

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2013 - 2015**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ľubica Strnádková

**Demence a Alzheimerova choroba jako rizikové
onemocnění stáří**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Roman Vacho

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013 - 2015

DIPLOMA THESIS

Lubica Strnadkova

Dementia and Alzheimer's disease as risk age

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Roman Vacho

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 14 února 2015

Eubica Strnádková

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Romanu Vachovi, za odborné vedení při zpracování mé diplomové práce, zvláště za jeho cenné podněty, rady, pomoc a odborné připomínky.

Anotace

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou demence a Alzheimerovy choroby jako rizikového onemocnění ve stáří. Cílem této práce je vymezení popisovaných chorob a možnosti péče o osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou.

Práce je sestavena z části teoretické, kde jsou popsány skutečnosti a pojmy týkající se dané problematiky. Praktická část je tvořena dvěma různými dotazníky. První z nich je zaměřen na odborné pracovníky v přímé péči zařízení domova pro seniory. Druhý dotazník byl určen přímo klientům tohoto zařízení. Závěr práce pak tvoří vyhodnocení obou dotazníků a interpretace výsledků grafickým zpracováním výzkumného šetření.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, klient, komunikace, péče, pečovatel, poruchy, senior, sociální služby.

Annotation

This diploma thesis deals with dementia and Alzheimer's disease as a risk in old age. The aim of this work is the definition described diseases and care options for people with dementia and Alzheimer's disease.

The work is composed of a theoretical part, which describes the facts and concepts related to the issue. The practical part consists of two different questionnaires. The first one is aimed at professionals in the direct care facility for the elderly at home. The second questionnaire was addressed directly to clients of the device. Conclusion The work will form the evaluation of both questionnaires and interpretation of graphical data processing research.

Key words

Alzheimer's disease, dementia, client communication, care, caregiver, disorders, senior, social services.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ STÁŘÍ	11
1.1 Vymezení pojmu stáří	12
1.2 Postoj společnosti ke stáří	13
1.3 Dělení a druhy stárnutí	14
2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	17
2.1 Poruchy paměti	18
2.2 Kognitivní poruchy	19
2.3 Demence.....	21
2.4 Alzheimerova choroba	32
3 TERAPIE, METODY A KOMUNIKACE SNIŽUJÍCÍ ROZVOJ DEMENCE	44
3.1 Komunikace se seniory a osobami s demencí.....	47
3.2 Zásady komunikace s osobami s demencí	48
3.3 Techniky využívané v komunikaci u osob s demencí.....	50
4 FORMY PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ A ALZEHEIMEROVOU CHOROBU.....	52
4.1 Sociální služby poskytované seniorům a osobám s demencí.....	54
4.2 Péče v jednotlivých stádiích demence	59
PRAKTICKÁ ČÁST	62
5 PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ A ALZHEIMEROVOU CHOROBU	62
5.1 Charakteristika soukromého domova pro seniory	62
5.2 Cíle a hypotézy.....	63
5.3 Metodika empirického šetření.....	64
5.4 Výběr respondentů	65
5.5 Výsledky šetření.....	66
5.6 Ověření hypotéz	92
5.7 Závěr výzkumné části	92
ZÁVĚR	94

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	96
SEZNAM OBRÁZKŮ a GRAFŮ	103
SEZNAM PŘÍLOH.....	105

ÚVOD

„Sloužiti a pomáhati druhým, jest vlastnost povah vznešených“

J. A. Komenský

Stárnutí a stáří je neoddělitelnou součástí každého člověka. V minulosti byli senioři jednou z nejuznávanějších skupin společnosti. Stáří představovalo symboliku moudrosti, zkušeností a každý tuto skutečnost akceptoval. Vztah populace se během několika let k stáří a stárnutí značně změnil. Staří lidé se dostali na okraj společnosti a pro mnohé se stali synonymem problémů. Je smutné, že málokdo z „mladých“ si uvědomuje, že do stejné životní situace, v jaké jsou dnešní senioři, se může dostat též.

Důsledky stárnutí se většinou projevují zvýšeným projevem zdravotních problémů. Koncem dvacátého století se aktuálním problémem stala mezi jinými nemocemi i demence a Alzheimerova choroba, která je v dnešní době jednou z nejobávanějších nemocí stáří. Toto onemocnění provází strach, předsudky a nízká informovanost veřejnosti. Celkově ve světě syndrom demence je závažným medicínským, sociálním i ekonomickým problémem. Nelze brát na lehkou váhu ani důsledky spojené s onemocněním, které svým způsobem ovlivňují nejenom kvalitu života nemocného člověka, ale i jeho rodiny včetně jeho blízkých a často vedou k institucionalizaci nemocného.

Se seniory, kterým byla diagnostikována demence, nebo Alzheimerova choroba, jsem se poprvé setkala po nástupu do nového zaměstnání v domově pro seniory a domově pro seniory se zvláštním režimem. Zapomínání klientů, které bylo zpočátku úsměvné, ale časem seniorům značně začalo komplikovat život. Bylo pro mě záhadné, až děsivé, že člověku v relativně dobré fyzické kondici tak rychle přestává fungovat rozum a postupně zůstává odkázán zcela na péči jiné osoby. Právě toto období bylo pro mě spouštěčem zájmů o problematiku demence a Alzheimerovy choroby a pochopení, náročnosti péče o takto nemocného seniora. Je mnoho seniorů, o které pečuje rodina, ale

v dnešním uspěchaném světě se často stává, že rodina péči o svého blízkého přestává zvládat jednak z důvodů časových, finančních nebo psychických a nastává čas hledání vhodného sociálního zařízení. Často rodina narazí na problém, že domovy pro seniory takové zájemce odmítají, nebo nemají volné místo. V takovém případě rodina hledá volné místo, kde se dá a to z důvodu, že umístění seniora s demencí nebo Alzheimerovou chorobou je pro ně jediným reálným řešením. Senior, který již z důvodu nemoci neumí vyjádřit své přání, pocity, říct to co potřebuje, se stává v konečném důsledku úplně závislým na pečující osobě, nebo pečujícím personálu v zařízení. Jak se tato nemoc projevuje a jak pečovat o nemocného s demencí a Alzheimerovou chorobou bylo hlavním tématem této diplomové práce.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola popisuje charakteristiku období stáří a postoj společnosti k tomuto období života. Druhá kapitola se zaměřuje na základní informace, diagnostiku a stadia demence a Alzheimerovy choroby. Další kapitola je zaměřena na terapii a metody komunikace s nemocnými ovlivňující rozvoj onemocnění. V poslední čtvrté kapitola jsou uvedeny formy péče o osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou a informace o péči, která je závislá na konkrétním stádiu nemoci.

V praktické části diplomové práce jsou uvedeny cíle a hypotézy. Základní část tvoří zpracovaná interpretace získaných dat a následná analýza jednotlivých zjištění. Součástí praktické části je i popis způsobu, jakým byla data získána.

Zjišťování bylo zaměřeno na kvalifikační připravenost pečovatelů a jejich motivace k výkonu práce v soukromém domově pro seniory a dále využívání aktivizačních služeb a spokojenost seniorů v tomto zařízení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ STÁŘÍ

„Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk“.

Sofoklés

V období stáří dochází k celé řadě strukturálních a funkcionálních změn v organismu. Venglářová (2007) uvádí, že se jedná o změny v oblasti somatické, psychické a sociální rovině. Mezi somatické změny patří viditelné změny vzhledu, úbytku svalové hmoty, degenerativní změny kloubů, změny v činnosti smyslů, termoregulace, změny trávicího systému, změny kardiopulmonální a sexuální aktivitě. Dle Kalvacha (2010) je obecný rys stárnutí jako atrofie, která postihuje u člověka všechny orgány a tkáně. E. Malíková (2011) dodává, že v tomto období dochází k celkovému snížení výkonnosti všech funkcí, dochází též ke změnám reakcí organismu na zátěž a poukazuje na vzájemný vztah mezi změnami tělesnými a psychickými.

Zhoršující se tělesné změny mohou mít vliv na seniora v důsledku negativního prožívání. Mezi psychické změny řadí Venglářová (2007) zhoršení paměti, úsudku, nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, obtížnější osvojování nového, emoční labilitu, sugestibilitu a změny ve vnímání. *„Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje i strach a úzkost, přináší nejistotu...“* (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 23).

Častým jevem je, že ve stáří dochází ke změnám i v oblasti sociální. Venglářová (2007) se zmiňuje o tom, že příčinou je odchod do penze, ztráta blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže, stěhování a změna životního stylu. Mühlpachr (2004) poukazuje, že starý člověk velmi špatně snáší změny. *„Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování či jiná větší životní změna.“* (Mühlpachr, 2004, s. 26). Klevetová a Dlabalová (2008) upozorňují, že změny a náhlé životní zvraty u seniorů,

mohou vyvolat takové zátěžové situace, která ovlivňují jeho psychické prožívání a následně působí na kvalitu jeho života. Každý jedinec je jiný a záleží jenom na něm, jak se se změnami dokáže vyrovnat, „*jak senior zátěžovou situaci vyhodnotil, jak moc je pro něho nebezpečná a ohrožující. Jaké obranné mechanismy využíval k přežití v minulosti a jak velká je zátěž bezmoci.*“ (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 71). Významnou roli hraje i citové prožívání, osobnost seniora, zdravotní a psychický stav, výchova, vzdělání, reakce rodiny a okolí, i to, jaké má senior možnosti získat pomoc v těch oblastech, které již sám nezvládne.

Další reakce k projevům stáří byli, že člověk se cítí osamělý, často zanevře na sebe i okolí a má pocity zbytečnosti. Odmítá přijímat svoji sníženou soběstačnost a zavrhuje vše, co by mohlo jeho nepříznivou situaci změnit Venglářová (2007).

1.1 Vymezení pojmu stáří

Označením „starý člověk“ Mühlpachr (2004) poukazuje na skutečnost, že soudobá společnost pokládá za starého člověka toho, komu vzhledem k jeho věku vznikl nárok na starobní důchod a stárnutí je celoživotní proces. Haškovcová (2002) dodává, že jde o zákonitý a fyziologický proces, kterému se nikdo, kdo je živý nemůže vyhnout. Mühlpachr (2004, s. 18) dále pojem stáří vysvětluje obecním označením „*pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.*“. Stáří začíná obvykle tehdy, „*když úbytek fyzických a psychických sil znemožňuje jedinci podávat plné výkony v procesech tělesné a duševní práce.*“ (Kuric, 2007, s. 57).

Dörner a Plog (1999) slučují pojem stárnutí a stáří s vysokým věkem a možnou ztrátou společenských úkolů. Mezi námi žije spousta seniorů, pro které je zrovna životní období stáří tím nejkrásnějším. Najednou zjistí, že mají čas a mohou si zrealizovat své sny, na které dříve čas neměli. „*Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout.*“ (Malíková, 2011, s. 14).

Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. (2007) za vlivy, zodpovídající za míru spokojenosti ve stáří především popisují subjektivní zdravotní stav, schopnost zvládnání změn v životě, spokojenost se zdravotní péčí, mírou pocitu samoty a pocitu bezpečí, intenzitu zájmů a aktivit, finanční příjem a další aspekty. Mnohé z uvedených aspektů je možno předem ovlivnit a připravit se na ně. Reakce každého člověka na stáří se odvíjí i od jeho výchovy a sebevýchovy a též na životní náplni ve stáří. Stáří je realita, která čeká každého z nás.

Dle Haškovcové (2002) příchod stáří je zákonitý proces a nedá se odvrátit, člověk ho může přijmout a adaptovat se na něj. K tomuto dodává Haškovcová (1989, s. 1) „*Kdo nezemře mlád, ten mu neujde. A měl by proto na něj být připraven*“.

Stárnutí je nezvratný biologický proces, označován, jako pozdní fáze ontogeneze. V tomto období se jedná o poslední vývojovou etapu uzavírající život člověka v důsledku funkčních a morfologických změn probíhajících individuální rychlostí. Stáří je výsledkem působení mnoha faktorů, které jsou ovlivněny genetikou, způsobem života a prostředím, ve kterém daný člověk žije.

1.2 Postoj společnosti ke stáří

Vztah „starého člověka“ a společnosti řeší vědní disciplína nazývaná pojmem sociální gerontologie. Zabývá se, jak stárnutí populace ovlivňuje rozvoj dané společnosti a co senioři od společnosti potřebují (Mühlpachr, 2004).

„*Vztah společnosti jako celku k seniorům je důležitým ukazatelem, který hodně vypovídá o její vyspělosti a morální úrovni.*“ (Malíková, 2011, s. 34). Malíková (2011) dále uvádí, že se zápornými postoji seniorů se často setkáváme. Poukazuje zejména na mladší lidi a děti, kteří si neváží stáří, zesměšňují staré lidi a označují je za zbytečné a nepotřebné. Tento fakt potvrzují i další autoři. Dörner a Plog (1999) popisují, že staří lidé jsou často zranitelní, smutní, potřebují pomoc jiných lidí, většinou se nudí a čekají na smrt. Dále popisují, že staří lidé jsou pro stát ekonomickou zátěží, ničím pro

společnosti nejsou prospěšní a jsou nemocní. Dle Haškovcové (1989) je stáří nicnedělání, lidé v důchodu jsou neužiteční, atd. Na základě negativních předsudků, domněnek a představ o stáří vzniknul termín ageismus – což znamená diskriminace na základě věku. Sociálně psychologické postavení stárnoucího člověka se mění odchodem do starobního důchodu, řadí se tak do kategorie penzistů a tím ztrácí společenské kontakty, společenský vliv a stává se ekonomicky závislým na důchodu, který mu byl vyměřen. Často bývá závislý na svých blízkých nebo sociálních službách určených pro seniory. Řada autorů se shoduje, že devalvování stáří ovlivňuje měnící se způsob života, rychlý ekonomicko-technický růst, modernizace a získané zkušenosti starých lidí mladým už nic neříkají. Mladí lidé v dnešní době vše pojmají v zaměření na užitečnost a materiální potřeby převažují nad duchovními hodnotami. *“V současnosti je naše společnost silně pod vlivem povrchních či pomíjivých hodnot...”* (Malíková, 2011, s. 35).

„Společnost jako celek má pomoci stárnoucímu člověku především vytvořením vhodných podmínek pro důstojný život ve stáří.“ (Haškovcová, 1989, s. 122) a každý člověk by se měl na stáří připravovat během života. Senioři by se měli také snažit využít možnosti, které jim společnost nabízí, to je *„zodpovědný a aktivní přístup k vlastnímu životu, péče o zdraví, účast na společenských, kulturních a dobrovolných aktivitách“* (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 15). Malíková (2011) píše, že péče o seniory a přístup k stárnutí a stáří je směřován k dodržování Národního programu přípravy na stárnutí, který zpracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí.

1.3 Dělení a druhy stárnutí

Období stáří je v moderní společnosti často vnímáno negativně. Očekávají se problémy zdravotní, sociální i finanční, ale skutečností je, že stárnutí je individuální proces. Za zdárný proces stárnutí považujeme takový, když jsou funkční schopnosti jedince a jeho kognitivní funkce zachovány, nebo když dochází jen k minimálním fyziologickým změnám.

Existuje mnoha teorií, které se snaží najít příčinu stárnutí lidského organismu, změny a vlivy, které působí na člověka. Stáří člověka je možno určit podle několika hledisek a to kalendářním věkem, funkčním věkem, biologickým věkem a věkem sociálním.

Dělení stáří dle věku:

- **Kalendářní věk** se určuje datem narození. Pacovský (2009) popisuje, že dle světové zdravotnické organizace se člení stáří do tří věkových kategorií a to na:
 - Rané stáří 60 – 74 let
 - Právě stáří 75 – 89 let
 - Dlouhověkost 90 a více let

- **Funkční věk** - je stanoven souhrnem biologických, sociálních a psychologických charakteristik. Na stanovení funkčního věku se používají různé testy umožňující posouzení funkčního stavu jedince. Mezi kalendářním a funkčním věkem vzniká nepoměr, který nazýváme pojmem předčasné stárnutí. Funkční potenciál poukazuje na různorodost seniorů, jejich zdravotní stav i potřeby. Boří i mýtus, že populace seniorů je stejná a tím jsou stejné i jejich potřeby.

- **Biologický věk** - je určován výsledkem spolupůsobení geneticky řízeného programu jedince, způsobu života, vnějšího prostředí a nemocí, které jedinec prodělal.

- **Sociální věk** - vyjadřuje, jak by se měl jedinec v určitém biologickém věku chovat dle daných společenských měřítek. „*V sociálním stáří dochází k sociálním změnám hlavně změny rolí a postojů, dále nastávají pro toto životní období typické životní změny, jako například odchod do důchodu, odchod dětí z domova, ztráta partnera.*“ (Čevela, Kalvach, 2012, s. 25).

Psychické aspekty mají u patologického stárnutí úzkou vazbu na biologické změny a jsou možné různé tělesné změny, které následně vedou ke změnám intelektových, kognitivních funkcí. Dochází zde i k emoční nestabilitě a labilitě, různým výkyvům nálady nebo až k citové oploštělosti. Glenner (2012) dodává, že u patologického stárnutí často dochází k značnému zvýraznění negativních povahových a charakterových vlastností se sníženou schopností, adaptovat se na změny a nové situace.

Druhy stárnutí:

- **Fyziologické stárnutí** - proces stárnutí probíhá přirozeně a je obvyklou součástí života jedince. Psychické změny nastupují pozvolna.
- **Patologické stárnutí** - stárnutí se může projevovat různě, například sníženou soběstačností.

2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA

Mezi specifickou skupinou seniorské populace patří osoby, u kterých byla diagnostikována demence. Zde dochází k úbytku funkčních schopností při uspokojování potřeb, a stávají se z nemocných závislé osoby na pomoci druhých. Specifické jsou potřeby seniorů a také potřebná intervence ze strany rodiny či dalších pečujících (Kubalčíková, 2006).

Ztráta paměti, ztížená komunikace, ztráta vzpomínek, chybějící slova, změny nálad i změny celé osobnosti, to vše patří k projevům demence. Demence ale není jenom nemocí osob starších 65 let, může postihnout i osoby mladších věkových kategorií. Demence může nastat kdykoliv v životě člověka, ale s postupným věkem se riziko onemocnění zvyšuje.

Onemocnění demenci je natolik závažné proto, že představuje velmi smutnou cestu ke smrti. Po prvních stádiích demencí osoba zpravidla ztrácí reální náhled na svůj stav. Své blízké, pečovatele postupně nepoznává, ztrácí schopnost si sama zajistit základní péči o sebe i o svoji domácnost. Nemocný postupem nemoci potřebuje pomoc a péči od jiné osoby a tento stav může trvat několik let. Stává se často, že o nemocného pečuje jeho partner, jeho děti nebo přátelé a příbuzní. Péče o osobu s demencí je psychicky, ale i fyzicky velmi náročná a stává se, že rodinní příslušníci nemocného mnohdy na tuto péči nestačí. Proto hledají různé možnosti jak nastalou situaci řešit a často se obracejí na zdravotnické a sociální služby.

V současné době nelze přesně vymezit konkrétní rizikové faktory, které způsobují demenci. Demence, jako nemoc může člověka postihnout v kterémkoliv věku, ale čím je člověk starší, tím více stoupá riziko jejího výskytu. Jako další rizikové faktory jsou například výskyt demence v rodině a genetické faktory, kardiovaskulární onemocnění, cévní mozkové příhody, poranění hlavy, infekční onemocnění, obezita, kouření, alkohol, deprese a deficit vitamínů. Významná je i tělesná a duševní aktivita, kterou uvádějí různé studie.

2.1 Poruchy paměti

K schopnostem přijímání, uchovávání a znovu si vybavování předchozích zkušeností i po odeznění podnětů, kterými jsou vyvolány, slouží paměť. Je úložištěm k uchování a dalšímu zpracování dříve získaných vědomostí a zkušeností, které jedinec během svého života získal. Dobrá funkce paměti závisí i na dalších psychických funkcích, které ji zpětně ovlivňují.

Dělení paměti (Kalvach, 2008):

- **Ultrakrátkodobá paměť** - trvá milisekundy, maximálně jednu sekundu a je těsně spojena s pozorností
- **Krátkodobá paměť** - její trvání jsou řádově vteřiny
- **Střednědobá paměť** - jejím úkolem je zajišťování přechodu do dlouhodobé paměti a následnou tvorbu paměťových stop
- **Dlouhodobá paměť** - je založena na morfologickém podkladu, při kterém dochází k dlouhodobému uložení informací
- **Deklarativní paměť** - pojímá vzpomínky, události a informace získané v minulosti
- **Nedeklarativní paměť** - týká se osvojených a zautomatizovaných pohybových dovedností, jejich užívání si často ani neuvědomujeme

Stupně poruch paměti ve stáří (Kalvach, 2008):

- **Lehká porucha kognitivních funkcí**, často označována jako MCI. Jedná se o stav s vysokým rizikem progresu do demence, při kterém dochází k poruše paměti v jedné nebo ve více složkách
- **Demence** označuje stav kdy je paměť narušena ve více složkách, u kterých se vyskytují i poruchy chování

- **Amnestický syndrom** je stav, kdy je paměť narušena jen v jedné složce a porucha je časově ohraničená

2.2 Kognitivní poruchy

Z různých příznaků demence jsou z etiologického hlediska nejzávažněji postiženy poznávací - kognitivní funkce, kdy dochází především k úbytku paměti a intelektu (Pidrman, 2007).

- **Poruchy paměti** - nejčastěji se projevuje porucha krátkodobé paměti, která může být lehkého, nebo těžkého charakteru v souvislosti na hloubce demence. Dlouhodobá paměť u nemocného může být časem taktéž narušena. Je možné zaznamenat taky amnézii (Jirák a Koukolík, 2007).
- **Poruchy myšlení** - u nemocných lidí s demencí se projevují poruchy abstrakčních schopností. Znatelné je i tlumení představ, špatná konkretizace a obsahově chudé myšlení. Narušení se projevuje též v strukturální složce a myšlení se tak stává nesouvislé (Jirák a Koukolík, 2007).
- **Poruchy chápání a úsudku** - zde dochází k narušení schopnosti správně vyhodnocovat změny, porozumět jejich smyslu a reagovat na ně adekvátně. Lehká kognitivní porucha se projevuje ve snížení schopnosti chápavosti a úsudku v náročnějších situacích. U těžší formy demence je narušena správná interpretace i v běžných situacích (Jirák a Koukolík, 2007).
- **Poruchy poznávání** - jsou poruchy bez narušení sensorických funkcí organismu, nemocný není schopen správně identifikovat sensorickými vjemy z okolí. Porucha poznání, může být čichová, zraková i sluchová a nazýváme ji pojmem agnózie.

