které jsou pořádány.

P: Jsou rodiny, které jezdí pravidelně na návštěvy, ale většina si přijede jen pro zbytek důchodu.

PSP2: Některé rodiny navštěvují klienty často, některé přivedou klienta pouze při příjmu, víc se nezajímají. Pořádáme semináře, kavárničky.

7. *Jste spokojená s vybavením zařízení nebo Vám některé pomůcky při práci chybí?*

ZS: Platí asi všude, že člověk má stále co zlepšovat, pokud má k dispozici dostatečné finance. Máme ale krásné nové koupelny. Určitě by nám vyhovovalo, kdyby tekla voda přímo na pokojích, více antidekubitních matrací, odsavačka.

PSP1: Asi největším mínusem je to, že nám chybí voda na pokojích.

VZPOP: Pomůcky jsou nakupovány a obměňovány na podkladě potřeb klientů a zaměstnanců. Ale bohužel finance nestačí na všechno.

AP: Dovedu se přizpůsobit a improvizuji s pomůckami, které mám k dispozici, ale musím říct, že mi to tak vyhovuje.

P: S vybavením jsem spokojená.

PSP2: Používám to co je k dispozici, určitě je neustále co dokupovat a obměňovat

8. *Jaké jsou ve vašem zařízení možnosti navazování kontaktů mezi klienty?*

Všichni dotazovaní odpověděli, že při aktivitách, které pořádají. Např. cvičení, terapie, společenské akce, křesťanské společenství, výlety do okolí, posezení v parku.

4.6 Domov pro seniory – Věstonická Brno

Tento domov důchodců se nachází v Brně, v části Vinohrady. Je to poměrně nový domov, vznikl teprve v roce 1996. Domov je poskytovatelem sociální služby a to: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Domov se nachází kousek od MHD, ale i přesto je zde na tak velké město poměrně klidné prostředí. Součástí domova je také velká zahrada, což je vynikající pro odpočinek a procházky pro obyvatele. Domov se skládá z jedenácti oddělení, kde dvě oddělení jsou přímo určena klientům s demencí ve stádiu, kdy jsou už imobilní a potřebují zvýšenou pomoc pracovníků. Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem je oddělen, domov pro seniory se nachází v budově A, domov se zvláštním režimem v budově C.

Sociální péče je poskytována po dvacet čtyř hodin. Zajišťuje ji tým složený ze zdravotních sester, fyzioterapeutů, sociální pracovník, aktivizačních pracovníků, nutriční terapeut. Domov používá metodu bazální stimulace. Zaměřuje se také na paliativní péči.

Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti

Každý den je pro klienty ve speciální společenské místnosti určené pro aktivity připravený aktivizační program. Každý týden se objevují pravidelně stejné aktivity. V pondělí mají klienti možnost zahrát si kuželky a koná se také kroužek šití. V úterý mají keramické dílny, ve středu je kino. Ve čtvrtek klienti mají možnost zavítat do místního Klubu, kde si můžou zahrát různé společenské hry. Oblíbenou hrou je BINGO, kde se mezi jednotlivými odděleními konají turnaje. V pátek je opět keramika a v odpoledních hodinách mohou klienti navštívit kapli, ve které se koná poslech klasické hudby. Novinkou je severská chůze, která se teprve do programu aktivit začleňuje a zjišťuje se, zda bude tato aktivita klienty bavit. Dvakrát do měsíce jsou pro klienty připraveny různé přednášky. Každý den ráno si mohou klienti skupinově zacvičit. I když je v domově okolo 400 klientů, cvičení se účastnilo asi tak kolem 30 klientů a bývá to tak pravidelně. Pečovatelky se snaží s klienty procvičovat také paměť.

Jednou za týden se v domově koná canisterapie. Klienti se na tuto terapii velmi těší. Mezi další terapie, kterých se klienti mohou účastnit, je muzikoterapie, v rámci poslechu hudby a biblioterapie. Domov vlastní knihovnu, o kterou se starají klienti. Každý si může knihu půjčit na pokoj a občas se koná i předčítání.

Pro klienty jsou k dispozici také počítače, přes které mohou komunikovat s rodinou. Mnoho klientů ale počítačů nevyužívá, přece jen to ještě není tzv. „počítačová generace“. Klienti se také mohou účastnit bohoslužeb, které se konají každý týden. Domov pořádá také mnoho akcí, jako jsou velmi oblíbené Hody, kde klienti jsou krojovaní. Domov se snaží zajistit každý měsíc, alespoň jednu kulturní akci jako je např. divadlo, hudební vystoupení nebo přednášky.