- **Poruchy dovednosti** - u nemocného se projevují poruchami motorické zručnosti - apraxie. Tato porucha se projevuje sníženou schopností až neschopností používat běžné předměty. Často se projevuje v neschopnosti v oblékání.
- **Poruchy pracovní paměti** - jinými slovy výkonných funkcí, se projevují neschopností plánování si jednotlivých úkonů a jejich seřazení při provádění náročnějších úkonů a to správně chronologicky za sebou. U nemocného je narušena i motivace k jejich provádění (Pidrman a Kolibáš, 2005).
- **Porucha prostorové orientace** - porucha ovlivňuje schopnost vnímání prostorového uspořádání různých předmětů (Pidrman a Kolibáš, 2005).

Mírná kognitivní porucha

Dříve se pro zhoršení paměti, u které nedocházelo k další progresi, užíval termín benigní stařecká zapomnětlivost, dnes označováno termínem mírná kognitivní porucha (MCI). Mírná kognitivní porucha není samostatné onemocnění, je to heterogenní syndrom a jedním z vysoce rizikových faktorů pro vznik demence. Změny paměti mají minimální dopad na zvládání běžných každodenních aktivit a soběstačnost v životě jedince. Obtíže se častěji mohou projevit v komplexnějších činnostech.

Formy mírné kognitivní poruchy (Kalvach, 2008):

- **Amnestická forma** - jde o nejčastější formu mírné kognitivní poruchy. Celková úroveň kognitivních funkcí je zachována a úbytek paměťových schopností nedosahuje úroveň demence. Soběstačnost a sebeobsluha nejsou narušeny. S postupem času je možná progresse do Alzheimerovy nebo vaskulární demence.
- **Ostatní formy** - prvním příznakem je porucha funkcí, které ovlivňují například rozhodování nebo plánování, která není až natolik výrazná, aby omezovala výkon běžných denních aktivit.

2.3 Demence

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí“.

Talmud

V současnosti se o demenci mluví jako o tiché epidemii 21. století. Demence představují závažná onemocnění, která mají nepříznivé důsledky pro nemocného, jeho rodinu i celou společnost (Haškovcová, 2002). Venglářová (2007) uvádí, že právě demence je nejčtenější organickou duševní poruchou ve stáří. Topinková a Neuwirth (1995) poukazují na to, že lékaři obvykle demenci nediagnostikují, nebo ji nevědomky řadí k jiné diagnóze. Dále poukazují na skutečnost, že laická veřejnost mnohdy vnímá demenci jako zapomnětlivost starého člověka, která k danému věku prostě patří, ale ani si neuvědomují, že se jedná o vážné onemocnění, které devastuje nejenom psychiku a osobnost nemocného ale i jeho rodinu. *„Je to vše, co myslí pozbylo – tupost, pošetilost, zbabělost, odchylka od rozumového jednání, úlet mysli...“* (Loucká, 2002, s. 57).

Pojem demence vznikl spojením latinského slova „De“, což v překladu znamená „Bez“ a slova „Mens“, který se dá přeložit jako „Mysl, vědomí, rozum“. V přesném překladu to znamená *„ten, kdo ztratil ducha“* (Pichaud a Thareauová, 1998 s. 92). Tento termín poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus již v prvním století našeho letopočtu v díle De medicina.

Etiologie demence

Demence je organicky podmíněný a nezvratný pokles intelektu se změnami osobnosti a poruchami chování. Omezuje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti jedince. Demence je často vnímána jako syndrom nebo symptom, a to proto, že ji provází velké množství chorob. Vyskytovat se může v každém věku, ale častější výskyt je ve stáří.

Demence představují novodobou pandemií jednadvacátého století, která má hluboké dopady biologické, psychologické a společenské (Kučerová, 2006).

K demenci se nepřistupuje jako ke konkrétnímu onemocnění, ale jako k syndromu. Je to celá řada dílčích onemocnění, které mají odlišné příčiny i průběh (Topinková, 1999).

Je mnoho odborné literatury věnující se dané problematice s různými definicemi syndromu demence. Hlavní definice je dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10, která přiřadila demenci, jako organické duševní poruše kódové označení F00 až F03. *„Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“* (Jirák a Koukolík, 2004 s. 19).

Jiná definice ve svém závěru výstižně charakterizuje zásadní vliv a dopady na život člověka, *„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“* (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007 s. 9).

Klasifikace a dělení demencí

Demence je možno klasifikovat z více hledisek. Níže jsou různé kategorie demence dle autorů:

Základní dělení demence dle příčiny: dle Webra (2008)

- **Atroficko-degenerativní demence** - Alzheimerova nemoc, Huntingtonova choroba
- **Symptomatické demence** - Vaskulární demence, Biswangerova nemoc

Jiné dělení demence dle příčiny: dle Seidla a Obenbergera (2004)

- **Neurodegenerativní** - Alzheimerova nemoc, Pickova choroba, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba
- **Cerebrovaskulární** - Multiinfarktová demence, Biswangerova choroba
- **Infekční** - virová encefalitis, leukoencefalopatie, HIV virus, Jakobova nemoc
- **Metabolické** - choroby jater, štítné žlázy, příštítných tělísek, Cushingův syndrom
- **Traumatické** - úrazy hlavy
- **Chronické zánětlivé** - vaskulitis, roztroušená skleróza
- **Nutriční** - deficit vitamínu B12, kyseliny listové, Wernickeova encefalopatie

Dělení demence dle typu: dle Topinkové (1999)

- **Primárně degenerativní** - výskyt až v 80 %, do této kategorie patří demence s Lewyho tělísky a Alzheimerova nemoc

- **Sekundární** - výskyt 10 - 15 %, patří sem Vaskulární, demence při Parkinsonově a Huntingtonově nemoci, metabolická a toxická demence, infekční a organické postižení CNS
- **Smíšené** - výskyt 5 - 10 %, do této kategorie řadíme smíšenou Alzheimerovou a vaskulární demenci a ostatní smíšené demence.

Dělení demence dle lokalizace příznaků v CNS: dle Webra (2008)

- **Kortikální** - Alzheimerova demence, Pickova nemoc
- **Subkortikální** - Parkinsonova choroba, metabolická a toxické demence
- **Smíšené** - většina Vaskulárních demencí

Diagnostika syndromu demence

Včasná diagnostika dává možnost nemocnému v období, kdy je schopen adekvátního plánování a provádění důležitých rozhodnutí o své budoucí péči rozhodovat. Též včasné sdělení diagnózy rodině je důležité, a to z důvodů, že rodina má prostor získat informace a rady s dostatečným předstihem (<http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Who-is-affected-by-Alzheimer-s-disease>).

Při samotné diagnostice demence je nezbytná anamnéza, odborné lékařské vyšetření, vyšetření poznávacích a orientačních funkcí, které jsou možné za pomoci zobrazovacích metod.

Anamnéza často od nemocného bývá neúplná a nedostatečná. Je to tím, že nemocný si problémy nemusí uvědomovat, eventuálně je bagatelizuje nebo racionalizuje. Proto je důležitá přítomnost další osoby, kterou může být rodinný příslušník, ošetřující osoba nebo pečovatel, která sdělí objektivní údaje o nemocném. Zjišťuje se anamnéza rodinná, osobní, pracovní, sociální a lékařem farmakologická. Z anamnestických dat jsou získané údaje o začátku příznaků nemoci, rychlosti progresu, průběhu onemocnění, ale i informace o úrazech hlavy, kardiovaskulárních chorobách,

cévních mozkových příhodách případně psychického onemocnění v rodině (Jirák, et al., 2009).

Další odborné vyšetření u nemocného jsou laboratorní vyšetření, fyzikální vyšetření a vyšetření orientačních poznávacích funkcí. K odbornému vyšetření se používají testy, které s nemocným provádí psycholog, neurolog nebo psychiatr (Jirák, et al., 2009). Při kladených dotazech na orientaci místem, časem nebo osobou jsou často nedostačující odpovědi, a proto se k diagnostice demence využívají různé testy. Topinková (2005) uvádí, že nejčastěji používaným testem je Orientační diagnostický test kognitivních funkcí - MMSE, který obsahuje 30 otázek, zaměřených na různé složky paměti (viz příloha A).

K diagnostice zejména Alzheimerovy choroby se využívá i Clock drawing test, což v překladu znamená Test kreslení hodin (viz příloha B). Použitím tohoto orientačního testu je možné vyšetřit více kognitivních funkcí zároveň (Jirák, 2011).

Pro diagnostiku se používají i další testy, jako například Wechslerova škála paměti, test plynulosti řeči, Hamiltonova škála a jiné (Jirák, et al., 2009).

Zhodnocení různých vlivů onemocnění je důležité na funkční schopnosti, jako jsou nakládání s financemi, sebeobsluha, vedení domácnosti nebo nakupování. Pro zhodnocování soběstačnosti o vlastní osobu nemocného se používají standardizované testy jako Barthelův test základních všedních činností – ADL (viz příloha C) a Test instrumentálních denních činností – IADL (viz příloha D). U obou testů se hodnotí u nemocného samostatnost provedení jednotlivých činností, popřípadě míra dopomoci. Topinková (2005) dodává, že k přesné diagnostice se lékařem využívají zobrazovací metody elektrokardiografie – EKG a elektroencefalografie – EEG.

Stádia demence

Dle aktuálního stavu a příznaků se stanovuje péče a přístup k nemocnému s demencí, který je charakteristický pro jednotlivá stádia. Pro lepší pochopení problémů a tím i potřeb nemocného, je nezbytné charakterizovat jednotlivá stádia demence. Stává

se, že profesionální pečovatelé nemají dostatečné znalosti o veškerých příznacích, které se u této progredující nemoci mohou objevit. Při neznalosti příznaků mohou v péči nastat fatální chyby, které mohou u nemocného negativně ovlivnit, jak jeho fyzický, tak i psychický a sociální stav.

K stanovení přesnější diagnózy a hloubky nemoci jsou využívány různé stupnice, kterých je více druhů. Nejznámější je stupnice z roku 1982 dle Reisberga - Global Deterioration Scale (GDS) která nejlépe popisuje subjektivní a objektivní nálezy. Global Deterioration Scale stupnice rozlišuje celkem sedm stádií demence (Höschl, et al., 1999).

Nejpoužívanější stupnice, která dělí demenci na pět stádií je Hughesova stupnice z roku 1982. Jedná se o stadia zdraví, podezření na demenci, lehké stadium demence, střední stadium demence a těžká demence. Tato stupnice je založena na vyšetření orientace, paměti, úsudku, řešení různých problémů, osobních zájmů, zvládnání společenských záležitostí, chování nemocného v jeho přirozeném prostředí a úroveň péče o vlastní osobu (Koukolík a Jiráček, 1999).

V odborných knihách o stádiích demence uvádí autoři, kteří se této problematice věnují již dlouhodobě. Níže jsou uvedeny tři stadia a to počínající mírná demence, středně pokročilá demence a těžká demence.

- **Stadium první - počínající a mírná demence** - počínající stadium demence trvá přibližně 2 až 4 roky. Často toto stadium bývá přehlédnuto a to z důvodu, že počínající příznaky demence jsou spojovány v souvislosti s přibývajícím věkem a stárnutím (Koběřská, et al., 2003). Jiráček (2011) udává, že se stává, že zapomínání je pokládáno za roztržitost a proto nebývá demence včas rozpoznána. Promešká se tak doba, kdy by byla možnost průběhu léčby výrazně zpomalit a tím prodloužit počínající stadium demence na úkor stadia těžšího. Dále se zmiňuje, že jako první varování jsou opakující se chyby a častější poruchy krátkodobé paměti.

Často odborná literatura popisuje rizikový faktor zvaný mírná kognitivní porucha, což je stav, který nemocný popisuje jako poruchy soustředění, poruchy paměti, poruchy rozhodování a orientace, ale po následném otestování nesplňují kritéria demence. Následný vývoj těchto poruch se může vyvinout až do některé ze známých forem demence (Jiráček, et al. 2009). Následně dodává, že o diagnózu demence se jedná až poté, když u postiženého člověka začnou selhávat jeho běžné denní aktivity a výsledky testů poukazují na některé ze stádií demence. Problémy se zejména objevují v sebeobsluze, v sociálních vztazích, v zaměstnání, ale i v dalších jiných oblastech běžného života nemocného. Provézejících příznaků v počínající fázi demence je celá řada. Nastávají menší poruchy krátkodobé paměti, jako je zapomínání jmen, nedávných rozhovorů nebo událostí, nemocný se opakovaně dotazuje na stejnou věc a mnoho jiných. Na druhé straně v dlouhodobé paměti si nemocný vybaví snadno informace, například písničky a básničky z doby, kdy chodil do školy, příhody z mládí a jiné. Možné jsou i potíže s vyjadřováním, hledáním správných pojmenování pro známé věci, potíže s verbalizací nebo zaměňování slov. Též se objevuje porucha abstraktního myšlení, dedukce, generalizace a jiných logických úkonů. Porucha orientace v čase a prostoru v tomto stadiu není nijak výjimečná. Může se projevat v obtížné orientaci v neznámém prostředí, v nečekaných situacích, ale také na místech, která jsou mu přirozená a známá. Nemocný člověk dává běžné věci na místa, která jsou neobvyklá, a často je hledá. Obtíže nastávají i ve složitějších činnostech jako jsou finanční operace či obsluha přístrojů. Nastává pokles schopnosti adekvátního rozhodování a řešení problémů. V prvním stadiu není nic neobvyklého, když nastává u nemocného zpomalené myšlení a psychomotorického tempa. Nemocný si je obvykle vědom, že mu paměť přestává sloužit a stává se, že reaguje úzkostí, smutkem nebo vztekem. V tomto období není neobvyklý pokles zájmu o oblíbené činnosti a koníčky, které doposud vykonával. Relativně v brzké době dochází k lehkému postižení osobnostních rysů a začínají se objevovat zvláštnosti v chování, které úzce souvisí s mezilidskými vztahy (Koběřská, 2003).

- **Stadium druhé – středně pokročilá demence** - stadium středně pokročilé demence bývá často nejdelším a může trvat 2 až 10 roků. Je charakterizováno

zvýrazňováním problémů, které vznikly v důsledku demence. Rozvíjení jednotlivých příznaků zpravidla komplikuje každodenní život nemocného, ale i celé rodiny. Prohlubující se problémy s orientací ve vlastním bytě, s orientací v čase, prostředí a krátkodobé paměti celkový stav nemocného jenom zhoršuje. V tomto stadiu se mohou vyskytovat také halucinace a bludy, které jsou nemocným vnímány jako skutečnost. Obvyklé je i bloudění a problémové chování, které často ohrožuje jeho bezpečnost. Nemocný nedokáže analyzovat situace, kterým správně neporozumí (Jirák, et al., 2009). Vyjadřování se v období středně pokročilé demence se značně zhoršuje, což přináší problémy, které komplikují pochopení a porozumění toho, co nemocný chce sdělit. Problémy nastávají i v běžných denních činnostech, jako je například vaření, běžný úklid, osobní hygiena a oblékání (Koběřská, et al., 2003).

- **Stadium třetí – těžká demence** - v posledním stadiu těžké demence, nazývané také termínem pokročilé stádium demence nemocný postupně dospěje. Řada autorů uvádí pro toto stadium termín terminální stádium. Stádium těžké demence trvá obvykle několik týdnů až měsíců. Je zásadní si uvědomit, že nemoci, které způsobují demenci, patří mezi chronická a progresivní onemocnění a jsou onemocněními smrtelnými.

V tomto stadiu demence je ztráta paměti velmi pokročilá, nemocný nedokáže pojmenovat, až nepoznává svou blízkou rodinu, přátele což může být pro ostatní velmi zraňující. Zhoršení nemoci zásadně ovlivňuje komunikaci, až k vyhasnutí verbální složky. Zjevná je progresivní deteriorace stavu se zhoršováním všech funkcí s trvalým upoutáním nemocného na lůžko. Nastávají problémy s vyprazdňováním, úplnou inkontinencí moči i stolice. Dalším příznakem je úbytek hmotnosti a svalové hmoty. Dále je narušen reflex polykání, příjem potravy a v posledních dnech života přestává nemocný přijímat i tekutiny. Nastává dezorientace, oblužení, většinu času spí a nereaguje na podněty z vnějšího okolí (Jirák, et al., 2009).

Poruchy chování u osob s demencí

Součástí širšího syndromu jsou poruchy chování, které obsahuje široké spektrum symptomů nazývaných BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Patologické symptomy se často objevují u nemocných trpících demencí a zahrnují poruchy vnímání, myšlení, chování a změny nálad.

Různé příznaky u nemocného je možné sledovat v paranoidním myšlení, výskytech bludů nebo halucinací, různých poruch při běžných denních činnostech, v agresivitě, v poruchách bdění a spánku, změn nálad jako jsou úzkosti, deprese, mánie nebo fobie (Pidrman, 2007).

Základní skupiny rozdělení BPSD, které navzájem úzce souvisejí:

- **Behaviorální symptomy** - při pozorování jsou zjevné a obvyklé. Zde řadíme verbální agresivitu a agitovanost, bezcílné bloudění, vykřikování, častou hašteřivost, shromažďování nepotřebných věcí a jiné.
- **Psychologické** – nebo psychiatrické symptomy se zjišťují na základě cíleného psychiatrického vyšetření. Jde o poruchy nálady, halucinace a bludy.

Příznaky, které provázejí demenci, častěji odhalí příbuzní dříve než poruchy paměti, které zpravidla přehlížejí a nepovažují je za patologické. Zrovna poruchy chování jsou nejčastěji prvotním příznakem, který by měl avizovat návštěvu u lékaře (Jirák a Koukolík, 2004).

- **Bloudění** je velmi častým jevem, který provází demenci a stresuje rodinu i pečovatele. Možné riziko je v případném možném zranění nemocného nebo jeho ztracení. Jedná se často o bezcílné bloudění. Příčiny, ovlivňující bloudění jsou poruchy paměti, dezorientace, nevhodná medikace a jiné (Pidrman, 2007).

- **Agresivita, agitovanost** - výskyt agresivity a agitovanosti podmiňuje zhoršení kognitivních funkcí, prostředí a medikace. Agresivita se může projevovat jak fyzická tak i verbální. Takovým chováním nemocný může projevovat své obranné jednání nebo úzkost v situaci, které nerozumí a nechápe ji (Pidrman, 2007).
- **Bludy** - když nemocný trpí bludy, může být zcela přesvědčen, že je to realita. Například krádež oblečení ze skříně, krádež peněz, hygienických potřeb a jiné. Mimořádné není ani podezření nemocného z likvidace jeho osoby ze strany příbuzných, přátel či pečovatелů. Mýlné přesvědčení se zakládá v paranoidně perzekučním myšlení, které často vzniká z osamělosti nemocného. Mohou se objevovat i paranoidní bludy se sexuálním kontextem a to přesvědčením nemocného o nevěře partnera. Výjimkou není ani obviňování rodiny i pečovatелů ze sexuálních praktik, které jsou na nemocném prováděny (Pidrman, 2007).
- **Halucinace** – se více vyskytují u středních a těžkých stádií demence. Bývají často vizuální a zrakové než sluchové. Halucinace zahrnují u nemocného známé i neznámé objekty, postavy, zvířata či jiné jevy. Při sluchových halucinacích slyší hluk, bouchání nebo hlasy. Čichové halucinace se u nemocného objevují zřídka (Pidrman, 2007).
- **Poruchy nálady** – objevují se v každém ze stádií demence a lze je zaznamenat již v počátečním období nemoci. Jedná se o úzkosti, deprese, mánie, fobie a změny nálady. Nejčastějším přidruženým příznakem nemocného je deprese. Odhalit depresivní náladu, jestliže ji neprovází větší úzkost, není jednoduché. U nemocného ve vyšším věku je potřebné vnímat symptomy signalizující přítomnost deprese, jako například smutek, který trvá delší dobu, ztráty zájmů, pocity sebelítosti, permanentní únava, zhoršená kvalita spánku a dalších symptomů, které nepřímo pečujícího upozorňují. Úzkost lze zaznamenat jako obavy a napětí. Mánie se projevují povznesenou náladou, zesíleným sebevědomím a přeceňováním vlastních schopností (Jiráková a Koukolík, 2004).

- **Poruchy spánku** – lidé s demencí trpí často přerušovaným spánkem, insomnií, jinými slovy poklesem kvality spánku. Příčiny, které insomnii mohou způsobovat jsou zpravidla somatické, psychogenní, farmakogenní, nebo environmentální a ve finálním důsledku je negativně ovlivněn rytmus spánku. Následkem pro nemocného jsou další problémy snižující komfort a kvalitu jeho života. Mohou se vyskytovat i další projevy, jako například nepřiměřená agitovanost, noční neklid, noční bloudění nebo jiné noční činnosti, které nemocný vykonává. V těžkém stádiu demence se v noci může stupňovat nepokoj s vyrušováním rodinných příslušníků či spolubydlících (Pidrman a Kolibáš, 2005).