Vybavení domova

Domov se skládá ze dvou budov, které jsou spojené menší budovou, kde se nacházejí většinou společné prostory pro obě budovy jako je jídelna, kaple, kinosál, zubní ordinace, kantýna, hlavní hala, školící místnost, zubní ordinace a rehabilitace. V každé z dvou hlavních budov jsou pokoje. Pokoje jsou nejčastěji dvoulůžkové, nacházejí se zde i jednolůžkové a pokoje určené pro manželské páry. Třílůžkové a čtyřlůžkové pokoje jsou zde také, ale je jich minimum, což považuji za velice zdařilé, jelikož, mají klienti více soukromí. Součástí každého pokoje jsou: postele, skříň, jídelní stůl, židličky, klienti si mohou zdobit pokoje

podle svého vkusu, ale nesmí si nosit své elektrospotřebiče. Je zde tzv. buňkový systém, kdy jsou vždy v buňce dva pokoje, většinou jednolůžkový a dvoulůžkový, pro které je společná koupelna. Na každém patře se nachází kuchyňka, ve které se upravuje strava podle potřeb klienta, součástí je i menší jídelna, kam se mohou klienti chodit najíst, pokud je pro ně namáhavé sejít do hlavní jídelny. Některým klientům je samozřejmě strava přinesena až na pokoj nebo jsou krmeni. Velkou nevýhodou jsou pokoje s balkóny, kde je sice součástí pokoje balkón, ale nemá bezbariérový přístup a tak se vozičkáři na balkón nedostanou. Některé z místností určené pro určitou činnost byly již zmíněny a dalšími jsou posilovna, dílny, tělocvična, společenská místnost. Posilovna není moc využívána, senioři k ní nemají vztah. Na každém patře je na nástěnce umístěn seznam klientů, kteří toto patro obývají. Je to dobré i pro jejich orientaci.

K domovu patří také zahrada, ve které se mohou klienti procházet, pokud jim to zdravotní stav dovolí. V tomto parku má být v budoucnu vystavěno dětské hřiště, což se mnoha pracovníkům zdálo zbytečné. Je to ale z důvodu, aby si vnoučata měla kde hrát, pokud navštíví svého dědu či babičku. V tomto parku probíhá v létě také mnoho aktivit jako je např. venkovní cvičení, nově zavedená severská chůze, turnaje v kuželkách, grilování a mnoho dalších.

Na každém patře se nachází schránka důvěry, kde mohou klienti podat své stížnosti, možnosti na zlepšení služeb, vybavení. Schránka slouží i pro rodiny klientů.

Zdravotní péče

V domově byl dříve také zaměstnaný i praktický lékař, ale z „úsporných důvodů“ byla tato služba zrušena. Do domova momentálně dojíždí 4 praktičtí lékaři. Hlavní praktický lékař ošetřuje pacienty jednou týdně. Dále sem dojíždějí smluvení praktičtí lékaři dle potřeby klientů. Zdravotní péči zajišťují zdravotní sestry, které se o péči radí s lékaři. Domov vlastní i svou zubní ordinaci, péče o chrup je poskytována dvakrát do týdne. Specializovaní lékaři dojíždí do domova podle potřeby, zpravidla jednou za měsíc. Nejčastější návštěvy specializovaných lékařů jsou: psycholog, psychiatr, endokrinolog, neurolog, diabetolog, dermatolog a oční lékař.

Na rehabilitaci je domov poměrně dobře vybavený. Každý den probíhá skupinové cvičení a po té individuální cvičení s klienty na pokoji. V domově jsou také vířivky, kde je poskytována vodoléčba. Z fyzikální terapie jsou k dispozici pulzní a magnetická terapie,

ultrazvuk, léčba inferenčními proudy, léčba suchým teplem, fototerapie. Pro práci s klienty mohou využívat fyzioterapeutky mnoho pomůcek, jako např. over-bally, balanční čočky, thera-bendy, flex-bary, posilovací pěnu nebo kroužky. Na domov pro seniory je podle mě vybavení moderní a dostatečné. Problém je, že jsou zaměstnány jen dvě fyzioterapeutky, což je na 400 klientů velice málo, nehledě na to, pokud jedna z nich onemocní, práce pak stojí, nemá ji kdo nahradit.