- **Poruchy aktivity denního života** - nemocného souvisí s přímou úměrou se stádiem demence, v němž se nemocný právě nachází. Narušeny jsou běžné úkony, péče o vlastní osobu i profesionální dovednosti, které byly získány po čas života nemocného. Z počátku nemocný zapomíná složitější aktivity, které se postupně rozšiřují i na běžné aktivity denního života. Problémem se stávají aktivity, jako například úklid domácnosti, vaření, nakupování, užívání léků, hospodaření s financemi a mnoho dalších. V pokročilé fázi demence je u nemocného narušena i základní schopnost, jako je příjem stravy, tekutin, péče o základní osobní hygienu a základní činnosti spojené s péčí o vlastní osobu. S postupem nemoci se objevuje inkontinence moči i stolice. Nemocného závislost se zvyšuje na způsobu a míře pomoci a péči rodiny, nebo personálu institucí. (Jirák, et al., 2009)

Uvedené symptomy patří k nejčastějším příznakům, které provázejí demenci. Obraz jednotlivých typů demence dotvářejí konkrétní individuální příznaky a využívají se k diagnostice určité demence. Široké spektrum příznaků, které svým způsobem komplikují, v mnoha případech až znemožňují nemocnému pobyt v jeho přirozeném sociálním prostředí - doma. Často vedou k institucionalizaci nemocného, a to z hlavního důvodu, že pečující rodina není nadále schopna zvládat dlouhodobý psychický stres, který je způsoben právě těmito příznaky onemocnění (Pidrman a Kolibáš, 2005).

2.4 Alzheimerova choroba

Osoba s demencí u Alzheimerovy nemoci je pro záměr této práce chápána jako osoba starší 65 let, u které je tato nemoc diagnostikována. Osoba s demencí u Alzheimerovy nemoci postupně prochází všemi stádii demence, i když se různé příznaky či trvání v určitém stádiu může u jednotlivých nemocných osob individuálně lišit. Pojem osoba s demencí zahrnuje též osoby s vyskytujícími se příznaky typickými pro demenci u Alzheimerovy nemoci, i když diagnóza této nemoci se dá přesně diagnostikovat až po smrti (Kantorková, 2011).

Demence u Alzheimerovy nemoci je postupné neurodegenerativní onemocnění, projevující se atrofií, což v tomto případě znamená úbytkem mozkové kůry a různých oblastí mozku. Atrofie znamená zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na kterém se podílí úbytek buněk nebo zmenšení jejich velikosti (Vokurka a Hugo, 2009). Některé části centrální nervové soustavy zůstávají orgány naopak zcela nedotčené a to například u mozečku a v míše (Stuart – Hamilton, 1999). Dochází také k patologickému ukládání proteinů, které ovlivňují poškození a zánik nervových buněk a tím i jejich spojů. Vádnerová (2008) uvádí, že demence u Alzheimerovy nemoci trvá přibližně 5 až 8 let a končí smrtí. Podle Jiráka (1998) může od prvních příznaků trvat Alzheimerova nemoc 7 až 15 let.

Alzheimerova nemoc se člení na presenilní formu a formu senilní.

- **Presenilní forma** je demence s rychlým začátkem a příznaky se rozvíjejí do 65 roku života jedince. Tímto typem nemoci jsou nejčastěji postiženy ženy.
- **Senilní forma** je demence, která má pozdější začátek a příznaky se objevují až po 65 roku života. Tato forma nemoci se vyskytuje podstatně častěji. Alzheimerovu nemoc můžeme rozčlenit též na rodinnou formu nemoci, která je vzácná. U této formy se jedná o onemocnění více pokrevních příbuzných se zjištěnými genetickými abnormalitami. Další rozdělení je sporadická forma, která je nejrozšířenější. (Jirák, 1998) popisuje dle MKN – 10 dělení demence u

Alzheimerovy nemoci na nemoc s včasným začátkem nemoci, s pozdním začátkem nemoci, atypického nebo smíšeného typu a demence u Alzheimerovy nemoci. U prvních dvou typů demence Alzheimerovy nemoci dle MKN – 10 (viz příloha E) jsou definovány totožně, jako je definuje Jiráček (1998).

Příčiny, příznaky a projevy u Alzheimerovy nemoci

„Vědci si stále nejsou jisti příčinami AN. Rizikovými faktory jsou věk a rodinné dispozice. V poslední době výzkum ukázal, že AN u starších lidí (bez rodinného výskytu nemoci) se vyskytuje zároveň se změnami na 19. chromozomu. U lidí, kteří onemocní ve věku kolem 30 a 40 let (to je většinou spojeno s rodinným výskytem nemoci), souvisí AN nejspíše se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k názoru, že AN je komplikované onemocnění způsobené různými faktory.“
(<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>)

Příznaky demence dělíme do tří základních skupin vzájemně se prolínajících. Jejich didaktická zkratka je A–B–C:

- **Activities of Daily Life** – aktivity denního života
- **Behavior** – poruchy chování
- **Cognition** – kognitivní poruchy

Demence u Alzheimerovy nemoci je jednou z nejčastějších typů demence. Dle statistických údajů se vyskytuje u 50 až 60 procent všech lidí nemocných demencí. Její výskyt se zvyšuje s věkem, a ve věku nad 70 let touto nemocí trpí 6 až 7 procent populace, v 75 letech věku je výskyt již skoro 15 procent a i nadále výskyt nemoci prudce stoupá. V Evropě žije přibližně 6,1 miliónů osob, které trpí nějakou formou demence a v České republice je to přibližně 105 tisíc nemocných. Často se v odborné

literatuře uvádí, že Alzheimerova nemoc je tichá či skrytá epidemie 21. století (Stuart a Hamilton, 1999; Jirák, Koukolík, 2004; Vágnerová, 2008).

Pro demenci u Alzheimerovy nemoci je charakteristický pomalý a plíživý počátek s rychlým nástupem poruch soudnosti, celkový pokles kognitivních funkcí včetně poruch prostorové i časové orientace a poměrně rychlý úpadek osobnosti. Rozpoznání prvních symptomů od příznaků běžného stárnutí nemusí být ze začátku vůbec jednoduché. Progrese nemoci a potíže začínají být zřejmá až mezi druhým a čtvrtým rokem od začátku onemocnění (Jirák, 1998).

Alzheimerova nemoc je jednou z nejčtenějších příčin úmrtí. Celosvětově se z ní stává zdravotní, sociální a ekonomický problém. Často je označována, jako jedna z největších zdravotních zátěží lidstva, jako rakovinné nádory, kardiovaskulární nemoci a AIDS (Jirák a Koukolík, 2004). Raboch (2003) uvádí, že na začátku 21. století dojde k nárůstu neuropsychiatrických onemocnění v zemích střední a východní Evropy. Nárůst se však neprojeví v oblasti závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, ale u demencí a v afektivních poruchách u žen.

Diagnostika Alzheimerovy choroby

„Neexistuje žádný test, který by přinesl jasný a stoprocentně jednoznačný výsledek. Je potřeba vyvrátit všechny ostatní možnosti, které by ukazovaly na jinou nemoc způsobující demenci. Diagnózu Alzheimerovy choroby může učinit lékař, který je s touto problematikou obeznámen a má s ní zkušenosti. Co k tomuto závěru potřebuje:

- *pečlivé a podrobné zhodnocení osobní i rodinné anamnézy pacienta a zejména podrobné vyhodnocení změn kognitivních funkcí, paměti a chování pacienta během posledních měsíců či let*
- *vyhodnocení kognitivních funkcí pomocí testů*
- *pečlivé klinické vyšetření doplněné laboratorními testy – to vše je zaměřeno zejména na odhalení jiné příčiny kognitivní poruchy*

- *v případě jakýchkoli pochybností také vyšetření neurologické včetně CT a magnetické rezonance mozku.*“ (<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/diagnoza/>)

Stádia Alzheimerové choroby

Rozvoj demence u Alzheimerovy nemoci je možné pro lepší porozumění rozdělit do více stádií, pro které je příznačný určitý stupeň postižení v jednotlivých složkách. Zařazení do určité fáze nemoci napomáhá rozpoznat schopnosti, kterými nemocný ještě disponuje a slouží k výběru nejvhodnějšího typu léčby a terapie. Slouží jako vodítko pro nemocného a jeho rodině k pochopení vývoje nemoci.

Autoři Hillier a Barrow (2007) dělí Alzheimerovu chorobu do sedmi stádií:

- normální stav
- zapomnětlivost
- počáteční zmatenost
- pokročilá zmatenost
- počáteční demence
- pokročilá demence
- pozdní demence

Jiní autoři kladou důraz na preklinické stádium před prvními projevy nemoci a dělí ji na:

- **latentní stádium**, které zahrnuje i několik let před tím, než byla diagnostikována Alzheimerova choroba a docházelo v ní k neuropatologickým změnám ještě před diagnostikování nemoci
- **fázi prodromální**, která začíná spolu s prvními projevy nemoci

- **fázi demence**, kdy se předpokládá, že ke konci v druhé fázi dochází k náhlému zrychlení průběhu nemoci (Welsh – Bohmer, et al., 2010).

Zpravidla se však hovoří o třech stádiích, a to počátečním, pokročilém a terminálním stadiu. V podstatě se jedná o shrnutí projevů Alzheimerovy choroby. Shanks (1996) tyto stádia popisuje jako pocity nemocného a pečujících osob v jednotlivých etapách nemoci.

- **Počáteční stádium** - délka trvání je zpravidla 3 až 5 let, a jedná se o období výskytu prvních příznaků a změn, u kterých jsou jen mírné a téměř nepostřehnutelné podoby nemoci. V některých případech bývají považovány za běžné a spojované se stárnutím. V tomto stadiu se jedná o menší poruchy krátkodobé paměti, nepozornost, obtížné vybavování slov a přechodnou dezorientaci. Potíže nejčastěji vnímá jako první sám nemocný, ale postřehnout je mohou i jeho blízcí. Nejběžnější problém je zapominání nedávných událostí, nemocní často hledají používané předměty a podobně. Často si nemocní uvědomují tyto příznaky a dostávají se u nich deprese a úzkosti. Shanks (1996) popisuje, že je to období popření, jak ze strany nemocného, tak ze strany blízkých.
- **Pokročilé stádium** - příznaky se projevují výrazněji a znemožňují nemocnému vykonávat činnosti, které do té doby vykonával zcela běžně. Výpadky paměti zasahují i hlubší vzpomínky, nemocný postupně zapomíná jména a tváře i nejbližších osob. Mnohdy se ztrácí a bloudí, což souvisí s poruchami orientace. Nemoc zasahuje i vyšší kognitivní funkce, začínají potíže s plánováním a dodržováním postupů u jednotlivých činností. Nastává zhoršení komunikačních schopností. V tomto období nastávají u nemocného i osobnostní změny, výraznější poruchy nálad a psychotické projevy jako například halucinace. Shanks (1996) popisuje pokročilé stadium jako etapu agrese ze strany nemocného.

- **Terminální/finální stádium** - nemocný se v posledním stadiu stává zcela závislým na pomoci jiné osoby. Kognitivní deteriorace je již nezvratná a zásadně mění osobnost postiženého, který již nepoznává své blízké a přestává s nimi komunikovat verbálně, ale i nonverbálně. Vyskytují se potíže s příjmem potravy, celkovou apatií a inkontinencí. Shanks (1996) popisuje terminální fázi jako etapu smíření. Poslední stádium končí smrtí. Doba přežití má velké individuální rozdíly. Délka přežití s Alzheimerovou chorobou také závisí na formě nemoci a obecně je kratší u Alzheimerovy choroby rané formy. Může se pohybovat mezi 5 až 20 lety (Franková, 2011).

Alzheimerova choroba není přímou příčinou smrti, ale základní, neboť nemocní umírají zpravidla na záněty plic a průdušek, následky různých úrazů nebo jiného přidruženého onemocnění souvisejícího se stářím (Jirák, 2009).

Potřeby nemocných trpících demenci u Alzheimerovy nemoci

Potřeby seniorů nejsou nijak rozdílné, jako potřeby ostatních lidí ve společnosti. Kubalčíková (2006) uvádí, že potřeby seniorů jsou propojené do jednoho komplexu, který je stejný jako u ostatních osob. Struktura jednotlivých potřeb se zvyšujícím věkem nijak nemění, ale může nastat změna v zaměření potřeb a jejich významů, který jistým potřebám senioři přikládají.

„Potřeby jsou nedostatek nebo nadbytek něčeho, co člověka nutí k takovým činnostem, které mu umožní uspokojení potřeby a obnovení stavu rovnováhy organismu. Jsou něčím, co člověk potřebuje ke svému životu a vývoji“ (Hauke, 2011. s. 125).

Pichaud a Thareauová (1998) popisují potřebou ne jenom jako něco, co člověku schází, ale zejména to k čemu člověk směřuje. Potřeba je dynamická síla, která posunuje a směřuje osobou k danému cíli. Důstojnost a uspokojování potřeb seniora spolu úzce souvisí. U osob s demencí, ačkoliv dochází k poklesu kognitivních funkcí, jsou stále potřeby, které je nutné realizovat.

Rozeznání potřeb u osob s demencí může být často obtížné z důvodu zhoršení jejich komunikace, pozornosti a orientace v reálném světě. Ale uspokojení potřeb u osob s demencí se projevuje pozitivně, ne jenom na jejich chování, ale též na jeho celkovém stavu. Proto je zcela zásadní, aby osoby pečující o nemocného uměli rozpoznávat jeho potřeby a aby se o tyto potřeby zajímali. Někdy se stává, že i při nejlepší péči, která se nemocnému poskytuje, dochází k frustraci jak pečovatele, tak nemocného o kterého pečuje (Zgola, 2003).

Osoba s demencí má vzhledem ke svému postižení omezenou schopnost naplňovat své potřeby a z tohoto důvodu hledá náhradní možnosti při jejich uspokojování. Problematické chování, jako je například agresivita nebo bezcílné chození se nemusí vždy přisuzovat pouze k projevům nemoci, ale i k nutnosti uspokojování potřeb nemocného.

V roce 1943 vytvořil americký psycholog Abraham Harold Maslow nejznámější psychologické pojetí lidských potřeb. Maslowova hierarchie potřeb rozlišuje pět základních lidských potřeb, které autor sestavil názorně do tvaru pyramidy (viz obrázek č. 1). Maslowova teorie poukazuje, že lidské potřeby musí být chápány komplexně a jsou propojeny. Znamená to, že skrze jeden typ potřeby mohou být uspokojovány i další. Teorie potřeb propojuje potřeby fyzické, psychické i sociální. Platí, že pokud nejsou uspokojeny potřeby na nižších úrovních, nemůžou být obvykle uspokojovány potřeby na vyšších úrovních (Kubalčíková, 2006).



Obrázek 1 - Maslowova pyramida – (<http://www.onwar.eu/tag/education/>)

Fyziologické potřeby člověka

Fyziologické potřeby jako jsou například vylučování, spánek nebo pohyb jsou zcela základní. Neuspokojení fyziologických potřeb se často odráží na celkovém stavu a zdraví člověka. Jejich úkolem je přispívat k správnému fungování organismu, mají význam i pro samotné přežití osoby. Pro uspokojování fyziologických potřeb člověk běžně věnuje nejvíce času.

Nedostatečné uspokojování fyziologických potřeb u osob s demencí může být důvodem nočního neklidu, při kterém často dochází k poruchám cyklu spánku a bdění. Tento stav může zapříčiňovat špatný režim dne, zdravotní potíže, negativní vlivy na psychiku nemocného nebo léky. Častým chybám ze strany pečujících je ukládání nemocného ke spánku velmi brzy (Venglářová, 2007; Buijssen, 2006). Na poruchy spánku má vliv i nedostatečná, nebo žádná fyzická aktivita a nedostatečná kognitivní stimulace.

Fyziologické potřeby ovlivňují i bezcílné chození osob s demencí. Jedna z příčin, které bezcílné chození vyvolává je, že nemocnému chůze pomáhá uvolňovat fyzickou energii a často je spojená též s fyzickým neklidem způsobeným bolestí. Osoby s demencí a senioři, mívají často problémy s vyprazdňováním a zácpou, což přímo souvisí se zdravotními obtížemi a pocitem neklidu (Buijssen, 2006; Mlýnková, 2011). Bolest může vyvolat u osob s demencí i agresivitu, která je spojována s jejich obranou a nespokojeností.

- **Potřeba bezpečí** - pocit bezpečí jak uvádí Pichaud a Thareauová (1998), je nezbytný pro každého člověka a je považován za jednu z nejzákladnějších psychických potřeb. Důležitou roli má pocit bezpečí i v životě seniorů. V okamžiku, kdy se lidé z důvodu nemoci nebo věku stávají nesoběstačnými a jsou odkázáni na pomoc pečujících, se jejich nejistota a strach zvyšuje. Nejedná se pouze o nebezpečí pádu nebo zranění ale o pocit hrozby z okolí, ztráty kontroly nad sebou samým nebo strach z neznámého prostředí. Tato potřeba je intenzivnější u seniorů s demencí, kteří se cítí ztraceni ve známém prostředí a tím se stávají zranitelnějšími.

Neuspokojení potřeb bezpečí se může projevit závislostním chováním nemocného na pečující osobě. Způsobení tohoto chování může být nedostatkem kontaktu, nejistotou, hledáním pomoci k ujištění nebo bolestmi, které nemocný nedokáže vyjádřit verbálně. Buijssen (2006) uvádí, že důvodem problematického chování je pocit nejistoty a nedostatku bezpečí, které způsobila ztráta kognitivních funkcí. Nemocný se cítí ztracený a hledá někoho, kdo by jej vedl životem a opatroval. Následkem své nemoci nebo z důvodů vysokého věku nemocný často nedokáže řídit svůj vlastní život, ale vnitřně předpokládá, že pečující osoba ho ochrání před nebezpečím a pomůže mu pochopit vše, co se děje kolem něj. Stává se, že když se ocitne sám, bez svého pečovatele, tak má pocity nejistoty a ohrožení.

Dle Venglářové (2007) lze dezorientaci osoby v prostoru a čase u lidí s demencí dát do souvislosti s agresivitou. Osoba bez uvedených orientací, nepoznává kolem sebe věci a osoby a tím se cítí být ohrožena. Dotyky, které souvisejí s péčí o osoby s demencí, často vyvolávají u nemocného strach a úzkost.

- **Sociální potřeby** - do sociálních potřeb náleží potřeba lásky, důvěry, sounáležitosti, přátelství, informovanosti, potřeby náležet k nějaké skupině, vyjádřit se a být vyslechnut. Všechny tyto sociální potřeby jsou pro člověka důležité a často jsou označovány jako potřeby vztahové (Haškovcová, 2010). Při nenaplnění těchto potřeb zpravidla dochází k samotě a izolovanosti osoby. Uvedené stavy mohou vyvolávat velké utrpení, duševní bolesti a také pocity, že je dotčený každému na obtíž. V souvislosti s neuspokojením sociálních potřeb může nastat závislost nemocného na jiné osobě. Jedná se konkrétně o uspokojování potřeb blízkosti. Ne jenom nemocný, ale každý člověk potřebuje kontakt s blízkou osobou, cítit jejich náklonnost a proto vyhledává fyzickou blízkost těch, kteří se okolo něj pohybují. Osoby s demencí se často dotýkají druhých, což je snahou dosáhnout prostého kontaktu, i když je to často zaměňováno s chováním sexuálního rázu. Nemocný člověk potřebuje pouze cítit, že v nelehké situaci, ve které se nachází, nezůstal sám (Zgola, 2003).

Jednou z možných příčin toulání osoby s demencí je i to, že nechce být tam, kde se právě nachází. Mnohdy osoba s demencí prostředí, ve kterém se nachází,

vnímá jako neznámé, v myslí se navrácí do míst, kde se narodila a vyrůstala. Často hledá známé a osoby, které si ve své dlouhodobé paměti vybavuje jako například rodiče a sourozence, popřípadě své děti, ale mnohdy je nepoznává, protože je stále vidí jako malé děti (Venglářová, 2007; Buijssen, 2006). K prostředí ve kterém se nemocný nachází, často cítí nedůvěru, chce mít u sebe své blízké. To ale v tomto, pro něj neznámém prostředí nemá. Doporučuje se domov osoby pro osoby s demencí, nebo seniora upravit dovybavením pro něj známými předměty, nábytkem a fotografiemi, které mu mohou připomínat jeho život.

Neuspokojování sociálních potřeb u osob s demencí nebo seniorů může být v souvislosti i s nepochopením okolí. Postupující nemoc a věk zhoršuje komunikaci a dochází ke snížení schopnosti přijímat nové informace. Proto mnohdy není uspokojena potřeba informovanosti, což u seniorů a osob s demencí zvyšuje neklid, nedůvěru a úzkost.

- **Potřeba autonomie** - potřeba autonomie znamená mít moc nad vlastním životem, mít možnost se sám za sebe rozhodovat a být svobodný. Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí, že autonomie je schopnost směřovat vlastní život podle svých pravidel, sám se rozhodovat a být pánem svého života. Autonomie je jako svoboda, když člověk může svobodně říci to, co si právě myslí, to co si přeje nebo bude přát a sám rozhodovat o věcech, které se týkají jeho vlastního života.

Osoby s demencí zpravidla mají tuto potřebu značně narušenou. Často reagují na neuspokojení agresivitou, která je běžná lidská reakce na náročné životní situace a též obranou proti frustraci. „*Velká část vzdorovitého a agresivního chování, které pozorujeme u osob s narušenou poznávací funkcí, je vlastně výrazem jejich potřeby mít věci pod kontrolou. Hlášené případy „agresivního chování“ byly velmi často způsobeny okolnostmi, kdy pečovatel odnesl osobě šaty, dával jí léky, koupal ji, vyměňoval jí spodní prádlo nebo ji přemisťoval.*“ (Zgola, 2003, s. 71). Agresivita se stává i častou reakcí na zármutek a bezmoc. Lidé si zpravidla uvědomují v počátečním stadiu nemoci svůj stav a zhoršující se funkce, což v nich vyvolává smutek, stud, strach a zejména bezmoc. Uvědomují si své chyby,

zapomnětlivost a pociťují bezmoc, že se s tím nedá nic dělat a proto agresivita a vztek se zde nabízejí jako jedna z možností ventilace jejich emocí. Tak se agresivita stává jednou z nejjednodušších možností vyjádření právě toho, co nemocní pociťují. Stejně je to u dětí, které snadněji projevují hněv a zlost než smutek nebo stud (Buijssen, 2006).

- **Potřeba seberealizace** - seberealizace nastává ve chvíli, kdy jsou u člověka uspokojeny všechny potřeby na nižších úrovních. Nalezení smyslu života člověka a potřebu zrealizovat své sny a přání je právě cílem seberealizace. Dosažení může být spojeno s rodinou, zájmy, vírou, prací nebo tvůrčími potřebami. Na úrovni seberealizace lze spatřit i prvky z nižších úrovní jako je například, pocit uznání, sdílení s rodinou či přáteli nebo pocit životního úspěchu (Pichaud a Thareauová, 1998).

Dle Haškovcové (2010) u seniora, který je závislý na pomoci jiné osoby, je někdy nezbytné ustoupit od potřeb, jako je seberealizace. Stejně tak i v případě u osob s demencí, u kterých se stálou stimulací, opakovaným nácvikem běžných denních aktivit a reedukací základních dovedností je možné dosáhnout alespoň dílčího uspokojení potřeby seberealizace.

Důstojnost osob s Alzheimerovou nemocí

Každý člověk, zdravý i nemocný, mladý nebo starý si zasluhuje respekt. V případě osob nemocných demencí je potřebné respektovat tuto hodnotu mnohem více, protože nemocní se stávají závislými na pomoci ostatních a jsou tak odkázáni na jejich vůli a rozhodování. Ale i navzdory nemoci má člověk svou autonomní jednotkou, která může stále rozhodovat o jeho potřebách, eventuálně vyjadřovat své přání, potřeby a pocity. Je tedy na pečujících osobách, aby respektovali osobnost a potřeby nemocného a tím zachovávali jeho lidskou důstojnost.

Lidská důstojnost je základní hodnota, která náleží všem bez rozdílu. Kategorie morálních a etických hodnot, do které patří i důstojnost, zdůrazňuje vědomí a význam člověka v jeho právech v dané společnosti. Často je spojována s pojmy, jako jsou

například úcta, rozhodování či autonomie. Důstojnost lidské identity je právě nejzranitelnější místo každého člověka (Rohanová a Holmerová, 2010). Respektování lidské důstojnosti není důležité pouze u nemocných a seniorů, ale právě oni jsou tou nejzranitelnější cílovou skupinou. S přibývajícím věkem, se v období stáří lidé stávají zranitelnějšími a to ve všech oblastech života. Vysoké riziko nastává u osob postižených demencí, kdy se často jejich okolí domnívá, že již nejsou schopni za sebe rozhodovat ani jasně vyjádřit své potřeby. Právě tehdy důstojnost osoby s demencí může být poškozena a to mnoha způsoby jako například nerespektováním jeho potřeb, názorů, přání, pocitů a soukromí. Následkem toho dochází pouze k uspokojení fyziologických potřeb, ale psychosociální a duchovní potřeby osob s demencí jsou popřeny (Rohanová a Holmerová, 2010).

3 TERAPIE, METODY A KOMUNIKACE SNIŽUJÍCÍ ROZVOJ DEMENCE

Podle Venglářové (2007) demence u Alzheimerovy nemoci se stává závažným problémem i z důvodu, že toto onemocnění medicína doposud nedovedla účinně léčit, pouze zpomalit její postup. Kromě medikace léky je významná pro nemocného stimulace, jako opakovaný nácvik běžných denních aktivit, reedukace základních dovedností a schopností.

Pro osobu s demencí je velmi důležitá smysluplná aktivita stejně tak jako péče o jeho osobu. Vhodnou činností je možno omezit depresi, ovlivnit neklid a nervozitu, což podporuje sociální začlenění nemocného. Těmto lidem by měla být poskytnuta možnost žít svůj život takovým způsobem, který je pro ně nejvíce vyhovující. Proškolení pracovníci by měli znát hodnotu a význam používaných terapií a s ní spojenými činnostmi, které uplatňují v praxi. Je naprosto nepřijatelné, aby nevhodně zvolené aktivity byly neúčinné a nemocnému ublížily (Zgola, 2003).

- **Kinezioterapie** - je metoda využívající prvky tělesných cvičení, pohybových her a cvičení, prostřednictvím kterých dochází k pozitivnímu ovlivnění duševních procesů, osobnosti nemocného a funkcí trpícího demencí. U nemocného se vlivem této terapie působí na krátkodobou paměť a trénuje se koncentrace, zlepšuje se komunikace, reguluje se nežádoucí chování, mírní se úzkost, deprese, sebedůvěra a zlepšuje se celkový psychický i fyzický stav. U nemocného nastává pocit sounáležitosti (Hátlová a Suchá, 2005).
- **Taneční, pohybová terapie** - je proces využívající pohyb k psychoterapeutickému působení na nemocného. Pohyb ovlivňuje kognitivní, emoční, fyzickou i sociální integraci nemocného. Pohyb též příznivě působí na psychickou oblast nemocného a zároveň pozitivně ovlivňuje tělesný stav nemocného (Haškovcová, 2012).

- **Zooterapie** - tuto terapii lze definovat jako psychoterapii pomocí zvířat, která je asistována. U tohoto typu terapie jde o využití zvířete při aktivní nebo pasivní interakci na psychickou, fyzickou i sociální pohodu klienta. U osob postižených demencí zooterapie působí eliminaci úzkosti a deprese, zlepšuje komunikaci, ovlivňuje vyšší nervovou činnost a stimuluje společenské chování (Hátlová a Suchá, 2005). Mezi známé druhy zooterapie, které jsou využívány u seniorů, patří například canisterapie, felinoterapie nebo ornitoterapie (Haškovcová, 2012).
- **Bazální stimulace** - při péči o nemocného s demencí je filozofií konceptu porozumění vývojového období nemoci, ve které se momentálně nachází a znát, nebo zjistit jeho potřeby, na základě kterých se sestavuje individuální plán péče. Jedná se o soubor různých terapeutických postupů, které poskytují nemocnému v jeho momentální životní situaci vhodné stimuly v kognitivní, pohybové a komunikační oblasti. Personál, který tento koncept uplatňuje, může výrazným způsobem eliminovat výskyt negativního chování u nemocného a snížit riziko úrazů (Friedlová, 2012).
- **Orientace realitou** - nemocný si následkem poruchy kognitivních funkcí vysvětluje realitu jinak. Proto není vhodně, nemocnému jeho názory a myšlenky vyvracet, ale pracovat s nimi (Jiráček, et al., 2009). Jednotlivé prvky orientace realitou jsou každodenní součástí práce pečovatelských pracovníků. V praxi se používá kalendář, barevné označení místnosti, prostor a jiné pomůcky, které napomáhají vnímat realitu (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).
- **Kognitivní rehabilitace** - kognitivní trénink neboli cvičení paměti je aktivní pro procvičování mozku a mozkových funkcí. Kognitivní trénink se využívá ve všech stádiích demence. U kognitivního cvičení je důležitý vhodný výběr přiměřených úkolů dle možností a schopností nemocného se zacílením na pozitivní zpětnou vazbu a následným oceněním za jednotlivé provedené úkoly (Jiráček, et al., 2009). U této rehabilitace se využívají různé zjednodušené slovní

hry, doplňování slov dle slabiky, doplňování říkanek, skládání zjednodušených obrazců a podobně (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

- **Ergoterapie** - cílem ergoterapie je dosažení co možná v maximální míře soběstačnosti a nezávislosti nemocného, což vede ke zvýšení kvality jeho života. Ergoterapeut provádí s nemocným činnosti, které jsou zaměřené na zvýšení svalové síly, koordinace a rozsahu v pohybu v kloubním aparátu, jako jsou například ruční práce, výcvik komunikačních schopností, nácvik všedních denních činností a mnoha dalších (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).
- **Arteterapie** - u této terapie se využívá umění včetně poezie, prózy, hudby, tance a výtvarného umění. V užším smyslu slova se dá říct, že to je léčba výtvarným uměním. Zahrnuje soubor různých uměleckých technik a postupů, které mají za cíl též změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí a navodit mu pocit smysluplného života. Arteterapie napomáhá procvičovat krátkodobou paměť, posiluje vlastní hodnoty osoby i rehabilitaci jemné motoriky. Arteterapie využívaná u seniorů by měla aktivizovat zbytky jejich vitality a stimulovat jejich kreativitu (Šicková, Fabrici, 2002).
- **Muzikoterapie** - zde se využívá hudba jako léčebný prostředek. U lidí s demencí se může využívat zpívání písní, nebo poslech hudby. Zajímavostí je, že i u nemocných v určitém stupni afázie, kteří mají problémy s komunikací a nemůžou si již vzpomenout na určité slovo, si dokážou vybavit text celé písně. (Hátlová a Suchá, 2005). Muzikoterapie dokáže u některých nemocných osob posílit důvěru ve své vlastní síly, odstranit pocit osamělosti a překonat deprese, napomáhá zpracovávat úzkosti, emoční labilitu, agresi a učí vidět reálně (Kučerová, 2006).

3.1 Komunikace se seniory a osobami s demencí

Komunikace je součástí našeho každodenního života. Používá se k vyjádření svých myšlenek, pocitů, názorů i potřeb. Někdy je možné komunikovat verbálně, jindy se projev uskuteční neverbálně pomocí gesta a postoje těla. K adekvátnímu využití obou zmíněných složek jsou potřebné dostatečné znalosti. Existují doporučení, zásady a speciální techniky, které pomáhají komunikaci zefektivnit a jsou určeny při péči o seniora nebo nemocného v různých fázích demence.

Komunikace je obecně vnímána, jako uvědomělý aktivní proces, kdy se jednotliví účastníci vzájemně ovlivňují. Základem komunikace s druhou osobou je iniciativa, kterou jak vysíláme, tak i přijímáme. Zmíněná iniciativa je určitá signalizace, kterou dáváme najevo zájem o kontakt s konkrétní osobou, od které byl signál vyslán či přijat. Následkem progresu nemoci se mění množství či kvalita komunikace. Postupně se vytrácí i schopnost pokoušet se kontaktu porozumět, adekvátně ho zpracovat a přijímat. Tyto změny vyžadují od pečující osoby schopnosti hledat nové podněty, které budou nemocnému bližší a dokáže jim rozumět, přijímat a správně vyhodnocovat (Koběrská, et al., 2003).

Příznaky, které jsou typické pro nemoci demencí, se stávají zároveň překážkou v komunikaci. Mezi nejčastější překážky dle Venglářové a Mahrové (2006) patří:

- poruchy paměti
- poruchy orientace
- poruchy chování
- poruchy pozornosti
- snižování schopností porozumění významu a smyslu slov
- neschopnost verbální komunikace
- vytrácení se mimiky

- snižování schopností aktivního využití jazyka až nesrozumitelná řeč
- afázie
- agnózie

Nemocný mívá zpravidla problémy s uchováním nových informací, neustále se dotazuje a zaměňuje výrazy. Ojedinělé není ani tvoření nových slov, netrpělivost, fabulace a v posledním stadiu nemoci i mutismus. Jestliže pečující pochopí jaké má nemocný obtíže, co ho trápí, lze pro zlepšení komunikace mnoho udělat (Venglářová, 2007).

3.2 Zásady komunikace s osobami s demencí

Při komunikaci a přístupu k nemocnému nebo seniorovi by měl každý pečující respektovat zásady. Jedná se o souhrn principů, nezbytných pro uplatnění v praxi. Zásady komunikace vychází z „Desatera komunikace s pacienty se syndromem demence“ (viz příloha F). Mnoho autorů předkládá rozšířený souhrn zásad o další poznatky. Standardně je možné vycházet z následujících základních doporučení, které jsou ale závislé na tom, v jakém stadiu demence se osoba právě nachází. Před nastavením způsobu komunikace se seniorem nebo nemocným je nutné předem získat ucelené informace o typu a stádiu demence konkrétního člověka, jelikož každé ze stádií vyžaduje odlišný a specifický přístup. Na základě získání těchto informací je možné využít některé z následujících poznatků z desatera komunikace s pacienty se syndromem demence.

- **Správné oslovení klienta** - mnoho klientů ve svém životě dosáhlo významného úspěchu či postavení, které má značný vliv na jejich oslovování (Klevetová a Dlabalová, 2008). Infantilizace, čili zdětinšťování je v komunikaci nepřipustná a Kalvach, et al., (2008) dodává, že v institucionální péči je familiární oslovování

doslova nepřijatelné. Možné je jedině v případě, že si nemocný nebo jeho blízká rodina to výslovně přeje, nebo stav nemocného dle rodiny vyžaduje, aby byl osloven svým křestním jménem. V tomto případě je přání respektováno.

- **Minimalizování hluku a rušivých vlivů** - to lze vytvořením vhodných podmínek pro komunikaci, což následně zkvalitňuje lepší soustředění nemocného či seniora. Důležitá je i funkčnost kompenzačních pomůcek, například u naslouchadla.
- **Používání jednoduchých vět** - používá se pro lepší pochopení sdělené informace. Mluví se srozumitelně a pomalu s instrukcemi k činnostem, které se vysvětlují v jednotlivých krocích. Často příliš mnoho pokynů a úkolů za sebou může u nemocného či seniora vzbuzovat pocity nejistoty a zmatenosti. Jestliže sdělení nepochopí, je potřeba to zopakovat pokud možno jiným způsobem a průběžně ověřovat jejich správné pochopení. Významné údaje se mohou zapisovat na list papíru.
- **Klidné chování a pozitivní výraz** - předchází vzniku problematického chování.
- **Při komunikaci zůstat v zorném poli** - zároveň omezovat vlastní prudké pohyby. Spěch často vyvolá u nemocného úzkost a zmatenost.
- **Odborné výrazy, cizí slova či fráze** - není vhodné používat, doporučuje se volit slova, která nemocný nebo senior běžně používá ve své mluvě.
- **Oční kontakt** - běžně se využívá ve složkách neverbální komunikace. Jeho délka je důležitá při komunikaci zejména se seniory a osobami s demencí. Haptika lidem s problémem komunikace napomáhá s vyjádřením podpory v pochopení i zklidnění. Projevy neverbální komunikace je důležité sledovat i u nemocného. S postupem nemoci právě neverbální komunikace může být jediným prostředkem, ze kterého je možno zjistit strach, úzkost, stavy deprese a bolest které nemocný momentálně prožívá.

- **Přizpůsobovat komunikaci schopnostem nemocného** - nikdy se nesmí omezovat.
- **Neponižovat či vysmívat se** - osobám s demencí nebo starým lidem z důvodu nesrozumitelného způsobu jejich vyjadřování, právě naopak, je nutné posilovat jeho autonomii.
- **Minimalizovat omezování, napomínání, usměrňování a přehlížení** nemocného či seniora patří též do desatera komunikací s osobou s demencí (Koběřská, et al., 2003).

3.3 Techniky využívané v komunikaci u osob s demencí

Je možno využít několik technik při komunikaci se seniorem s demencí. Vhodná kombinace těchto technik je významná pro zkvalitnění komunikace a zejména pro pochopení pocitů a potřeb seniora.

- **Reminiscenční terapie** – Holmerová a Suchá (2003) uvádějí, že reminiscenční terapie je založena na principu úmyslného vyvolání vzpomínek seniora. Veškeré důležité životní vzpomínky, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti nemocného, se s použitím vhodných podnětů obnoví. Tuto terapii lze využít i v pokročilém stádiu demence z důvodů, že dlouhodobá paměť zůstává poměrně dobře zachována. Za pomoci terapie je možné nalézt nejvhodnější způsob komunikace (Jiráček, et al., 2009).

K reminiscenční terapii se zpravidla využívají fotografie nebo předměty vyvolávající vzpomínky. V přímém rozhovoru nejsou vhodná ta témata, která u nemocného vyvolávají nepříjemné až bolestné vzpomínky. Vhodné je vyvolání takových vzpomínek a prožitků, které pozitivně přinášejí procítění a příjemné emoce. Naslouchání, empatie a podpora terapeuta při vyprávění nemocného, i

když je to opakovaně, pozitivně přispívá při práci se vzpomínkami (Malíková, 2011).

- **Validační terapie** – jedná se o specifický filozofický přístup o příčině a následném emočním ladění nemocného, které souvisí se vzpomínkami z minulosti. Dle Rheinwaldové (1999) je principem validační terapie úcta k člověku s demencí, jeho přijetí a respektování, tolerance a projevení empatie. Klevetová a Dlabalová (2008) dodávají, že validace napomáhá hodnocení a vnímání citů jiných lidí, pochopení jejich fantazie a nelogického tvrzení, které nemocný sděluje. Úkolem profesionálního pracovníka je obnovit a vyvolat jeho vzpomínky. Terapie zpravidla přináší do života nemocného smíření a klid. Záměrem použité metody není návrat dezorientované osoby do reality, ale doprovázet ji v tomto těžkém období nemoci, aby na vše nebyla sama. Je nutné poskytovat dostatečný prostor pro vše, co nemocný potřebuje nebo chce sdělit před tím, než zemře.
- **Technika preterapie** napomáhá navazovat kontakt s nemocným v pokročilém stádiu demence, se kterým již nelze komunikovat běžným způsobem (Malíková, 2011). Základem preterapie je, že podle způsobu emočního prožívání nemocného a způsobu chování, které je zachováno je možné navázat kontakt. Popisováním různých konkrétních situací a činností napomáhá nemocného částečně navrátit zpět do reálného světa (Klevetová a Dlabalová, 2008).
- **Rezoluční terapie**, při použití rezoluční terapie se předpokládá, že cokoliv nemocný řekne, je pro něj realita a nemá smysl to měnit. Využívá se zejména u osob v pokročilém stádiu demence. Úsilí o navrácení do reality u osoby v tomto stádiu demence je téměř nemožné a nemá účel. Je nutné, aby pečující tento projev nemoci respektoval (Klevetová a Dlabalová, 2008).

4 FORMY PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ A ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V dnešní době v oblasti sociálních služeb došlo k výrazné změně. V minulosti byla situace jiná a lidé, kteří byli nemocní, staří, zdravotně postižení nebo umírající byli zpravidla hospitalizováni. Společnost v té době se snažila udržet zdání, že zde žijí pouze zdraví lidé plní síly a elánu a o lidech v ústavách se záměrně nezmiňovala.

V minulosti existoval jeden druh sociálního zařízení a to státní domovy důchodců. Často do domova byli umísťováni i lidé, kteří z různého důvodu neměli domov. Tato péče byla financována státem. V těchto sociálních zařízeních byli záměrně vícelůžkové pokoje, aby se tam vešel co největší počet seniorů. Rozhodování seniorů o jejich péči bylo nemožné, a tak bylo bez nich rozhodováno za ně. Směli se používat restriktivní opatření - omezovací prostředky dle toho, jak momentálně uvážil pečující pracovník. Péči o seniory prováděli zdravotní sestry a sanitářky. Zařazování seniorů do sociálních zařízení bylo dle spádové oblasti a senioři si neměli možnost vybrat, kde budou umístěni. Tento systém sociální péče přetrvával až do roku 1989. Změny nastaly v roce 1989, ale výraznější změna přišla až s platností zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který popisuje jak podmínky, tak i možnosti, jak poskytovat péči fyzickým osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Stát těmto osobám pomáhá pomocí příspěvku na péči. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách se dotkl všech uživatelů a též poskytovatelů sociálních služeb. Odpovědnost za poskytování sociálních služeb přešla z odpovědnosti státu na jednotlivé obce, kraje či občanské společnosti. Posláním sociálních služeb je pomoci lidem, aby si udrželi nebo znovu získali místo ve společnosti, nebo v jejich přirozeném společenství.

Další změnou je komunitní plánování v poskytování sociálních služeb, kdy na základě zjištěných sociálních potřeb obce-kraje se vytváří plán. Jeho podstatou je spolupráce takzvaná triáda mezi zadavatelem, poskytovatelem a udržovatelem sociálních služeb.

Významnou změnou je i způsob financování poskytovaných sociálních služeb, kdy základ tvoří příspěvek na péči, který je osobám se sníženou soběstačností přiznáván. Příspěvek na péči je rozdělen do čtyř stupňů.

Pobytové služby v České republice dnes poskytují i nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení, nebo církev. Všechny poskytovatelé sociálních služeb musí mít schválenou registraci, kterou je možné získat jedině při splnění zákonných podmínek. Poskytovat sociální služby může subjekt zřizovaný obcí a krajem, nestátní neziskové organizace a ministerstvo práce a sociálních věcí.

Financování sociálních služeb je z více zdrojů, které mohou být ze státních dotací a grantů, dotací ze strukturálních fondů, z příspěvků zřizovatelů, z příjmů od uživatelů, z příspěvků na péči, z příjmů z veřejného zdravotního pojištění, z příspěvků samosprávných celků, z darů, z vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti. U nás jsou pobytové sociální služby nejčastěji financovány z příspěvků na péči, z plateb uživatelů sociálních služeb, ze státních dotací a z příjmů veřejného zdravotního pojištění. Terénní a ambulantní sociální služby jsou zpravidla financovány z plateb uživatelů sociálních služeb, z příspěvků na péči a ze státní dotace (Malíková, 2011).

Podle formy dělíme poskytování sociálních služeb dle č.108/2006 Sb., o sociálních službách na:

(1) „Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

(2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

(3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

(4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.“

(<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>)

4.1 Sociální služby poskytované seniorům a osobám s demencí

V dnešní době je snaha poskytování sociálních služeb seniorům a osobám s demencí co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Z tohoto důvodu se rozvinula široká nabídka terénních a ambulantních služeb. Pobytová zařízení poskytují sociální služby na základě individuálních plánů. Cílem sociálních služeb není vše vykonávat za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho, aby byl v co nejmenší míře závislý na těchto službách a co nejvíce činností dokázal vykonat sám.