Rodina klientů

Pro rodiny klientů jsou poskytovány přednášky a semináře, o různých typech stařeckých nemocí nebo o péči atd., kterých se mohou rodiny účastnit. Využívají těchto služeb ale velmi málo. Návštěvy probíhají každý den, ale nejvíce samozřejmě o víkendech. Návštěvy probíhají na pokojích klientů, pokud se domluví se spolubydlícím, hale nebo v jídelnách. V létě mobilní klienti využívají pro dobu návštěv park, kde se má v budoucnu budovat dětské hřiště. Jak již bylo zmíněno, i rodiny mohou využít schránek důvěry pro stížnosti, různé návrhy na zlepšení, atd.

Další služby

Další služby jsou podobné jako v Domově Hvězda. Do domova jezdí kadeřnice, pedikérka. V bufetu si může každý obstarat jídlo a základní hygienické potřeby. Domov také poskytuje stravování, kde mají klienti každý den teplou večeři. Domov zajišťuje i praní prádla. Do prádelny jsem se v tomto domově bohužel nedostala, takže jsem nezjistila, jak prádlo třídí, rozlišují atd., ale předpokládám, že tomu bude podobně jako v Domově Hvězda. Jednou za měsíc se v prostorách haly konají tzv. „trhy“, kde si mohou klienti nakoupit oblečení, boty atd. Pracovníci se snaží, aby především klienti Domova pro seniory jezdili nakupovat i do větších supermarketů, navštěvovali městské parky, aby se snažili o aktivní život.

Rozhovory Domov pro seniory Věstonická Brno

Na rozhovory odpovídalo 5 žen, které vykonávaly pozice: fyzioterapeutka (F), sociální pracovníce (SP1), zdravotní sestra (ZS), aktivizační pracovníce (AP), sociální pracovníce (SP2). Rozhovory v tom zařízení probíhali co nejstručněji, jelikož jsme na rozhovory měli málo času. Bylo to i tím, že zařízení je velké a dle mého názoru, zde bylo málo personálu na tak velký počet klientů.

Tito pracovníci jsou během povolání průběžně dále vzdělávání pomocí:

- přednášky,
- semináře,
- kurzy,
- supervize,
- zájmové semináře,
- externí školení,
- konference,
- povinná školení.

1. *Otázka: Baví Vás tato práce?*

F: Ano baví, ráda pracuji mezi lidmi.

SP1: Baví, někdy mám sice choutky povolání změnit, ale vždy si vzpomenu na klienty, kteří Vám spraví náladu.

Všichni další dotazování odpověděli jen, že je práce baví.

2. *V čem je pro Vás tato práce náročná?*

F: Pro mou práci je náročná hlavně fyzicky. Ale také je pro mě náročná, protože jsme jen dvě na všech 400 klientů a nemá nás kdo nahradit, pokud chybíme nebo máme dovolenou, práce tady „stojí“.

SP1: Je to práce se starými lidmi, takže je náročná jak fyzicky, tak psychicky.

ZS: Fyzicky i psychicky.

AP: Pro mě tato práce nijak zvlášť náročná není, přece jen se aktivit účastní jen ti, kteří mají zájem.

SP2: Je náročná jak fyzicky, tak psychicky.

3. *Měnila byste tuto práci za práci v jiném oboru?*

F: Já určitě ne, mě tato práce baví a vždy jsem si ji přála vykonávat, jen možná v nějakém jiném zařízení, ale i tu se mi nakonec líbí.

SP2: Asi ne, nenapadá mě žádná práce, za kterou bych měnila.

Všichni další dotazování odpověděli, že by neměli, že je tato práce baví.

4. *Komunikujete s klienty často? O jakých tématech se převážně bavíte?*

F: Ano, je to součástí naší práce. Je ale pravda, že s některými je velice obtížné navázat komunikaci. Já se při cvičení s klienty bavím většinou o seriálech, které senioři sledují a o přednáškách a jiných aktivitách, kterých se klienti zúčastnili.

SP1: Snažím se s klienty komunikovat o všech tématech, které mi dovolí. Ale musím říct, že je pro mě náročná i po létech praxe komunikace se seniory s těžkou demencí, ale to je pro každého. Je velmi těžké vidět nemohoucího seniora.

ZS: Ano, komunikuji s klienty každou službu. V tématech nemám žádné meze, témata si určují klienti. U demence je samozřejmě jasné, že s těžkými případy se už komunikovat samozřejmě nedá.