Výčet základních činností při poskytování sociálních služeb dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách

(1) „Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,*
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- g) základní sociální poradenství,*
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- i) sociálně terapeutické činnosti,*
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*

k) telefonická krizová pomoc,

l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,

m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

(3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v § 37, 39 až 52 a § 54 až 70 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

(4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. “

(<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>)

Zařízení poskytující sociální služby

Malíková (2011) uvádí, že mezi zařízení poskytující sociální služby patří:

- **Centra denních služeb** - zde se poskytuje ambulantní služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost například pomoc při osobní hygieně, pomoc při vyřizování osobních záležitostí a mnoha dalších úkonů.
- **Denní stacionáře** - služba se v této formě poskytuje ambulantní formou ve stacionářích, kde pravidelně docházejí osoby se sníženou soběstačností. Jedná se zejména o aktivizační služby, sociálně terapeutické činnosti a poskytují se zde i služby komplexní péče.
- **Týdenní stacionáře** - poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností. Provoz v týdenních stacionářích je zajištěn v pracovní dny a provádí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** - poskytují klientům pobytové služby s celoročním provozem, určené zejména seniorům se sníženou soběstačností a seniorům, kteří již nedokážou bydlet ve svém přirozeném domácím prostředí a potřebují pravidelnou komplexní péči.
- **Domovy pro seniory** - poskytují pobytové služby pro seniory, se sníženou soběstačností. Zde je seniorům poskytována komplexní péče.
- **Domovy pro seniory se zvláštním režimem** - jedná se o poskytování komplexní pobytové služby s celoročním provozem. V těchto domovech jsou umístěné osoby s duševními nemocemi a jsou pro ně vytvořeny speciální podmínky.
- **Chráněné bydlení** - je určeno pro osoby se zdravotním postižením, které potřebují pomoc jiné osoby formou pobytových služeb. Osoby žijící v chráněném bydlení mají skoro stejné podmínky, jako kdyby žily v přirozeném domácím prostředí. Pracovníci chráněného bydlení dohlížejí a zajišťují pomoc postiženým při zvládání jednotlivých běžných i méně obvyklých činností.
- **Azylové domy** - pobytová služba poskytovaná v tomto sociálním zařízení je určena pro osoby, které ztratily bydlení a ocitly se v nepříznivé sociální situaci. Azylové domy jsou zaměřeny na různé skupiny osob například pro matky s dětmi, pro osoby mladší osmnácti let a jiné. Poskytují pro klienty ubytování a služby sociálního poradenství.
- **Domy na půli cesty** - jedná se o poskytování pobytových služeb osobám do 26 let, které žily ve školských zařízeních ústavní výchovy, ochranné výchovy, v zařízeních pro děti a mládež nebo pro osoby, které byly propuštěny z výkonu trestu. Cílem domů na půl cesty je vytvořit této kategorii klientů dobrý start do běžného života.

- **Zařízení pro krizovou pomoc** - je zde poskytována služba terénní, ambulantní i pobytová. Je určena pro osoby, které jsou v situaci ohrožení zdraví a života a nejsou schopny toto ohrožení sami vyřešit.
- **Nízkoprahová denní centra** - poskytují sociální služby osobám bez přístřeší a pomáhají zajistit jejich osobní hygienu a stravu.
- **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** - poskytují ambulantní služby dětem a mládeži od 6 do 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Prioritou je pomoci dětem a mládeži vhodně využít volný čas a nasměrovat je správným směrem.
- **Noclehárny** - poskytují služby osobám bez přístřeší. Osoby v noclehárnách mají podmínky pro provedení osobní hygieny a mohou v nich i přenocovat.
- **Terapeutické komunity** - zde se poskytují služby, které jsou určeny osobám závislým na návykových látkách a s duševním onemocněním. Cílem služby je pomoci osobám zbavit se jejich závislosti.
- **Sociální poradny** - poskytují klientům sociální poradenství a to formou základního poradenství poskytnutím důležitých informací, jak danou situaci řešit. Tato forma je určena pro osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Druhá forma je odborné sociální poradenství, které je specificky zaměřeno na jednotlivé sociální skupiny například manželské poradny, poradny pro osoby se zdravotním postižením i půjčoven kompenzačních pomůcek.
- **Sociálně terapeutické dílny** - poskytují služby osobám se zdravotním postižením se sníženou soběstačností. Cílem sociálně terapeutických služeb je sociálně pracovní terapie, za pomoci kterých může dojít k zdokonalování pracovních návyků jedinců.

- **Centra sociálně rehabilitačních služeb** - jsou určena pro osoby se zdravotním postižením a osobám ohroženým sociálním vyloučením. Cílem služby je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klientů.
- **Pracoviště rané péče** - poskytují terénní i ambulantní služby pro děti do věku 7 let se zdravotním postižením. Služba je určena i pro rodiče dětí se zdravotním postižením a napomáhá jim zvládat specifické potřeby dítěte.

Zdravotní služby pro seniory

- **Geriatrická ambulance** - poskytuje léčebnou činnost.
- **Geriatrické oddělení** - je určeno pacientům s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti.
- **Zařízení následné péče** - poskytují rehabilitační a doléčovací oddělení.
- **Ošetrovatelské oddělení** - jsou určena pro pacienty, jejichž zdravotní stav je již stabilizovaný. Poskytují péči krátkodobou, dlouhodobou nebo trvalou s cílem udržení, nebo zlepšení soběstačnosti pacienta a zlepšení kvality jeho života.
- **Geriatrické denní centrum** - je určeno pro pobyt seniora v délce trvání 6 - 12 hodin denně.
- **Domácí péče** - jedná se o ošetrovatelskou zdravotní péči prováděnou v domácím prostředí klienta.

4.2 Péče v jednotlivých stádiích demence

Syndrom demence má několik fází, které jsou charakteristické nejvýraznějšími příznaky. U každého stádia nemoci se vyžaduje adekvátní péče a velmi důležitý je individuální přístup ke každému nemocnému. Nemocí je zasažena verbální i neverbální složka komunikace a od pečující osoby jsou vyžadovány určité schopnosti, dovednosti a znalosti, které by měla ovládat.

- **Péče v prvním počínajícím a mírném stádiu demence** - péče poskytovaná prvním stadiu demence vychází z okolnosti, že nemocný je ještě relativně soběstačný a nepotřebuje trvalou péči ani dohled. U nemocného je potřebné hledat možné známky depresí a úzkostí. Významná je psychologická podpora od rodinných příslušníků nebo skupin nemocných osob s počínající demencí (Jirák, et al., 2009)

U problémů s krátkodobou pamětí je vhodné u nemocného vytvořit seznamy věcí, označit všechny obytné místnosti, používat notesy nebo kalendáře a prvky příznivě působící na krátkodobou paměť i orientaci v prostoru, které jsou u nemocného již nějakým způsobem zasaženy. Vzhledem k tomu, že nemocný ztrácí smysl pro svou hygienu a oblékání, nemocný v tomto období již vyžaduje dohled popřípadě dopomoc. V tomto období je vhodná podpora logického myšlení a úsudku a též pravidelný pohyb, cvičení a procházky. Vhodnost výběru metod a terapií, které mohou příznivě ovlivnit psychický, fyzický i sociální stav nemocného je důležitá. Stejně tak i duchovní potřeby nemocného jsou důležité, a pečující osoba by je neměla opomíjet (Kantorková, 2011).

- **Péče ve druhém stadiu středně pokročilé demence** - nemocný může být relativně v tomto stadiu schopen samostatně vykonávat obvyklé denní činnosti za dohledu a pomoci pečovatele. Jde o specifickou fázi stádia demence, kdy je nutné nemocnému zajistit neustálý dohled, péči a pomoc. Jedná se o období, kdy je u nemocného nevyhnutný specifický přístup jak farmakoterapeutický, tak též ze strany pečujícího, který je mnohdy opomíjen a to například z nedostatku času nebo nedostatečné informovanosti (Jirák, et al., 2009).

Pro nemocného je velmi důležité pravidelné procvičování krátkodobé paměti, opakování zadaných úkolů a stimulace mentálních schopností. Jednoduché úkoly, které nemocný ještě zvládá, vedou k úspěchu, podpoře soběstačnosti a poměrné samostatnosti. Nezbytné je u nemocného posilování orientace jak v místě, tak i čase a osobě. Zvláštní pozornost by pečující měl věnovat bezpečnosti nemocného a to z možného bloudění, halucinací a dalších problémových chování, které mohou zapříčinit úraz. Příjem tekutin u nemocného je třeba sledovat a zabezpečit jeho průběžný příjem během dne. Důležitý je též příjem stravy, jídelníček by měl být sestaven dle dietních omezení nemocného. Při problémech s polykáním je vhodné jídlo krájet, nebo mixovat na kaši. Léky nemocnému v domácí péči se podávají v pravidelných intervalech s poskytnutím dostatečného množství tekutin k zapití.

V sociálních zařízeních léky podává zdravotnický pracovník k tomu pověřený. Léky jsou z bezpečnostních opatření uchovávány tak, aby byly mimo dosah nemocného. Kontinenci a případné obtíže s inkontinencí, zácpou je nezbytné sledovat. V případě výskytu obtíží je nutná konzultace s lékařem.

Dohled nad hygienou a oblékáním je u nemocného v tomto stádiu demence důležitý z důvodu jeho zhoršení schopnosti dodržovat hygienické návyky i schopnosti se správně obléknout. Vhodná v tomto stadiu demence je podpora soběstačnosti a motivace provázet zmíněné činnosti.

Úkolem pečujícího je též podpora sociálních kontaktů a eliminace sociální izolace. Zlepšení fyzického a psychického stavu pro nemocného příznivě podporuje výběr vhodných aktivit dle jeho zájmů. Pečovatel by měl mít vždy na zřeteli, že jeho nevhodným chováním, jednáním i komunikací s nemocným mohou vyvolat případnou agresi, hněv, zlost, deprivaci či frustraci (Kantorková, 2011).

- **Péče v těžkém stádiu demence** - v pokročilém stádiu demence nemocnému jeho zdravotní stav neumožňuje vykonávat nic samostatně a výrazně se jeho závislost zvyšuje na okolí. Jeho stav vyžaduje trvalou odbornou péči a pomoc celodenně. V posledním stádiu je též nezbytné respektovat lidská práva,

soukromí, důstojnost a kdysi vyslovená přání nemocného. Empatie a vlídná ošetrovatelská péče je to nejvýznamnější, co v tomto pokročilém stádiu demence pečující může nemocnému poskytnout, neboť aktivizační a stimulační metody již nemají pro něj žádný význam (Jiráček, et al., 2009). Intenzivní procvičování paměti má neopomenutelný význam i v těžkém stádiu demence. Nemocným mohou přivodit vzpomínky známé rytmy, někdy i obrázky. U nemocných je nutný monitoring příjmu tekutin a potravy. Na nemocné se během jídla nesmí spěchat. Pokud u postižených demencí dochází k poruchám v příjmu potravy a jejich zdravotní stav se tím pádem zhoršuje, je možná pomoc sondou. Jestliže však nemocný jídlo odmítá a projeví včasný nesouhlas se zavedením žaludeční sondy, respektujeme jeho názor. Z ošetrovatelského pohledu je na prvním místě prevence dekubitů a to zejména komplexní hygienickou péčí, péčí o pokožku, masážemi a včasným polohováním. Kvalitu života takto nemocných lze zvýšit, pokud jim zajistíme klidné prostředí k jejich odpočinku a spánku. Pro jedince trpícího demencí má velice blahodárný účinek častý osobní kontakt s blízkými. Pro rodinu však pohled na „utrpení jim milého člověka“ může být velice těžký a zraňující. Proto je vhodná jejich systematická informovanost (Kantorková, 2011).

Paliativní péče je mnohdy prezentována v souvislosti s péčí o nemocné v posledním stádiu onkologických onemocnění. Ale v posledních letech je aplikována i u těžkého stádia syndromu demence. Cíl léčby a péče je maximálně zaměřen, jak se zmiňuje Holmerová (2009), na možné zvýšení komfortu a kvality života nemocného, nikoli prodloužení života člověka s demencí. Jiráček (2008) dodává, že právě toto poslední stádium vyžaduje od pečujícího profesionální přístup a empatii, což zpravidla vede k odhalení a vyřešení problémů a potřeb u nemocného.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ A ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

5.1 Charakteristika soukromého domova pro seniory

Pro svoji praktickou část diplomové práce jsem si vybrala soukromý domov pro seniory, který má registrované dvě sociální služby a to, domov pro seniory a domov pro seniory se zvláštním režimem. Domov pro seniory se nachází v malém městě v severních Čechách. V obci je nedostačující infrastruktura, mnoho obyvatel nemá zaměstnání a ti, kteří práci mají, často dojíždějí do nejbližšího města až čtyřicet kilometrů.

Jedná se o příspěvkovou organizaci, založenou v souladu se zákonem č.248/1995 Sb., která od listopadu 2008 poskytuje pobytové služby seniorům a klientům, kteří mají diagnostikovanu Alzheimerovou chorobu a různé typy demencí. Do cílové skupiny domova nepatří osoby s projevy agresivity, s dekompenzovaným psychickým onemocněním, psychotici, osoby, které potřebují stálou zdravotní péči, alkoholici a občané závislí na psychotropních látkách. Pobytovou službu Domov pro seniory poskytuje 139 klientům. V organizaci pracuje celkem 109 zaměstnanců, z toho 84 zaměstnanců pracuje v přímé péči o klienty. Dalších 25 zaměstnanců pracuje v technickohospodářském úseku a s klienty do styku přicházejí výjimečně.

Domov je v současné době tvořen sedmi patry osmi patrové bezbariérové budovy. Sedmé až čtvrté patro je určeno 65 seniorům s Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demencí. Třetí a druhé patro slouží jako běžný domov pro 54 seniorů a v prvním patře se nachází lůžková část pro 20 imobilních klientů.

Pokoje klientů tvoří jedno a dvoulůžkové buňky s vlastní vstupní chodbou, sociálním zařízením a sprchovým koutem. Každý z pokojů má svůj balkon. Jednotlivé

pokoje jsou vybaveny standardním nábytkem. Klienti mohou využívat vybavení domova pro seniory, nebo si mohou po dohodě s vedením organizace pokoj dovybavit nebo vybavit vlastním nábytkem.

Stravování v domově je realizováno 4x denně v souladu s požadavky na racionální a dietní stravu. Strava je podávána v restauraci, která je součástí domova, u imobilních klientů je strava podávána na lůžku.

Klienti se mohou podle svých zájmů a zdravotního stavu zúčastňovat společenských a kulturních akcí v domově i mimo něj. Kulturní a společenský život a aktivizační činnosti pro klienty organizují převážně aktivizační pracovníce ve spolupráci se společenskými organizacemi, kulturními zařízeními, školami. Klienti se mohou věnovat též své zájmové činnosti, pokud tato činnost nebo její rozsah není na úkor jejich zdraví, nenarušuje klid nebo neohrožuje zdraví a bezpečnost vlastní nebo ostatních uživatelů, pracovníků a pokud konkrétní zájmovou činnost podmínky v domově pro seniory dovolují.

5.2 Cíle a hypotézy

Pro provedení výzkumu týkajícího se dané problematiky se nabízí několik možností. Mé rozhodnutí bylo uskutečnit výzkumné šetření přímo v domově pro seniory a to mezi zaměstnanci, kteří přímo pracují se seniory. Jedná se konkrétně o zdravotní sestry, zdravotní asistenty, aktivizační pracovníky a pečovatele. Další cílovou skupinou mého šetření byli samotní senioři, kteří využívají poskytované sociální služby domova pro seniory. Toto šetření bylo zaměřeno na získání potřebných informací od pečujících a seniorů, za účelem přibližného zjištění zda pečující personál v soukromém domově o seniory má k výkonu své profese potřebné vzdělání a co je k výkonu této profese motivuje. Další cíle byly, zda senioři v zařízení využívají aktivizační služby poskytovatele a jak vnímají kvalitu péče v daném zařízení.

Hypotéza H1: Personál pečující o seniory v domově pro seniory je k výkonu své profese kvalifikačně připraven.

Hypotéza H2: Pečující personál vykonává svou profesi z důvodu vnitřního přesvědčení pomáhat seniorům v sociálních službách.

Hypotéza H3: Klienti v domově pro seniory jsou spokojeni s pobytem v zařízení.

Hypotéza H4: Všichni senioři v domově pro seniory využívají aktivizační služby poskytovatele.

5.3 Metodika empirického šetření

Jako výzkumný nástroj dané problematiky byla vybrána výzkumná metoda dotazník (kompletní verze dotazníků viz příloha G a H). Tato metoda umožňuje získání poměrně velkého počtu dat v krátkém čase. Pro získání potřebných dat byly použity dva anonymní dotazníky, které byly sestaveny takovým způsobem, aby vyhovovaly potřebám výzkumu. První dotazník, který je určen pro pečující personál obsahuje šestnáct stylizovaných otázek. Druhý dotazník, který je určen klientům v domově pro seniory obsahuje deset stylizovaných otázek. Otázky v dotaznících byly polootevřené, kdy si respondenti měli možnost vybírat z odpovědí právě tu, která jim nejvíce vyhovovala.

Pilotní šetření

Pro lepší podporu a následné ověření porozumění dotazníků bylo rozdáno v rámci pilotního šetření 5 dotazníků č.1 náhodně vybranému pečujícímu personálu a 5 dotazníků č. 2 náhodně vybraným seniorům. Cílem bylo zjištění, zda jsou otázky dotazníků pro respondenty srozumitelné.

5.4 Výběr respondentů

V organizaci pracuje celkem 84 zaměstnanců, kteří pracují v přímé péči o klienty. Dotazníkového šetření určeného pro personál pečující o klienty se zúčastnilo všech 84 respondentů. Jednalo se o totální výběr. Dotazník obsahoval 16 stylizovaných polootevřených otázek. Konkrétně se jednalo o zdravotní sestry, zdravotnické asistenty, aktivizační pracovníky a pečovatelé v zařízení. Věk respondentů prvního dotazníku byl od 18 let výše. U druhého dotazníkového šetření určeného klientům domova pro seniory bylo náhodně vybráno 97 klientů různé věkové kategorie, s různou délkou pobytu v domově pro seniory, různými zájmy, postoji a odlišnými zdravotními handicapy. Většina klientů má svou rodinu, ale jsou i takoví, kteří ji nemají. Usuzuji, že tento vzorek dostatečně reprezentuje danou seniorskou populaci. Věkové rozmezí zkoumaného vzorku je 55 let a více. Dotazník pro klienty obsahoval 10 stylizovaných polootevřených otázek. Klienti, pokud jejich zdravotní a mentální stav dovolil, odpovídali na dotazník sami. Avšak mnoho z klientů vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohlo odpovídat písemně, tak jim byly otázky kladeny ústně a odpovědi se písemně zaznamenávali.

Vždy jeden dotazník byl dán každému z respondentů. Šetření proběhlo v srpnu a září 2014. Všichni respondenti byli seznámeni s významem výzkumu a postupem při vyplňování dotazníků a zároveň byli ubezpečeni o anonymitě šetření. Z dotazníkového šetření určeného pro personál, se vrátilo 75 a z dotazníku určeného pro klienty se vrátilo 97. Domnívám se, že tak vysoká úspěšnost vrácení dotazníků je podmíněna důvěrou respondentů k osobě autora.

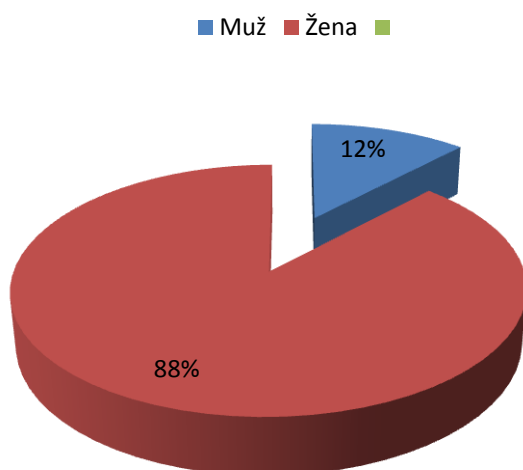
5.5 Výsledky šetření

Tato část diplomové práce obsahuje zpracování dat dvou dotazníků, z nichž dotazník č. 1 je zaměřen na personál v domově a vymezen oblastí zdravotnictví, zdravotních asistentů, aktivizačních pracovníků a pečovatelů. To znamená, že zde není zahrnut takzvaný technický personál. Dotazník č. 2 byl určen přímo klientům tohoto domova pro seniory. Jednotlivé otázky obou dotazníků a získaná data od respondentů jsou zpracována do výšečových grafů. U každé otázky je slovní shrnutí podstaty s krátkým popisem pro lepší vystižení zjištěných informací.

Dotazník č. 1 - určen pro pracovníky, kteří pracují v přímém kontaktu s klienty v soukromé organizaci.

1. Vaše pohlaví je?

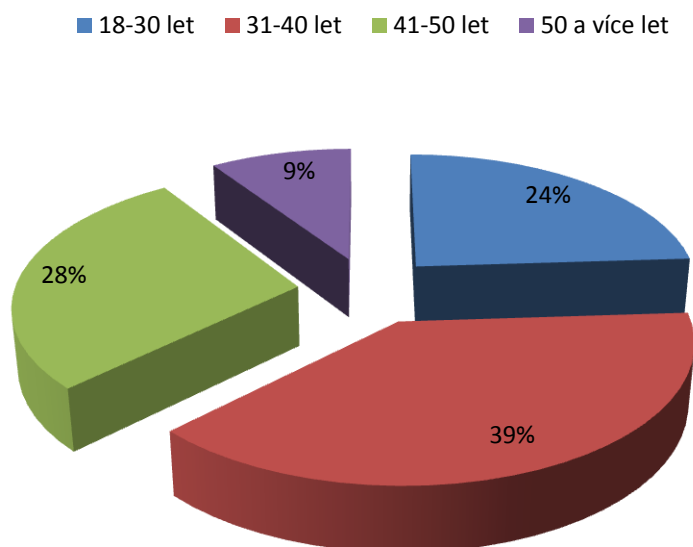
Graf 1 – Pohlaví pečovatelů



Z celkového počtu 75 respondentů je 9 mužů (12%) a 66 žen (88%). Z tabulky i grafu je zřejmé, že v pomáhajících profesích se uplatňují více ženy.