AP: Já se setkávám se seniory, kteří se na aktivity ještě cítí, takže jsou to většinou aktivní senioři s počátečním stádiem demence. Komunikujeme většinou o činnosti, kterou zrovna provádíme, ale nebráním se žádnému tématu, které senioři navrhnou. Nejčastěji jsou to témata o televizních pořadech, jejich mládí nebo rodině.

SP2: V tom shonu na nějaké velké rozhovory není čas (smích). Samozřejmě komunikujeme. Někdo tu pusu nezavře a někdo téměř nemluví. Témata jsou různá, nerada se ale bavím o osobních věcech a o rodině.

5. *Jaká je atmosféra mezi klienty?*

F: Klienti jsou k sobě vlídní a nikdy jsem se nesečkala, že by k sobě byli agresivní. Ale je to možná i mou prací fyzioterapeuta, kde se setkávám se všemi klienty nebo s velkou částí klientů jen na společných akcích.

SP1: Někteří jsou kamarádští, někteří jsou raději sami, je to různé.

ZS: Atmosféra je většinou pohodová, někdy se vyskytne agresivní chování, ale jen minimálně.

AP: Na mých aktivitách je atmosféra vždy veselá, kamarádká, klienti si navzájem pomáhají. Vždy mně klienti zvednou náladu.

SP2: Záleží to i na povaze, občas se setkáváme i s tím, že se nesnesou dva lidé na pokoji, nesejdou si povahově, ale to se stává všude. Celkově je atmosféra pohodová.

6. *Co rodiny klientů? Zajímají se o klienty? Pořádáte pro ně nějaké společné akce?*

F: Musím říci, že v tomto nemám moc přehled, jde to nějak mimo mě, ale myslím, že je to individuální. Rodiny se mohou účastnit všech akcí pořádané Domovem.

SP1: Co se týká návštěvnosti, je špatná. Je jen pár jedinců, kteří jezdí pravidelně. Možná je to dnešním stylem života, že nikdo nemá na nic čas, ale pro seniory demencí je důležité, aby je navštěvovala rodina pravidelně. Pořádáme i informativní semináře pro rodiny s klientem s demencí, různé akce.

ZS: S některými rodinami se spolupracuje dobře, některé se téměř nezajímají a přijedou jen na narozeniny klientů. Musím říct, že spíše nejezdí, než jezdí. Rodina se může zúčastnit různých akcí, jedna z oblíbených jsou naše hody.

AP: Někdo do Domova seniora jen „uklidí“ někdo nedokáže seniorovi poskytnout dostačující péči. Návštěvnost není ovšem nijak vysoká, ale najdou se i takoví, kteří navštěvují svého tatínka či maminku téměř každý den. Mezi nejnavštěvovanější patří místní hody a pořádáme také přednášky pro rodiny na různé témata, nejčastěji se jedná o demenci.

SP2: Je to individuální. Někdo chodí pravidelně, někdo ne. Spíše ale nechodí, jak chodí. U seniorů s demencí je ale důležité, aby navštěvovali pravidelně i díky paměti. Akcí máme mnoho, jako v každém domově se může každý po domluvě zúčastnit kterékoliv aktivity, jsou pořádány také informativní přednášky.

7. *Jste spokojená s vybavením zařízení nebo Vám některé pomůcky při práci chybí?*

F: Pracuji jako fyzioterapeutka a s vybavením jsem opravdu spokojená, myslím, že málo zařízení se může pochlubit fyzikálními terapiemi, vodoléčbou, ... Já spíše vidím problém v počtu pracovníků, jsme jen 2 fyzioterapeutky na 400 lidí, což se nedá absolutně zvládat. K čemu nám je všechno to vybavení, když ho ani nevyužijeme do té míry, jaká by byla potřeba. Za mě tedy vybavení dobré, ale personálu málo.

SP1: Domov je poměrně dobře vybaven. Problém vidím spíše v personálu, na tak velký domov je zde málo pracovníků hned na několik pozicích. Dříve zde byl i náš vlastní lékař, tato pozice byla později také zrušena. Vše je jen o penězích.

ZS: Já jsem s pomůckami spokojená. Jen ten plat by mohl být vyšší. (smích)

AP: Šetří se, kde se dá, ale tento Domov je dle mého názoru vybaven velice dobře a kvalitně. Líbí se mi především buňkový systém bydlení a rehabilitační pomůcky jsou dle mého názoru také vynikající. Snažíme se neustále vymýšlet nové aktivity a neustále se u nás buduje i pro prospěch návštěv jako je např. dětské hřiště pro děti. Samozřejmě některé pomůcky by se určitě mohli obnovit nebo zvýšit jejich počet.

SP2: Ke své práci moc pomůcek nepotřebuji, ale celkově je Domov dobře zařízen oproti mé poslední práci.

8. *Jaké jsou ve vašem zařízení možnosti v navazování kontaktů mezi klienty?*

Odpovědi byly téměř stejné a to: při aktivitách, při procházkách v parku. Někteří se seznamují rádi a jiní jsou raději o samotě.

4.7 Srovnání domovů

V této části jsou vyzdvihnuty jednotlivé přednosti obou domovů.

Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti: Každý domov má jiné přednosti. V Domově Hvězda je více společenských akcí, kterých se účastní i rodiny, pořádají se zde táboráky, různé oslavy. Je to možná i tím, že se na vesnici se oslavuje snad skoro vše, od příchodu jara, přes pálení čarodějnic až po žně. Naopak v Domově Věstonická se snaží zařazovat i nové aktivity jako např. severská chůze a je také lépe vybaven a nabízí více aktivit. Pro klienty jsou k použití i počítače. Jako velký klad u tohoto domova považují, že aktivity mají rozvrh a opakují se každý týden. V Domově Hvězda tomu tak není a aktivity se střídají velice nepravidelně.

Vybavení domova: V obou domovech mají klienti vše, co potřebují. Lépe je vybavený Domov Věstonická, kde mají klienti více soukromí. Pokoje jsou zde buňkového systému, kdy vždy pro dva pokoje je jedna koupelna. V Domově Hvězda jsou koupelny jen na patře. Domov Věstonické je i mnohem větší a nachází se zde i zubní ordinace a více rehabilitačních místností. V domově Hvězda je ale krásný venkovní areál, ke kterému patří i zahrádka.

Zdravotní služby: V této oblasti je na tom lépe Domov Věstonická, ale to neznamená, že by byly zdravotnické služby v druhém domově špatné. Do domova Věstonická dojíždí i zubař, má zde i svou vlastní ordinaci. Lépe je také zařízena rehabilitace, která by se svou vybaveností mohla rovnat i různým rehabilitačním oddělením v nemocnicích nebo zdravotních střediscích.

Rodina: V oblasti rodiny, kontaktu s ní a informovanosti o nemocech jsou na tom oba domovy stejně. Možná bychom trochu vyzdvihli více akcí, kterých se mohou účastnit i rodiny klientů v Domově Hvězda, ale i v druhém domově se jich koná hodně.

Další služby: Služby jsou také téměř stejné v obou zařízeních a to pedikérka, kosmetička, kadeřnice, trhy s oblečením, bufet, atd. Domov Věstonická se nachází v druhém největším městě České republiky, takže mobilní klienti, kteří jsou samostatní, mohou využít i služby města, jako je např., divadlo, kino, atd.

4.8 Výsledky výzkumného šetření

1. Jaké jsou vztahy mezi klienty?

Většinou jsou klienti pohodoví, kamarádští. Někteří jsou ale samostatní a moc se neprojeví, jiní se dokonce pomlouvají. Záleží to i na povaze klientů. V domovech mají mnoho příležitostí, jak navázat kontakty a to při různých aktivitách, výletech, v parcích.

2. Jsou pečující osoby dostatečně kvalifikováni, průběžně dále vzdělávání ve své práci?

Ano, každé pracovní místo má nějaké požadavky. Zaměstnanci se dále vzdělávají pomocí seminářů, přednášek, povinných školení, supervize, konference, atd. Setkala jsem se i se starší paní, která se mi svěřila, že se účastní i zájmových kroužků, které pak využívá ve své práci. Téměř všichni se ale účastní povinných školení jen kvůli tomu, že zkrátka musí. Kvalifikace je ale odpovídající.

4. Zajímají se rodiny o své blízké v domově?

Většina rodin klienty spíše nenavštěvuje, než navštěvuje, najdou se ale i takoví, kteří mají o svého člena zájem, navštěvují ho pravidelně a berou si ho domů. Někteří přijdou na návštěvu jen pro zbytek peněz z důchodu. Mezi ty, kteří o člena rodiny mají zájem, patří především ti, kteří se už o nemocného starali a až po nezvládnání ho svěřili do péče domova.

5. Jsou domovy dostatečně vybaveny různými pomůckami?

V každém domově jsou nedostatky. Vždy je co vylepšovat a to i pomůcky. Vše je otázkou peněz. Většina pracovníků jsou nápadití a dokáží improvizovat, hlavně při aktivizačních činnostech. Ale myslíme, že domovy byly zařízeny dostatečně. Klientům byla poskytnuta péče, kterou vzhledem ke své nemoci potřebují a to ve všech oblastech.