2. Kolik je Vám let?

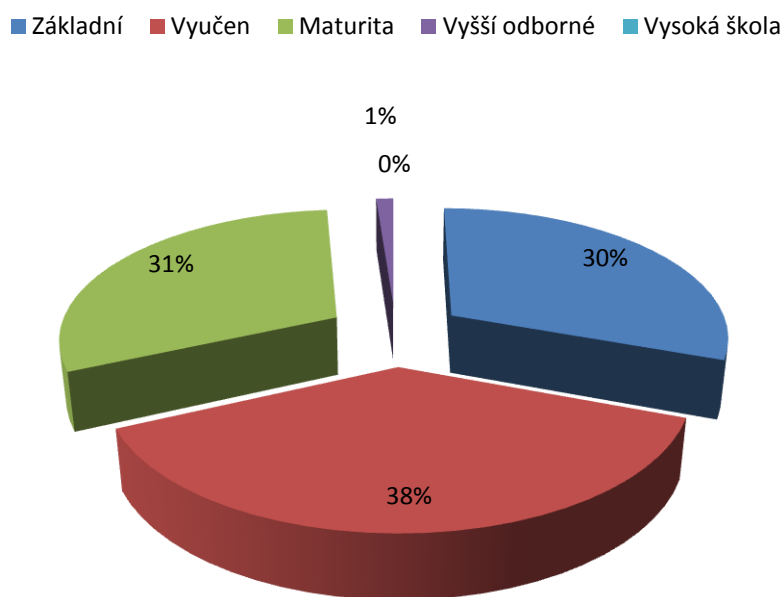
Graf 2 – Věk pečovatелů



Z celkového počtu 75 respondentů je patrné, že nejvíce pečujících je ve věkovém rozpětí mezi 31 a 40 rokem života a to v relativní četnosti 39%. Je zajímavé, že i mladí lidé mezi 18-30 rokem v relativní četnosti 24% pracují se seniory. Předpokládala jsem, že v péči o seniory a seniory s demencí mají nejvíce profesní uplatnění pracovníci s věkem nad 41 let.

3. Vaše dosažené vzdělání je?

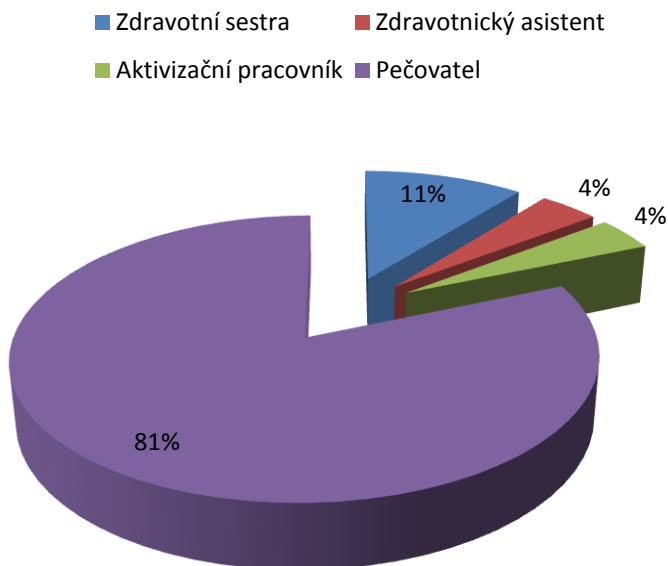
Graf č. 3 – Vzdělání pečovatele



Z celkového počtu 75 respondentů uvedlo 26 respondentů (30%), že má základní vzdělání, 32 respondentů (38%) uvedlo, že má vyučnický list, 16 respondentů (31%) uvedlo, že má maturitu a 1 respondent (1%) má vyšší odborné vzdělání. Předpokládala jsem, že zdravotní personál a aktivizační pracovníci v Domově pro seniory a Domově pro seniory se zvláštním režimem budou mít vysokoškolské vzdělání.

4. Vaše pracovní pozice je?

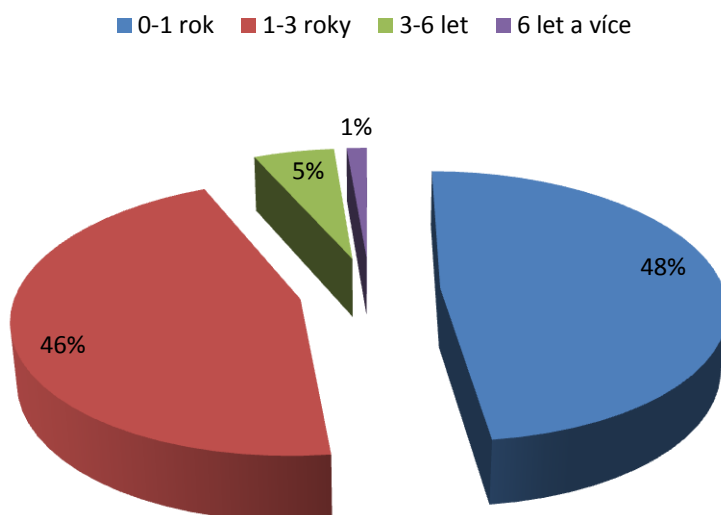
Graf 4 – Pracovní pozice



Je zajímavé, že z celkového počtu respondentů je až 61 respondentů (81%) pečovateli, 8 respondentů (11%) zdravotních sester, 3 respondenti (4%) jsou zdravotničtí asistenti a jenom 3 respondenti (4%) jsou aktivizační pracovníci. Domnívám se, že tak malý počet aktivizačních pracovníků a zdravotnického personálu je podmíněn nízkým platovým ohodnocením zaměstnavatele.

5. Kolik let pracujete se seniory?

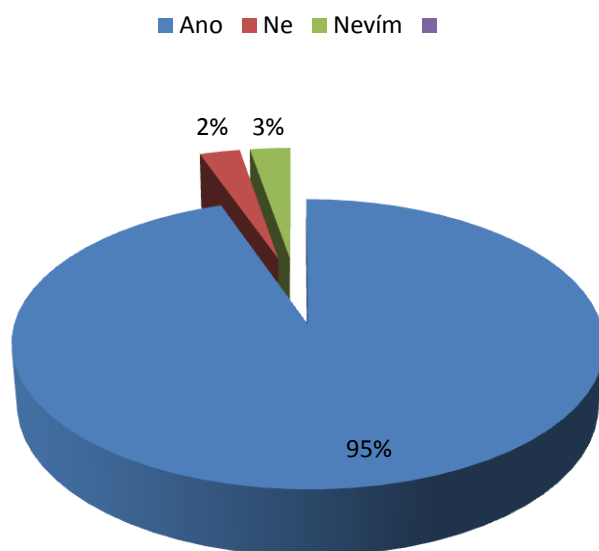
Graf 5 – Délka praxe se seniory



Z celkového počtu 75 respondentů uvedlo 36 respondentů (48%), že se seniory pracuje maximálně 1 rok, 34 respondentů (46%) uvedlo, že se seniory pracuje v rozmezí od 1 do 3 let. Další 4 respondenti (5%) uvedlo, že se seniory pracuje 3 až 6 let a pouze jeden respondent (1%) pracuje se seniory více než 6 let.

6. Pracujete s klienty trpícími demencí nebo Alzheimerovou chorobou?

Graf 6 – Práce s klienty trpící demencí, nebo Alzheimerovou chorobou

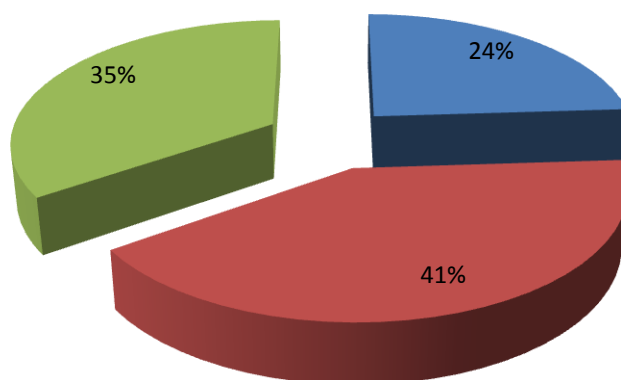


Z celkového počtu 75 respondentů až 71 respondentů (95%) pracuje s klienty trpícími demencí nebo Alzheimerovou chorobou. 2 respondentů (2%) uvedli, že s touto cílovou skupinou nepracují a 3 respondenti (3%) uvedli, že neví. Z výsledku je patrné, že většina respondentů pracuje se seniory s demencí a Alzheimerovou chorobou.

7. Dle Vašeho názoru má největší vliv na poskytovanou péči osobám s demencí?

Graf 7 – Vliv na poskytovanou péči

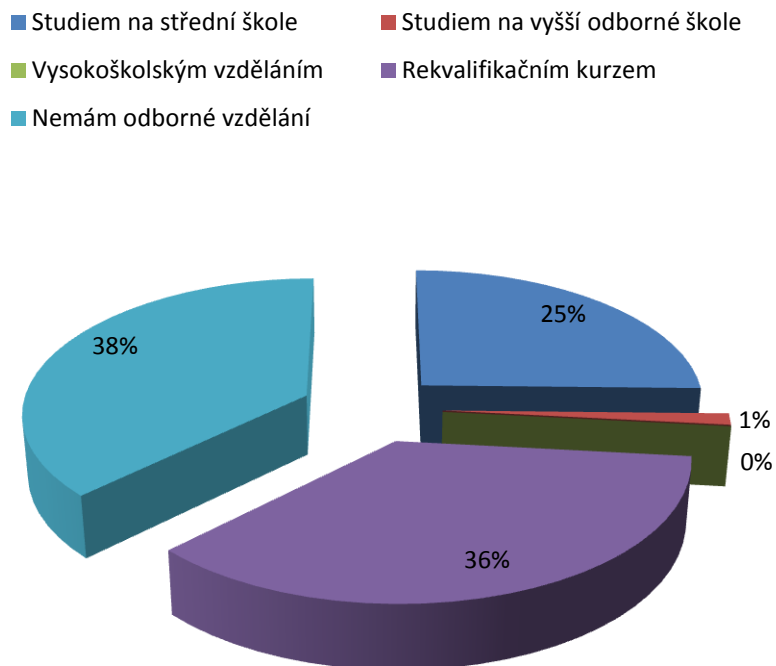
- Odborné znalosti
- Získaná praxe
- Empatie a ochota pracovat v pomáhající profesi



Z celkového počtu 75 respondentů až 31 respondentů (41%) si myslí, že největší vliv na poskytovanou péči osobám s demencí má získaná praxe, 26 respondentů má názor, že důležitá je empatie a ochota pracovat s danou cílovou skupinou a 18 respondentů (28%) uvedlo, že největší vliv na péči mají odborné znalosti.

8. Vaše odborné znalosti pro výkon své profese jste získal/a?

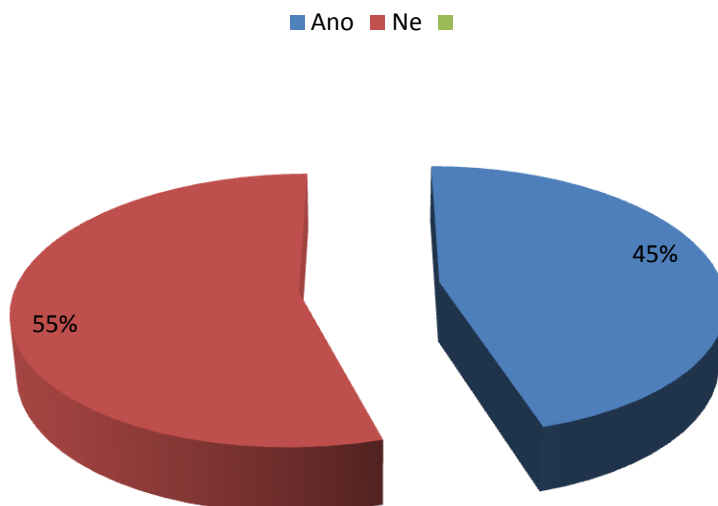
Graf 8 – Odbornost personálu



Až 28 respondentů (36%) z celkového počtu 75 respondentů uvedlo, že nemá potřebné vzdělání k výkonu své práce, 27 respondentů (38%) má rekvalifikační kurz, 19 respondentů (25%) uvedlo, že má středoškolské vzdělání v oboru, ve kterém pracuje a 1 respondent (1%) uvedl, že své odborné znalosti získal studiem na vyšší odborné škole.

9. Absolvoval/a jste školení o demencích a Alzheimerově chorobě?

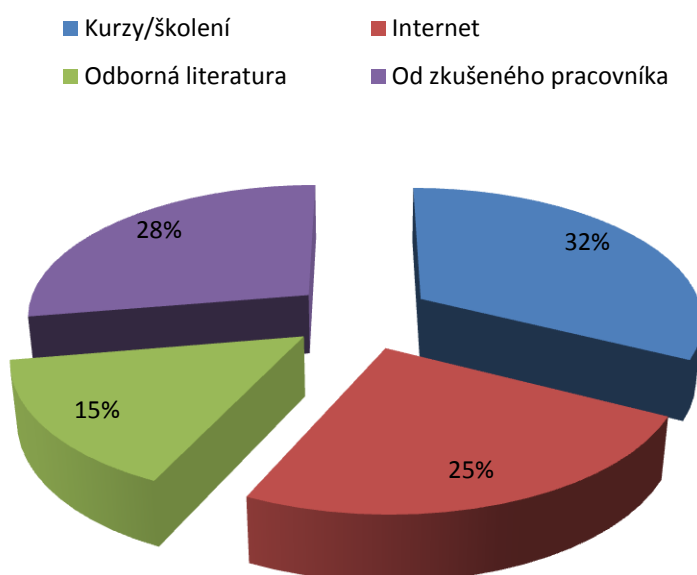
Graf 9 – Absolvování školení o demencích a Alzheimerově chorobě



34 respondentů (45%) uvedlo, že jsou absolventi kurzu o demencích a Alzheimerově chorobě. Až 41 respondentů (55%), z celkového počtu 75 respondentů uvedlo, že neabsolvovalo odborné školení o demencích a Alzheimerově chorobě. Domnívám se, že se jedná o nové pracovníky, kteří v organizaci pracují kratší dobu než 1 rok.

10. Jakým způsobem získáváte nové informace, využitelné v péči o klienty s demencí?

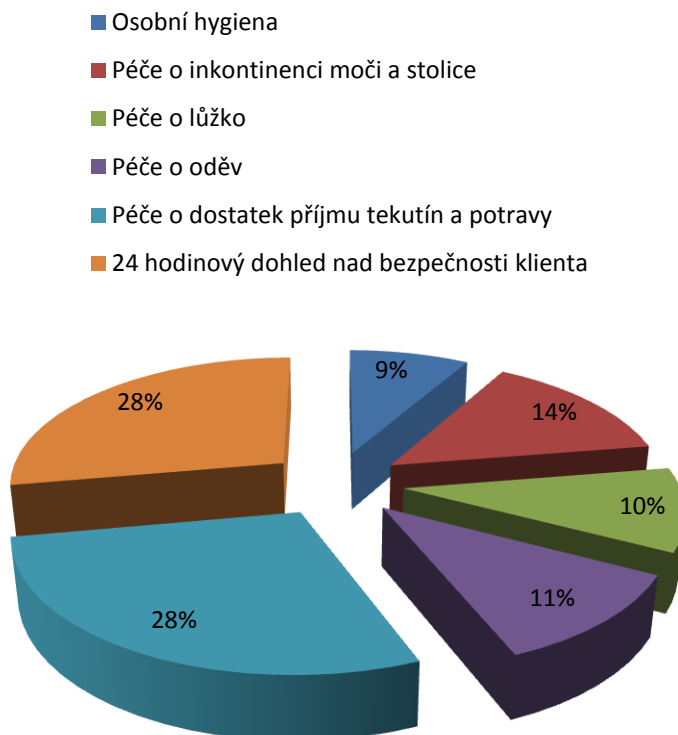
Graf 10 – Způsob získávání nových informací potřebných ke své profesi



V této otázce mohli respondenti označit více možností. Respondenti nejvíce nových informací využitelných v péči o klienty získávají z kurzů a školení 32%, dalších 28% informací získávají od zkušenějšího spolupracovníka, z internetových zdrojů 25% a 15% využitelných informací získávají z odborné literatury.

11. Která oblast péče o klienta s demencí je náročnější?

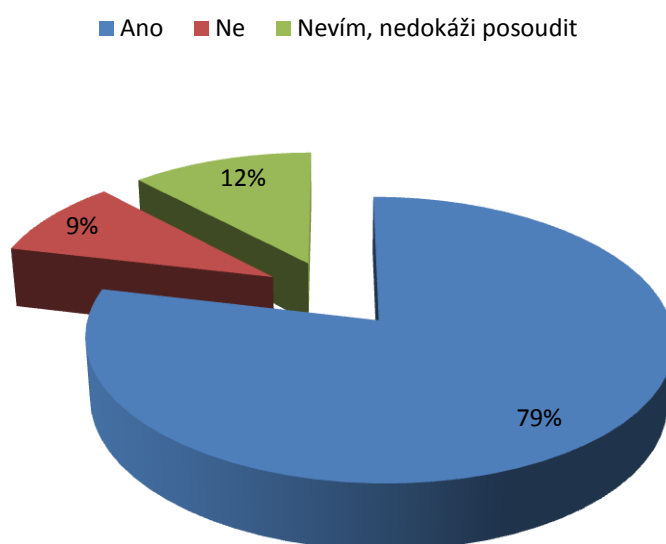
Graf 11 – Rozdělení náročnosti v péči o klienty



V této otázce mohli respondenti vybrat více možností. Nejnáročnější dle respondentů je péče o dostatek příjmu potravy a 24 hodinový dohled nad bezpečností klienta. Každý z těchto úkonů měl 28%, z celkové péče, která se v otázce skládala ze šesti úkonů. 14 % z celkové náročnosti péče je dle respondentů péče o inkontinenci moči a stolice, 11% náročnost je péče o oděv, 10% náročnost je péče o lůžko a pro pečovatele je nejméně náročná péče o osobní hygienu a to 9% náročnosti z celkové péče.

12. Je péče o klienta s demencí dle Vašeho názoru náročnější, než péče o klienta bez demence?

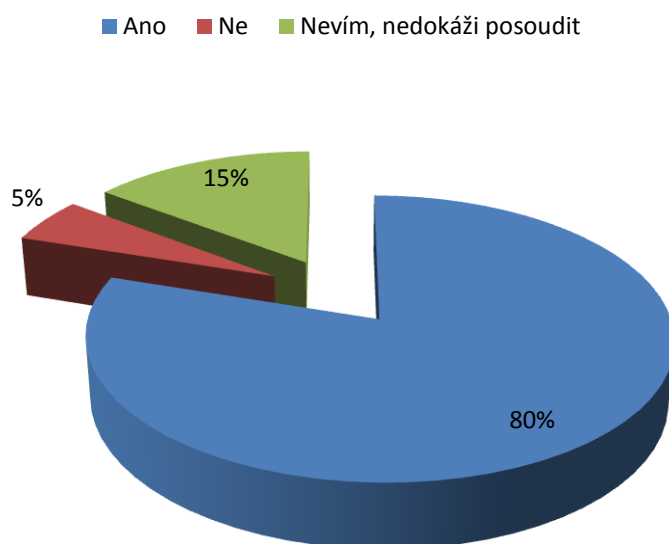
Graf 12 – Porovnání náročnosti péče o klienty



Z celkového počtu 75 respondentů 59 respondentů (79%) uvedlo, že péče o klienta s demencí je náročnější, než péče o klienta bez demence. 9 respondentů (12%) nedokáže posoudit a 7 respondentů (9%) uvedlo, že péče o klienta s demencí není náročnější, než péče o klienta bez demence.

13. Vnímáte při péči o klienta s demencí na sobě větší fyzickou či psychickou zátěž, než při péči o klienta bez demence?

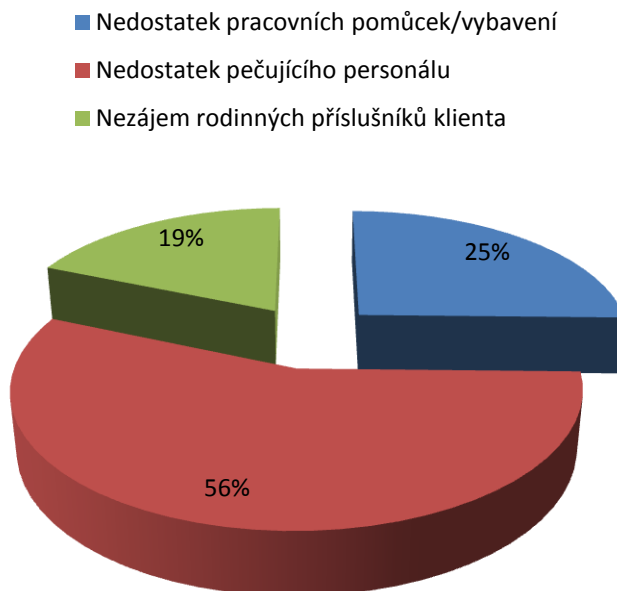
Graf 13 – Zátěž péče o klienta na pečujícího



Až 60 respondentů (80%) z celkového počtu 75 respondentů uvedlo, že vnímá větší fyzickou či psychickou zátěž, když pečuje o klienty s demencí. 11 respondentů (15%) uvedlo, že nedokáže posoudit a 4 respondenti (5%) uvedli, že nevnímají rozdíl.