6. Jaký mají vztah pracovníci ke klientům, baví je tato práce?

Téměř všichni pracovníci mi sdělili, že je tato práce baví. Jelikož je to práce se starými lidmi, je náročná fyzicky i psychicky. S klienty mají většinou dobrý vztah, ale nevnucují se jim. Baví se s nimi téměř o všech tématech, hlavně ta, která si klienti sami zvolí.

7. Jaká je kvalita života v zařízeních v oblastech: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou?

Vybavení domova: V domovech mají klienti pokoje jak jednolůžkové, tak vícečlůžkové. Nevýhodou je, že jednolůžkových pokojů je málo a takže někteří klienti nemohou mít své soukromí. Dále je součástí zahrada nebo park. Další nevýhodou domovů je, že nemá pro sebe každý klient vlastní koupelnu, ale to nelze zařídit, byla by to nákladná záležitost. Jisté nevýhody, co se týče vybavení na rozdíl od svého vlastního domova jsou, ale klienti mají vše, co k životu potřebují. Najdeme zde vybavené lékařské ordinace, jídelnu, kuchyň, pomůcky, jak k rehabilitaci, tak k péči a aktivizačním činnostem.

Terapeutické a aktivizační činnosti: Domovy nabízejí poměrně velké množství aktivit. Aktivity se střídají a nejsou vždy stejné, takže kdo, chce, určitě se nenudí a ještě mu aktivity pomohou procvičovat paměť, což je dobré k prevenci demence. Nejčastější terapie je muzikoterapie.

Zdravotnické služby: Zdravotnické služby jsou v domovech dobře zajištěné. Každý týden (i několikrát do týdne) dojíždí do domova praktický lékař a dle potřeby i jiní lékaři. Výhodou tedy je, že klienti nemusí být dopravováni za lékařem a mají tyto služby hned na místě. Výhodou je i zajištěná rehabilitace v rámci domova.

Další služby: Pokud je klient imobilní, dostane se k němu opravdu téměř většina služeb. V domovech bývá bufet, trhy s oblečením, kosmetička, kadeřnice, pedikérka.

Rodina: I kontakt s rodinou se domovy snaží zajistit, co nejvíce a to nejen návštěvami. Pořádají různé semináře, kde se rodina dozví něco o demenci, jak se k takovému člověku chovat a jak o něj pečovat. Pořádá také různé akce, kterých se mohou rodiny účastnit.

Myslíme, že v domovech mají klienti vše, co potřebují. Velkou nevýhodou je málo soukromí a méně častý kontakt s rodinou. Pracovníci domova se ve většině případech dokáží o klienta s demencí postarat lépe, jsou i lépe odborně připraveni a vybaveni.

Diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života z několika oblastí. Pro výzkum byla vybrána kvalitativní metoda, kdy jsme použili metody jako pozorování, rozhovor a analýzu dokumentů. Výzkum probíhal ve dvou zařízeních a to v Domově Hvězda a v Domově pro seniory – Věstonická Brno.

Zaměřili jsme se především na oblasti: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráci s rodinou. Zjistili jsme, že domovy jsou dobře vybaveny. Klienti se mohou procházet po parku, kde mohou strávit příjemné odpoledne. Součástí domovů je i společenská a aktivizační místnost, místnosti specializované pro lékaře, kadeřnici, pro bohoslužby, atd. Nevýhodou jsou pokoje, kdy jednolůžkových je minimum a tím nemají klienti tolik soukromí. Domovy nabízejí také širokou nabídku terapií a aktivit, kdy si každý může vybrat jeho oblíbenou. Záleží jen na klientovi, zda se zúčastní či ne. Konají se také hromadné akce, kterých se občas účastní i příbuzní klientů, z těchto akcí je nejoblíbenější hodové veselí. Zdravotnické služby jsou také dostupné přímo v domovech. Dojíždí sem pravidelně praktický lékař. Dále podle potřeby další specializovaní lékaři. Samozřejmostí je přítomnost zdravotních sester po dobu 24 hodin. Vyškolení pracovníci také s klienty provádějí rehabilitace. Z dalších služeb, které v domovech můžeme najít, jsou např. kadeřnice, pedikérka, bufet, atd. Domovy se snaží o kontakt s rodinou a to především díky přednáškám a seminářům. Také umožňuje zúčastnit se všech akcí konaných domovem.