14. Co nejvíc dle Vašeho názoru komplikuje péči o klienta s demencí?

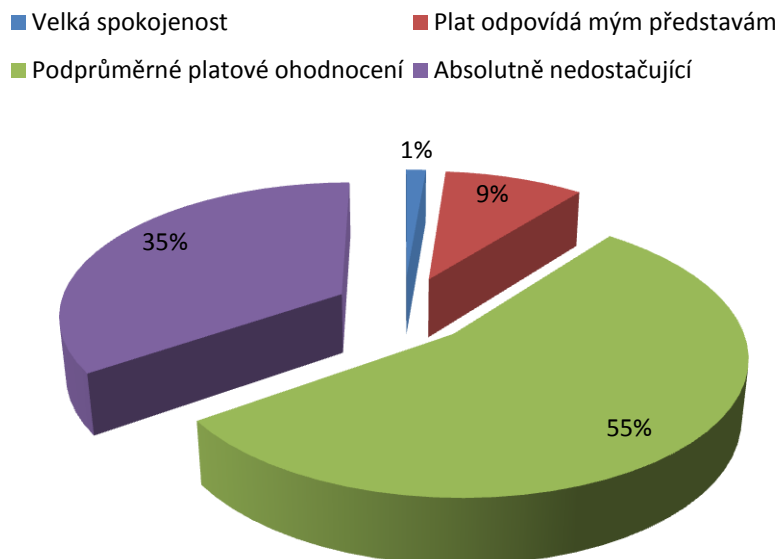
Graf 14 – Co komplikuje péči o klienta s demencí



Respondenti uvedli, že až 67% komplikací v péči o klienta je nedostatek pečujícího personálu, 31% komplikací tvoří nedostatek pracovních pomůcek/vybavení a 2% respondentů uvedlo, že důvodem je nezájem rodinných příslušníků klienta.

15. Jste spokojen/a s Vaším platovým ohodnocením na Vaši pracovní pozici?

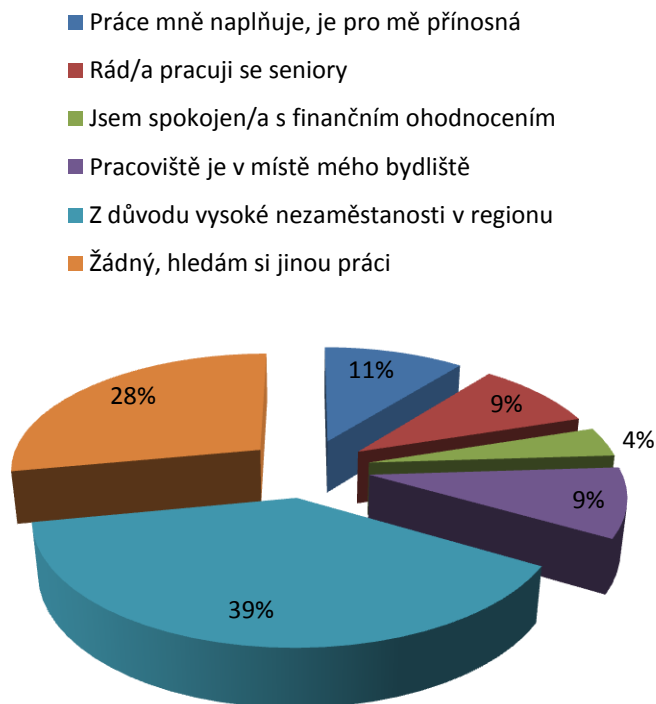
Graf 15 – Spokojenost s platovým ohodnocením



Z celkového počtu 75 respondentů až 41 respondentů (55%) uvedlo, že jejich platové ohodnocení je podprůměrné, dalších 26 respondentů (35%) uvedlo, že jejich platové ohodnocení je absolutně nedostačující. 7 respondentů (9%) uvedlo, že platové ohodnocení odpovídá jejich představám a jeden respondent (1%) je spokojen s platovým ohodnocením.

16. Jaký máte důvod pracovat v pomáhající profesi?

Graf 16 – Důvod pracovat v pomáhající profesi

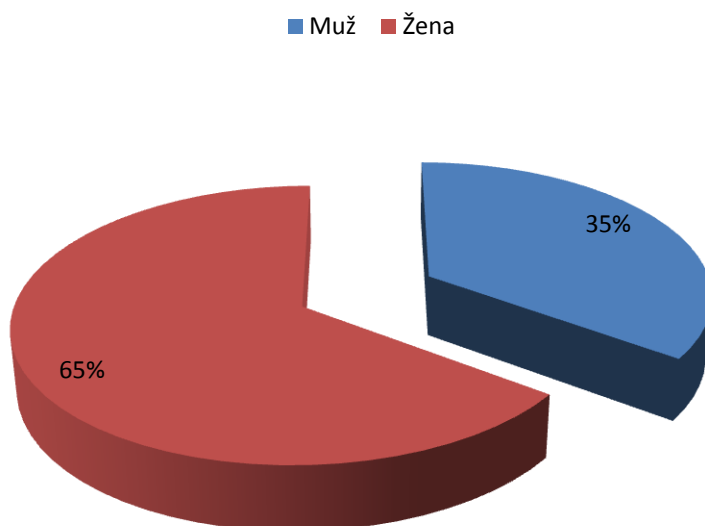


Nejčtenější odpověď až 29 respondentů (39%) z celkového počtu 75 respondentů uvedlo, že tuto práci vykonává z důvodů vysoké nezaměstnanosti v regionu, 21 respondentů (28%) uvedlo, že nemá žádný důvod pracovat v pomáhající profesi a hledá si jinou práci. Dalších 8 respondentů (11%) uvedlo, že je tato práce naplňuje, 7 respondentů (9%) uvedlo, že rádi pracují se seniory a stejný počet respondentů uvedlo, že v pomáhající profesi pracují proto, že pracoviště je v místě jejich bydliště. Jenom 3 respondenti (4%) uvedli, že důvodem je spokojenost s platovým ohodnocením.

Dotazník č. 2 - určen pro klienty domova

1. Vaše pohlaví?

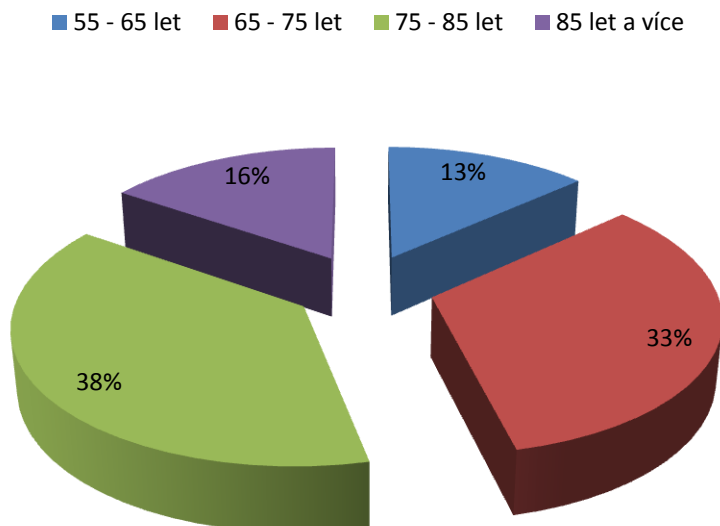
Graf 17 – Pohlaví klientů



Z celkového počtu 97 respondentů je 63 žen a 34 mužů.

2. Kolik je Vám let?

Graf 18 – Věk klientů

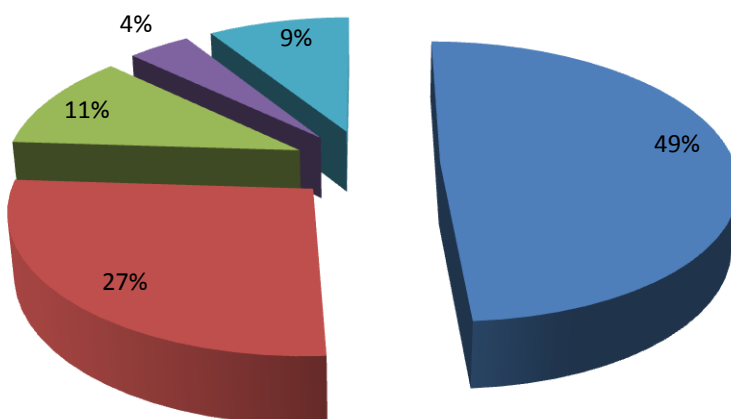


Z celkového počtu 97 respondentů uvedlo 37 respondentů (38%) svůj věk mezi 75 – 85 lety, 32 respondentů (33%) uvedlo svůj věk v rozmezí mezi 65 -75 rokem, 15 respondentů (16%) uvedlo věk nad 85 let a 13 respondentů (13%) uvedlo svůj věk v rozmezí 55 – 65 let.

3. Vaše dosažené vzdělání?

Graf 19 – Vzdělání klientů

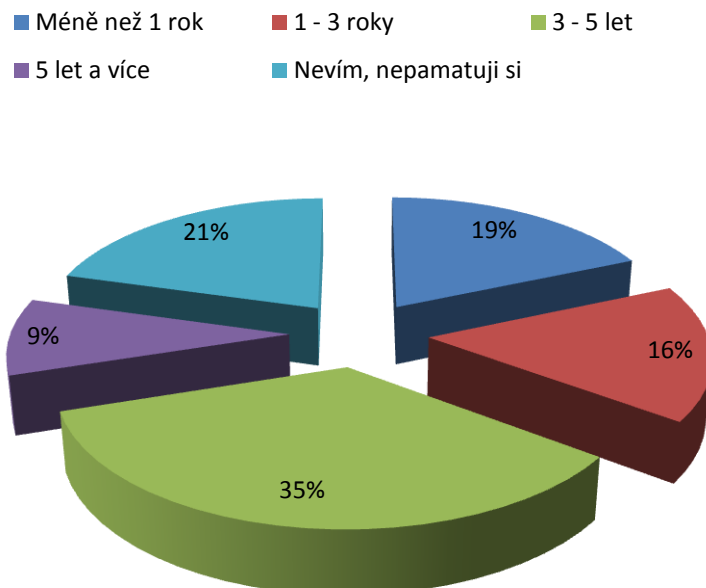
■ Základní ■ Vyučen/a ■ Maturita ■ Vysokoškolské ■ Nevím/nepamatuji si



Z celkového počtu 97 respondentů uvedlo 49 respondentů (49%), že má základní vzdělání. Druhá nejčetnější skupina 27 respondentů (27%) uvedla, že jsou vyučení. Dosažené nejvyšší vzdělání ukončené maturitní zkouškou uvedlo 11 respondentů (11%), vysokoškolské vzdělání uvedli 4 respondenti (4%) a 6 respondentů (9%) si nepamatuje, jaké má dosažené vzdělání.

4. Jak dlouho využíváte služeb tohoto domova?

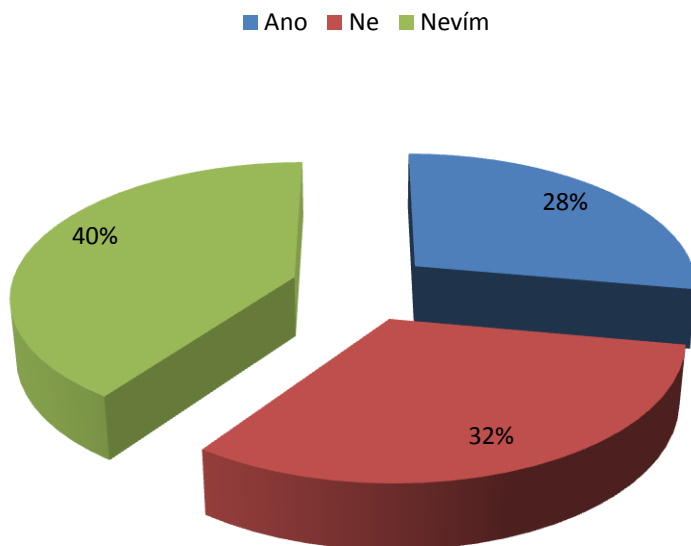
Graf 20 – Délka pobytu v domově



Odpovídalo 97 respondentů a z toho 18 respondentů (19%) uvedlo, že je v domově méně než 1 rok. Dále 16 respondentů (16%) uvedlo délku svého pobytu v domově od 1 – 3 let, 34 respondentů (35%) uvedlo délku pobytu v domově v rozmezí 3 až 5 let, 9 respondentů (9%) uvedlo, že délka jejich pobytu v domově je 5 a více let a 20 respondentů (21%) si nepamatuje, jak dlouho využívá služeb domova.

5. Jste spokojen s péčí o Vaši osobu v tomto domově?

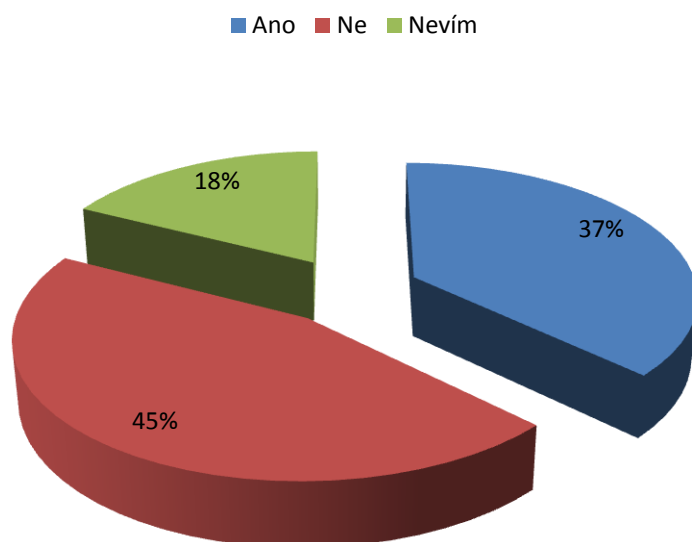
Graf 21 – Spokojenost klientů s péčí v domově



Až 39 respondentů (40%) neví, zda jsou spokojení s péčí v domově. Svou spokojenost s péčí uvedlo 20 respondentů (28%) a svou nespokojenost uvedlo až 31 respondentů, což činí (32%) z celkového počtu 97 respondentů

6. Jste spokojen s celkovým pobytem v tomto domově?

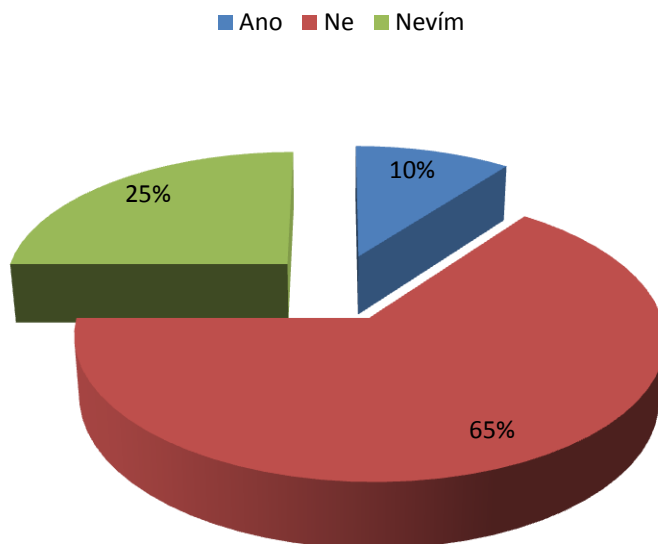
Graf 22 – Spokojenost klientů s pobytem v domově



Na otázku spokojenosti respondentů s pobytem v domově z celkového počtu 97 respondentů uvedlo 36 respondentů (37%), že jsou spokojeni. 44 respondentů (45%) uvedlo, že nejsou spokojeni a 17 respondentů (18%) uvedlo, že neví.

7. Myslíte, že jste si v domově zvykl/a?

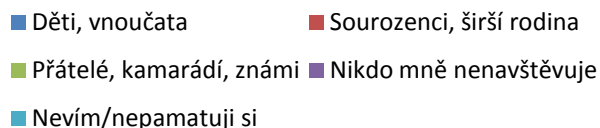
Graf 23 – Přizpůsobení se klienta na nové prostředí



Až 47 respondentů (65%) z celkového počtu 97 respondentů uvedlo, že si v domově nezvyklo. Dalších 43 respondentů (25%) odpovědělo, že neví a 7 respondentů (10%) uvedlo, že si již zvykli na pobyt v domově.

8. Kdo Vás v domově nejčastěji navštěvuje?

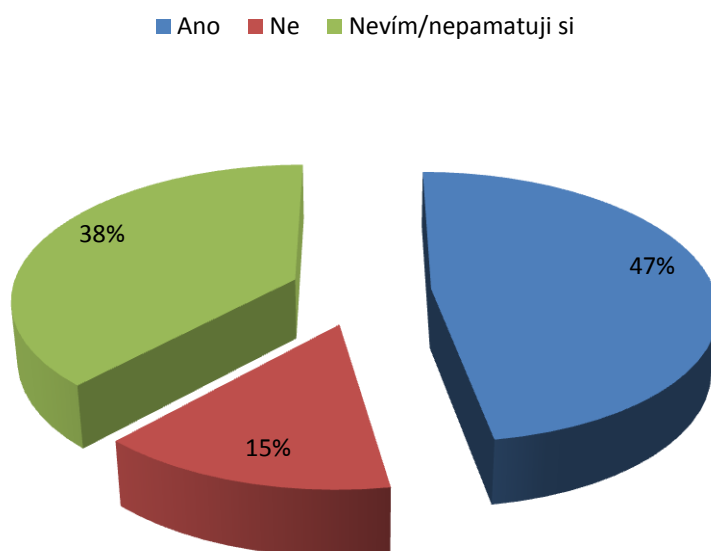
Graf 24 – Kontakt rodiny s klienty



Na tuto otázku odpovídalo 97 respondentů. 32 respondentů (33%) uvedlo, že je navštěvují nejčastěji děti a vnoučata, 16 respondentů (17%) uvedlo, že jsou to sourozenci a bližší rodina, 6 respondentů (6%), že jsou to přátelé a kamarádi. U 9 respondentů (9%) byla odpověď, že je nikdo nenavštěvuje a 34 respondentů (35%) neví, zda je někdo navštěvuje.

9. Využíváte aktivizační činnosti v domově? (zpívání, tancování, malování, čtení, cvičení ...)

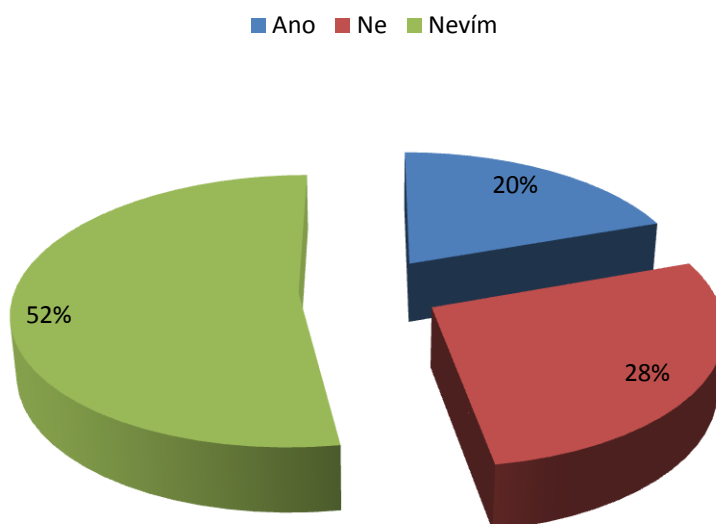
Graf 25 – Využívání aktivizačních činností



Odovídalo celkem 97 respondentů a z toho až 46 respondentů (47%) uvedlo, že aktivizační služby v domově využívá. 14 respondentů (15%) uvedlo v dotazníku, že nevyužívá aktivizace v domově a 37 respondentů (38%) neví, zda využívá aktivizační činnosti.

10. Máte zde v domově přátele, kamarády?

Graf 26 – Společné soužití klientů



Z celkového počtu 97 respondentů 19 respondentů (20%) uvedlo, že má v domově přátele, nebo kamarády. 27 respondentů (28%) uvedlo, že nemá a 51 respondentů (52%) neví, zda má v domově kamarády, nebo přátele.

5.6 Ověření hypotéz

Hypotéza H1: Personál pečující o seniory v domově pro seniory je k výkonu své profese kvalifikačně připraven.

Z výsledků vyplívá, že až 36% respondentů nemá potřebné kvalifikační vzdělání k výkonu své profese. Hypotéza č. 1 se tedy **nepotvrzuje**.

Hypotéza H2: Pečující personál vykonává svou profesi z důvodu vnitřního přesvědčení pomáhat seniorům v sociálních službách.

Až 39% z celkového počtu pečujících pracovníků v organizaci tuto práci vykonává z důvodů vysoké nezaměstnanosti v regionu. Hypotéza č. 2 se **nepotvrzuje**.

Hypotéza H3: Klienti v domově pro seniory jsou spokojeni s pobytem v zařízení.

Z celkového zkoumaného vzorku klientů výsledky ukazují, že až 45% respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni. Hypotéza č. 3 se **nepotvrzuje**.

Hypotéza H4: Všichni senioři v domově pro seniory využívají aktivizační služby poskytovatele.

Na danou otázku odpovědělo 47% respondentů a uvedlo, že aktivizační služby v domově využívá. Hypotéza č. 4 se tedy **nepotvrzuje**.

5.7 Závěr výzkumné části

Syndrom demence je jedním z problémů dnešní doby. Populace obyvatelstva dle statistických údajů stárne a počet seniorů nemocných s demencemi se neustále zvyšuje. Přípravenost zdravotních, sociálních i ekonomických systémů není dostatečná a daná situace nejenom v České republice, ale i celosvětově se jen pozvolna zlepšuje. Dlouhodobá medializace o neudržitelnosti důchodového systému, nedostačující kapacita pobytových sociálních zařízení, snižování podpory rodiny v péči o nemocného negativně přispívají ke zlepšení tohoto problému. Chybí dostatečná informovanost veřejnosti o syndromu demence a Alzheimerové chorobě. Laická

veřejnost mnohdy příznaky počínající demence vnímá jako běžné fyziologické projevy stárnutí. Často se stává, že je nedostatečně proškolený personál v sociálních zařízeních. K tomu lze doplnit nízkou znalost a dovednost komunikační úrovně v komunikaci s nemocným osobami trpícími syndromem demence. Podceňuje se též pozice rodinného příslušníka, pečujícího o nemocného v domácím prostředí a tím se následně snižuje celkový socioekonomický status pečující rodiny.