Rozhovory byly zaměřeny na zjištění vztahů mezi klienty, na kvalifikaci pracovníků, na rodiny klientů, na různé pomůcky pro práci v domovech a na vztahy pracovníků ke klientům a jejich práci. Bylo provedeno jedenáct rozhovorů, z nichž jeden byl muž, zbytek ženy. Zjistili jsme, že vztahy mezi klienty jsou různé, ale spíše je nálada přátelská, najdou se ale i takoví, kteří nedělají nic jiného, než se pomlouvají. Pracovníci jsou dostatečně kvalifikováni a účastní se různých přednášek, seminářů, povinných kurzů atd. Pro jednu ženu je dokonce práce zábavou, takže se jí věnuje i ve volném čase. Rodiny navštěvují své blízké poměrně málo, ale najdou se i rodiny, které si berou své blízké na víkendy či menší dovolenky. Pomůcky by se daly ještě zlepšit, ale vše je otázkou peněz a pracovníci se snaží improvizovat. Pracovníci mají většinou kladný vztah ke klientům, snaží se s nimi hovořit o všem, někteří ale osobní témata vynechávají.

Výzkum může posloužit lidem jako zmapování poskytovaných služeb oběma domovy, někomu mohou pomoci i rozdíly mezi domovy v umístění na vesnici a ve městě. Práce také

ukazuje na malé nedostatky, které by se ještě dali zlepšit a tím by se kvalita života v domovech mohla ještě o něco zvýšit.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala kvalitou života osob seniorského věku s demencí. Práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

První část, teoretická, byla rozdělena na tři kapitoly. V první kapitole, stáří jako společenský fenomén, jsme si uvedli demografické údaje, popsali a vysvětlili pojmy stáří a stárnutí a také jsme si uvedli vědy, které se zabývají stářím. Na závěr této kapitoly jsme popsali změny ve stáří. Další kapitolou je demence. Zde jsou uvedeny: diagnostika, léčba, výskyt a rozdělení demencí, kde jsme si vysvětlili něco k nejčastějším a nejznámějším nemocím a v této kapitole také najdeme podkapitolu o aktivizaci seniorů s demencí. Třetí kapitola se týká kvality života. Najdeme zde historii kvality života, definici, rozsah pojetí kvality života, měření kvality života, kvalitu života seniorů a sociální služby pro seniory.

Cílem praktické části bylo zjistit kvalitu života seniorů s demencí z oblastí: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou. Výzkum se konal ve dvou domovech (Domov Hvězda a Domov pro seniory Věstonická Brno). V této části práce najdeme také cíle a výzkumné otázky, metodologii, respondenty, jak byl výzkum zpracován, informace o obou domovech, srovnání domovů a výsledky šetření. Součástí šetření byly také rozhovory s pracovníky domova, kde jsme zjišťovaly vztahy mezi klienty, zda jsou pečující dostatečně kvalifikováni, jestli se rodiny o klienty zajímají, zda jsou domovy dostatečně vybaveny různými pomůckami a jaký mají vztah pracovníci ke klientům. Z návštěv v domovech jsme zjistili, že jsou domovy velice dobře vybavené a klientům mohou nabídnout vše, co k životu potřebují i něco navíc. Ovšem v domovech ztrácí soukromí, jelikož se z finančních a prostorových důvodů vyskytují jednolůžkové pokoje jen minimálně. Z aktivizačních činností si každý může přijít na své. Aktivity se řídí podle rozvrhu, který je umístěn na nástěnce. Zdravotnické služby jsou také velmi dobře zabezpečeny, lékaři domovy navštěvují pravidelně, v každém domově se o klienty stará několik sester. Především v domově Věstonická v Brně je velmi dobře vybaveno rehabilitační zařízení. Z dalších služeb je pro klienty připraveno mnoho služeb, jako např. kadeřnice, pedikérka, trhy s oblečením. Velmi diskutabilní je spolupráce a zájem rodiny. Domovy se snaží rodině nabízet různé užitečné semináře, dovolí jim zúčastňovat se všech akcí, apod. Rodiny se ale o své členy spíše nezajímají. Ovšem najdou se i rodiny, které svého člena navštěvují rádi a pravidelně, ale těch je bohužel méně. To je ovšem záležitost rodiny a domov tuto záležitost nemůže ovlivnit.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života z již výše uvedených oblastí, což bylo splněno a také jsme se dozvěděli něco o stáří, demenci a kvalitě života. Studování literatury a samotný výzkum byl velice náročný, ale především pobyt v domově byl zajímavý a inspirující pro další studium.

Seznam literatury:

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-204.

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.

DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86031-88-0.

DRAGOMIRECKÁ, Eva; PRAJSOVÁ, Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-383.

Encyklopedický slovník. 1.vyd. Praha: Odeon, 1993. ISBN 80-207-0438-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GURKOVÁ, Eva. Kvalita života In Žiaková, K. a kol. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-315-8

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-807-4191-060.

HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Dana. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. Pro praktické lékaře. ISBN 80-716-9797-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

- KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9716-8.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka; MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8551-2.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4731-483.
- MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4738-727.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-802-1050-297.
- MÜHLPACHR, PAVEL. *Speciální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2011. ISBN 978-802-4619-972.
- PACOVSKÝ, Vladimír, HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 80-044-81
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4714-905.
- RŮŽIČKA, Evžen; HRDLIČKOVÁ, Hana. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. Pro praktické lékaře. ISBN 80-726-2205-6.
- VAĎUROVÁ, Helena; MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 8021037547.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha, 2007. ISBN 978-802-4721-705.

WEHNER, Lore; SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Překlad František Novák. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha, 2003. ISBN 8024701839.

Časopisecká literatura:

Dragomirecká E., Škoda C.: Kvalita života, vymezení definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Československá psychiatrie*, 1997, č. 41.

Internetové zdroje:

(1) WHO: Výskyt demence se do roku 2050 ztrojnásobí. *Celostní medicína*. [online]. [cit.2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/who-vyskyt-demence-se-do-roku-2050-ztrojnasobi.htm/>.

(2) ŠABATOVÁ. V Péči o seniory s demencí často chybí odbornost i respekt. *Zdravotnictví, Medicína*. [online]. [cit.2014-03-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/sabatova-peci-o-seniory-s-demenci-casto-chybi-odbornost-i-respekt-474250/>.

(3) Průběh onemocnění. *Alzheimercentrum*. [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>.

(4) Jak se Parkinsonova choroba projevuje?. *Parkinsonova-choroba*. [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.parkinsonova-choroba.cz/jak-se-projevuje.html/>.

(5) URGOŠÍK, Dušan. Parkinsonova choroba-příčiny, projevy a možnosti léčby. *Sestra*. [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/parkinsonova-choroba-priciny-projevy-a-moznosti-lecby-329826/>.

(6) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *MPSV ČR*. [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

(7) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>.

Seznam zkratek:

ADL- aktivity denního života

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

CT-výpočetní tomografie

Č. – číslo

ČR- Česká republika

EEG- elektroencefalogram

EKG- elektrokardiogram

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

MMSE-Mini-mental state examination, test kognitivních funkcí

Např. – například

RTG- rentgen

Str. - strana

WHO- Světová zdravotnická organizace

WHOOQL- (The World Health Organization Quality of Life) dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života

Seznam příloh:

Tabulka č. 1 – str. 19

Anotace

Jméno a příjmení:	Petra Kachlíková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Kvalita života osob seniorského věku s demencí
Název v angličtině:	Quality of life of elderly people with dementia
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů s demencí. Dělí se na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám tématem stáří a stárnutí, demencí a kvalitou života. V praktické části je zkoumána kvalita života seniorů s demencí v domovech pro seniory ve Hvězdlicích a v Brně Věstonicích. Cílem výzkumu je zjistit, jaká je kvalita života v oblastech: vybavení domova, terapeutické a aktivizační činnosti, zdravotnické služby, další služby a spolupráce s rodinou. V práci je také uvedeno srovnání těchto domovů, kdy jeden se nachází na vesnici a druhý ve městě.
Klíčová slova:	Kvalita života, demence, senior.
Anotace v angličtině:	This bachelor's thesis is concerned with quality of life of seniors with dementia. It consists of theoretical and practical part. In theoretical part I am concerned with a topic about age and ageing, dementia and quality of life. The practical part researches quality of life of seniors with dementia in old people's homes in Nové Hvězdlice and Brno Věstonická. The goal of the research is to find out what quality of life in these areas is: Equipment, therapeutic and activation activities, medical services, other services and collaboration with a family. In my thesis you can also find a comparasion of these old people's homes, when one of them is in a village and the another one in a city.

Klíčová slova v angličtině:	Quality of life, dementia, seniors.
Přílohy vázané v práci:	Tabulka č. 1
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	Český