V sociálních službách, bez výjimky, necht' je zřizovatelem stát, kraj, obec nebo soukromá osoba by s klienty a ne jenom se syndromem demence měl pracovat kvalifikovaný personál. Jednou z priorit by měla být pravidelná školení a potřebné znalosti týkající se specifik poskytování služby pro danou cílovou skupinu. Péči o klienty by měl vykonávat tým, který rozumí dané problematice. Veřejnost by měla být informována, že demence není běžná součást stárnutí, a že se jedná o rychle progredující onemocnění vedoucí často k nelítostnému terminálnímu stádiu. Profesionální pečovatelé by měli co v největší míře spolupracovat s rodinami klientů a zajímat se o jejich zvyky, potřeby, fyzickou i psychickou pohodu. Tento závěr života člověka může být pozitivně ovlivněn včasnou diagnostikou nemoci a správnou formou péče, která napomáhá ke zlepšení kvality poskytované sociální služby a tím i spokojenosti klientů.

Níže uvedená data a údaje jsou platná pouze pro tento vzorek respondentů, a tudíž je nelze zobecňovat.

ZÁVĚR

Diplomová práce se skládá se dvou částí, a to teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány poznatky, charakteristika, diagnostika a stádia v oblasti demence a Alzheimerovy choroby u seniorů včetně. Empirická část práce je zaměřena na faktory působící na profesionální péči o seniory a seniory s demencí přímo v soukromém sociálním zařízení. Na základě dotazníkových šetření byla provedena analýza profesní připravenosti a zátěže pracovníků přímé péče o klienty v domově zejména z hlediska ošetřujícího personálu. Další zaměření práce se týkalo zjištění využívání aktivizačních služeb poskytovatele ze strany klientů a jejich celková spokojenost v tomto sociálním zařízení.

Cílem práce bylo zhodnocení vlivů personálních charakteristik pečujících jako například věk, délka praxe v péči o seniora, vzdělání a ve vztahu k poskytované sociální službě. Z výsledků získaných v praktické části diplomové práci je zřejmé, že přímá péče o seniory a seniory s demencí není jednoduchá a její komplexnost se týká téměř všech oblastí života seniora. Jedním z klíčových faktorů pro zpomalení rozvoje demence je včasná diagnostika nemoci a následná odborná péče. Zpravidla je zpočátku péče o nemocného zejména v rámci blízké rodiny, ale později přechází v péči institucionální.

Současná medicína nedokáže demenci vyléčit, ale dokáže zmírnit nebo popřípadě oddálit její fatální důsledky. V řešení tohoto problému je důležitou součástí kromě včasné diagnostiky též odborná informovanost a „osvěta“, se kterou by měli být průběžně seznamováni zdravotníci, sociální pracovníci, profesionální pečující a také rodinní příslušníci.

Je obecně známo, že péče o seniory se syndromem demence a Alzheimerovou chorobou je fyzicky a psychicky náročná a vyčerpávající. Z tohoto důvodu by měli mít všichni pečující zajištěné takové podmínky, které by jim práci ulehčily. V dnešní moderní době, kdy bohužel veřejné rozpočty bojují o každý halíř, se stáváme svědky snižování personálního stavu na minimum včetně financí, které jsou určeny na péči. Ale i za těchto nepříznivých podmínek je důležitá podpora kontinuálního vzdělávání osob, které se podílejí na péči o seniory a osoby se syndromem demence.

Úroveň společnosti se dá poznat i podle toho, jak se dokáže postarat o nejslabší jedince v ni žijící. Politici, kteří často o financích rozhodují, by měli být více vtaženi do dané problematiky péče o seniory. Tehdy by snad vzniklo více sociálních zařízení, která jsou tak potřebná. Zde se také nabízí otázka, zda finance, které jsou čerpány z dotací evropských rozvojových fondů, jsou maximálně využívány v soukromém sociálním sektoru. I když oblast sociální péče o seniory a seniory s demencí je v naší společnosti na okraji zájmu, věřím tomu, že se pečující personál dokáže o naše nejslabší spoluobčany postarat s empatií a osobním nasazením.

Výsledky této práce mohou sloužit jako informační materiál pro další vzdělávání pracovníků v péči o osoby s demencí a Alzheimerovou nemocí. Další vzdělávání pracovníků v této oblasti je velmi důležité a je velmi pravděpodobné, že při získání potřebných informací o dané problematice se zvýší kvalita poskytovaných služeb. Práce také může sloužit jako informační materiál pro pečující osoby, které v domácím prostředí denně o osoby s demencí nebo Alzheimerovou chorobou pečují.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

ČEVELA, R., KALVACH, Z. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, 356 s. ISBN 80-7169-628-5.

FRANKOVÁ, V. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatrickoneurologicko-geriatrický*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s. ISBN 978-80204-2423-5.

FRIEDLOVÁ, K. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrici*. Sestra, č. 9, 2012. ISSN 1210-0404.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GLENNER, A., *Péče o člověka s demencí*. 1 vyd. Praha: Portál, 2012, 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, 72 s. ISBN 57-861-02.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

- HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
- HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 135 s. ISBN 978-247-3849-9.
- HOLMEROVÁ, I. JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, I. *Péče o lidi s demencí na konci života*. Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin, 2009. ISSN 0044-1996.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HÖSCHL, C., et al. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 96 s. ISBN 807262-025-8.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JIRÁK, R. *Demence. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. 2011, č. 2. ISSN 1212-4184.
- JIRÁK, R. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F., *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Garda, 1998, 232 s. ISBN: 80-7169-615-3.
- KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

- KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KANTORKOVÁ, M. *Demence – vývojová stádia a doporučení*. Sestra. 2011, č. 2, ISSN 1210-0404.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOBĚRSKÁ, P., et al. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 38 s. ISBN 80-7178-851-1.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 161 s. ISBN 80-7169-716-8.
- KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. Brno: 2006 Masarykova univerzita.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
- KUČEROVÁ, M. *Využití muzikoterapie v geriatrii*. Sestra. 2006, č. 11. ISSN 1210-0404.
- KURIC, J. *Vývojová psychologie II*. Brno: Institut mezioborových studií, 2007, 72 s.
- LOUCKÁ, P. *Demence a myslivost. Vesmír*. 2002, č. 1, s. 57. ISSN 1214-4029.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

- MKN-10. 2008. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění*. Druhé aktualizované vydání, Desátá revize (MKN-10). Praha: Bomton agency s. r. o., 2008, 860 s. ISBN 80-901856-4-9.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: MU, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: MU, 2004. 100 s. ISBN 80-210-3323-1.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 5. vyd. Praha: Scientia Medica, 2009, 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 184 s. ISBN 97880-247-1490-5.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H, a kol. *Kognitivní deficit u Alzheimerovy demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
- RABOCH, J. *Demence-výzva pro zdravotnictví a společnost*. In RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

ROHANOVÁ E., HOLMEROVÁ, I. 2010. *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In HAVRDOVÁ, Z., a kolektiv. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN-10: 80-7262-205-6.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-323-6.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012, 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 807262-365-6.

TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995, 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2008, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 8024701839.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

HILLIER, S. M., BARROW, G. M. *Aging, the individual and society*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 2007.

SHANKS, L. K. *Your name is Hughes Hannibal Shanks: A caregiver's guide to Alzheimer's*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1996.

WELSH-BOHMER, K. A., PLASSMAN, B. L., HAYDEN, K. M. *Genetic and environmental contributions to cognitive decline in aging and Alzheimer's disease*. 2010. ISBN 10.1891/0198-8794.30.81.

Seznam použitých internetových zdrojů

http://cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba

<http://klimes.mysteria.cz/>

<http://www.alzheimercentrum.cz>

<http://www.alzheimer-europe.org/>

<http://www.Alzhheimer.cz>

<http://www.nemzn.cz>

<http://www.onwar.eu>

<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

<http://zdr-sestricky.blog.cz>

SEZNAM OBRÁZKŮ a GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida.....	38
------------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví pečovatelů.....	66
Graf 2: Věk pečovatelů.....	67
Graf 3: Vzdělání pečovatelů.....	68
Graf 4: Pracovní pozice.....	69
Graf 5: Délka praxe se seniory.....	70
Graf 6: Práce s klienty trpícími demencí, nebo Alzheimerovou chorobou.....	71
Graf 7: Vliv na poskytovanou péči.....	72
Graf 8: Odbornost personálu.....	73
Graf 9: Absolvování školení o demencích a Alzheimerově chorobě.....	74
Graf 10: Způsob získávání nových informací potřebných ke své profesi.....	75
Graf 11: Rozdělení náročnosti v péči o klienty.....	76
Graf 12: Porovnávání náročností péče o klienty.....	77
Graf 13: Zátěž péče o klienty na pečovatele.....	78
Graf 14: Co komplikuje péči o klienta s demencí.....	79
Graf 15: Spokojenost s platovým ohodnocením.....	80
Graf 16: Důvod pracovat v pomáhající profesi.....	81
Graf 17: Pohlaví klientů.....	82
Graf 18: Věk klientů.....	83
Graf 19: Vzdělání klientů.....	84
Graf 20: Délka pobytu v domově.....	85
Graf 21: Spokojenost klientů s pobytem v domově.....	86

Graf 22: Spokojenost klientů s péčí v domově.....	87
Graf 23: Přizpůsobení se klientů na nové prostředí.....	88
Graf 24: Kontakt s rodinou.....	89
Graf 25: Využívání aktivizačních činností	90
Graf 26: Společné soužití klientů	91

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Orientační diagnostický test kognitivních funkcí (MMSE)

Příloha B - Test kreslení hodin

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha D - Test instrumentálních denních činností (IADL)

Příloha E – Obecná diagnostická kritéria MKN 10 pro demenci

Příloha F - Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

Příloha G - 10 rad na pomoc těm, kteří pečují o postižené Alzheimerovou chorobou či jinou demencí

Příloha H - Dotazník č. 1

Příloha I - Dotazník č. 2

Příloha A – Orientační diagnostický test kognitivních funkcí – MMSE
(<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/mmse.htm>)

Orientační diagnostický test (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhnete x, tj. 1 bod.

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

- Které je toční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám."

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte vývary, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

4. VYBAVOVÁNÍ

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!: "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň - položení papíru na zem (...)

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.

Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

Příloha B - Test kreslení hodin

(<http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/testy-demence/>)

Test hodin

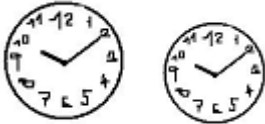
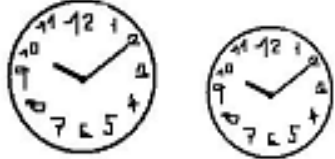
Jedním z poměrně jednoduchých nástrojů k diagnostice onemocnění je tzv. **Test hodin**. Je v tom, že pacient dostane zadání nakreslit hodiny a současně zobrazit určený čas, např. čtrnáct hodin.

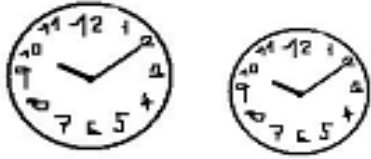


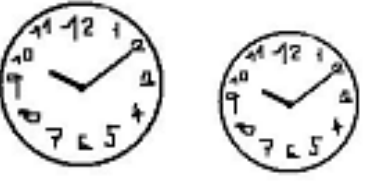
Pokud jsou hodiny nakresleny do kruhu, číslice tam, kde mají být a hodinové ručičky zobrazují správný čas, je vše v pořádku.

Pokud se nedaří nakreslit kruh, v kruhu jsou „rozházená“ čísla nebo ručičky hodin nejsou nastaveny správně, anebo jsou v testu zastoupeny všechny nedostatky, je velká pravděpodobnost, že autor takto nakreslených hodin je nemocný.

Lze i odhadnout, v jaké fázi onemocnění se pacient při kreslení hodin nachází a jak nemoc postupuje, což poznáme z dalších testů, provedených po určitém časovém období.

Níže jsou uvedeny příklady pacientů, kteří test hodin kreslili.

Skóre	Popis	Příklady
1.	Bezchybné provedení -čísllice 1-12 ve správném pořadí i místě -dvě ručičky ve správné poloze	
2.	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin -vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrně -čísllice mimo kruh -otočení papíru s otočením číslic -použití pomocných čar pro lepší orientaci	

3.	<p>Chybné zaznamenávání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> -pouze jedna ručička -čas zaznamenán slovně "10 hodin 10 minut" -čas vůbec nezaznamenán 	
4.	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenávání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> -nepravidelné mezery -zapomenutí čísel -perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 -záměna pravý - levý (číslíce proti směru) -dysgrafie - chybějící čitelné číslice 	
5.	<p>Těžká prostorová dezorientace</p> <ul style="list-style-type: none"> -jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6.	<p>Chybí zakreslení hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> -žádný pokus zakreslit hodiny -ani vzdálená podobnosti s hodinami -napsáno slovo nebo jméno 	

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností - ADL

(<http://zdr-sestricky.blog.cz/1311/znevyhodneni-sebepece-sobestacnost>)

Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0

10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 - 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 - 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 - 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 - 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Příloha D - Test instrumentálních denních činností - IADL (Staňková, 2000, s. 37- 38).

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0

8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Hodnocení	závislí	0- 40 bodů
	částečně závislí	41-75 bodů
	nezávislí	76-80 bodů

Příloha E – Obecná diagnostická kritéria MKN 10 pro demenci

(<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>)

Tab. 3 Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro demenci

1. Musí být průkazná obě následující kritéria
 - pokles paměti (nejnápadněji při učení se novým informacím, v těžším případě může být postiženo i vybavení již dříve naučeného)
 - pokles dalších kognitivních schopností (úsudek, myšlení – např. plánování, organizování)Vhodná je objektivní anamnéza od jiné osoby a kvantifikované zhodnocení neuropsychologickým vyšetřením.
2. Je zachovalé povědomí o prostředí (je vyloučena porucha vědomí a delirium).
3. Úbytek emoční kontroly nebo motivace nebo změna v sociálním chování se projevují alespoň jedním z následujících příznaků:
 - emoční labilita
 - podrážděnost
 - apatie
 - obhroublost ve společenském vystupování
4. Kritérium 1 by mělo být přítomno nejméně po dobu 6 měsíců.

Příloha F - Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

(http://www.nemzn.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600118&id=139604&p1=20945)

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného

výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Příloha G - 10 rad na pomoc těm, kteří pečují o postižené Alzheimerovou chorobou či jinou demencí

(<http://www.slezskadiakonie.cz/files/1465/04-dopis-CALS-deset-rad-pecujicim.doc>)

10 rad na pomoc těm, kteří pečují o postižené Alzheimerovou chorobou či jinou demencí

1. Diagnózu potřebujete co nejdříve

Symptomy Alzheimerovy nemoci se projevují postupně a pokud je člověk fyzicky zdravý, podivné chování je možné snadno přehlédnout. Až budete vědět, o co se jedná, budete lépe zvládat současný stav a také mít možnost připravovat se na budoucnost.

2. Zajistěte si pomoc

Zjistěte si možné zdroje pomoci a služby, které jsou ve Vašem bydlišti dostupné. Je to ve Vašem vlastním zájmu i v zájmu člověka, o kterého pečujete.

3. Informujte se, jak nemocné ošetřovat

Postupy a rady jak ošetřovat nemocné poskytované Českou Alzheimerovskou společností Vám pomohou lépe chápat výkyvy v chování a změny osobnosti, které často tuto nemoc doprovázejí.

4. Neodmívejte pomoc

Pokud budete chtít všechno zvládat sama/sám, rychle se vyčerpáte. Opora rodiny a přátel Vám může mnohé ulehčit.

5. Nezapomínejte na sebe

Ošetřující se často zcela obětují péči o nemocné a pak zapomínají na sebe a zanedbávají své vlastní potřeby. Nezapomínejte na správnou výživu, pohyb a dostatek odpočinku.

6. Nepodléhejte stresu

Stres může způsobit zdravotní problémy (nestabilitu v prostoru, zažívací potíže, bolesti krční páteře, vysoký krevní tlak) a změny v chování (vznětlivost, špatné soustředění, ztráta chuti k jídlu). Pamatujte, že i Vy potřebujete odpočívat.

7. Přijímejte změny

Lidé s Alzheimerovou nemocí se mění. Zároveň se mění i jejich potřeby. Často potřebují péči, kterou jim doma zajistit nemůžete. Podrobně sledujte všechny možnosti další péče, která se ve Vašem okolí nabízí. Až ji bude pacient potřebovat, usnadní Vám to správný výběr.

8. Zvažte situaci i z hlediska finančního a právního

Je-li to možné a vhodné, udělejte si společně s nemocným i se členy jeho rodiny představu o tom, jak budete postupovat v budoucnu.

9. Buďte realisté

V současné době již existují léky, které mohou zpomalit rozvoj Alzheimerovy choroby. Nedokáží ji však vyléčit a nemoc bude přes veškerou terapii postupovat. Nebraňte se zármutku, který Vám tato ztráta přináší, ale také se radujte z pozitivních chvil a pěkných vzpomínek.

10. Važte si sami sebe a neobviňujte se

Člověk, o kterého pečujete, potřebuje pomoc. Vy mu ji poskytnete. Za to si můžete sami sebe vážit. Kdyby Vám Váš blízký mohl poděkovat, určitě by to udělal.

Příloha H - Dotazník č. 1

Dobrý den,

tento dotazník je součástí výzkumu k mé diplomové práci na téma Demence a Alzheimerova choroba jako rizikové onemocnění stáří.

Dotazník je zcela anonymní. V případě zájmu o jeho vyplnění a podporu mé diplomové práce Vám předem děkuji za Vaši spolupráci a čas.

S přáním hezkého dne

Strnádková Lúbia

Dotazník č. 1

1. Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- od 18 do 30 let
- od 31 do 40 let
- od 41 do 50 let
- 50 a více let

3. Vaše dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen
- maturita
- vyšší odborné
- vysoká škola

4. Vaše pracovní pozice je?

- zdravotní sestra
- zdravotnický asistent
- aktivizační pracovník
- pečovatel

5. Kolik let pracujete v této organizaci?

- 0 - 1 rok
- 1 - 3 let
- 3 - 6 let
- 6 let a více

6. Pracujete s klienty trpící demencí, nebo Alzheimerovou chorobou?

- ano
- ne
- nevím

7. Dle Vašeho názoru má největší vliv na poskytovanou péči osobám s demencí?

- odborné znalosti
- získaná praxe
- empatie a ochota pracovat v pomáhající profesi

8. Vaše odborné znalosti pro výkon své profese jste získal/a?

- studiem na střední škole
- studiem na vyšší odborné škole
- rekvalifikačním kurzem
- nemám odborné vzdělání pro péči o seniory s demencí

9. Absolvoval/a jste školení o demencích a Alzheimerově chorobě?

- ano
- ne

10. Jakým způsobem získáváte nové informace, využitelné v péči o klienty s demencí? (v této otázce můžete označit více možností)

- kurzy/školení
- internet
- odborná literatura
- od zkušeného spolupracovníka

11. Která oblast péče o klienta s demencí je náročnější? (v této otázce můžete označit více možností)

- osobní hygiena
- péče o inkontinenci moči a stolice
- péče o lůžko
- péče o oděv
- péče o dostatek příjmu tekutin a potravy
- 24 hodinový dohled nad bezpečností klienta

12. Je péče o klienta s demencí dle Vašeho názoru náročnější, než péče o klienta bez demence?

- ano
- ne
- nevím, nedokážu posoudit

13. Vnímáte při péči o klienta s demencí na sobě větší fyzickou či psychickou zátěž, než při péči o klienta bez demence?

- ano
- ne
- nevnímám rozdíl

14. Co nejvíc dle Vašeho názoru komplikuje péči o seniora s demencí?

- nedostatek pracovních pomůcek/vybavení
- nedostatek pečujícího personálu

- nezájem rodinných příslušníků klientů

15. Jste spokojen/a s Vaší platové ohodnocením na Vaší pracovní pozici?

- ano, jsem velmi spokojen/a s platovým ohodnocením
- platové ohodnocení odpovídá mým představám
- vzhledem k náročnosti práce je platové ohodnocení podprůměrné
- platové ohodnocení je absolutně nedostačující

16. Jaký máte důvod pracovat v pomáhající profesi?

- práce mně naplňuje a je pro mě přínosná
- rád/a pracuji se seniory
- jsem spokojen/a s finančním ohodnocením
- pracoviště je v místě mého bydliště
- nemám na výběr z důvodu vysoké nezaměstnanosti v lokalitě
- žádný, hledám si jinou práci

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha I - Dotazník č. 2

Dobrý den,

tento dotazník je součástí výzkumu k mé diplomové práci na téma Demence a Alzheimerova choroba jako rizikové onemocnění stáří.

Dotazník je zcela anonymní. V případě zájmu o jeho vyplnění a podporu mé diplomové práce Vám předem děkuji za Vaši spolupráci a čas.

S přáním hezkého dne

Strnádková Lúbica

Dotazník č. 2

1. Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- od 55 do 65 let
- od 65 do 75 let
- od 75 do 85 let
- 85 a více let

3. Vaše dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen/a
- maturita
- vysokoškolské
- nevím/nepamatuji si

4. Jak dlouho využíváte služeb tohoto domova?

- Méně než 1 rok
- 1 – 3 roky
- 3 – 5 let
- 5 let a více
- nevím, nepamatuji si

5. Jste spokojen s péčí o Vaši osobu v tomto domově?

- ano
- ne
- nevím

6. Jste spokojen s celkovým pobytem v tomto domově?

- ano
- ne
- nevím

7. Myslíte, že jste si v domově zvykl/a?

- Ano
- Ne
- Nevím

8. Kdo Vás v domově nejčastěji navštěvuje?

- Děti, vnoučata
- Sourozenci, širší rodina
- Přátelé, kamarádi, známi
- Nikdo mně nenavštěvuje
- Nevím/nepamatuji si

9. Využíváte aktivizační činnosti v domově? (zpívání, tancování, malování, čtení, cvičení ...)

- ano
- ne
- nevím/nepamatuji si

10. Máte zde v domově přátele, kamarády?

- ano
- ne
- nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lúbica Strnádková

Obor: SPPG-O

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Demence a Alzheimerova choroba jako rizikové onemocnění stáří

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 87

Celkový počet stran příloh: 21

Počet titulů českých použitých zdrojů: 66

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 9

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Roman Vacho