

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Denisa Halfarová

Kvalita života člověka s demencí na Ostravsku

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2017-2020

BACHELOR THESIS

Denisa Halfarová

Quality of life of a person with dementia in the Ostrava region

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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

Denisa Halfarová

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za jeho věcné rady, obětovaný čas a vstřícný přístup během vypracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje tématu onemocnění demence a jejím dopadem na kvalitu života nemocného včetně jeho nejbližších rodinných příslušníků. Obsah práce zahrnuje obecné hodnocení kvality života seniorů, seznamuje s možnými formami a projevy demence a možnostmi aktivizace nemocných. Konkrétněji se teoretická část práce zaměřuje na oblast Ostravska, a to především na sociální služby, které jsou lidem s onemocněním demence v tomto regionu nabízeny. Empirická část práce je zaměřena na vliv aktivizačních metod na seniora trpící demencí, uskutečňované v domácí péči a psychickým dopadem trvalé péče o nemocného na jeho nejbližší rodinné příslušníky.

Klíčová slova

Aktivizace, Alzheimerova nemoc, demence, kvalita života, Ostravsko, senior, sociální služby, stáří

Annotation

Bachelor thesis is focused on topic of dementia disease and it's impact on quality of life of people with dementia and their family members. Content of the thesis includes general evaluation focused on quality of life of seniors and informs about potential dementia forms and dementia symptoms and possible activation of people suffering from dementia. Theoretical part of this thesis focused more on region Ostrava, mainly on social services, which are offered to people with dementia in this region. Practical part of the thesis is devoted to impact of activation methods- wich are made at home- on senior who suffers from dementia and mental impact on senior's family members.

Keywords

Activation, Alzheimer's disease, dementia, old age, Ostrava region, quality of life, senior, social services.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ANALÝZA MĚSTA OSTRAVY.....	11
1.1 Historie města Ostravy.....	11
1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života v Ostravě	12
2 KVALITA ŽIVOTA.....	14
2.1 Proměny pojmu „kvalita života“ a její historie.....	14
2.2 Definice pojmu	15
2.3 Objektivní a subjektivní kvalita života	16
2.4 Kvalita života seniorů	17
2.4.1 Příprava na stárnutí v České republice.....	17
2.5 Kvalita života lidí s onemocněním demence v kontextu sociálních služeb na území Ostravska.....	22
3 STÁŘÍ.....	25
3.1 Stáří a jeho proces.....	25
3.2 Projevy stárnutí.....	25
3.2.1 Tělesné projevy stáří	26
3.2.2 Psychické změny.....	26
3.2.3 Sociální změny.....	27
4 NEMOCI STÁŘÍ - DEMENCE.....	28
4.1 Definice demence a její formy	28
4.1.1 Alzheimerova nemoc	29
4.1.2 Vaskulární demence.....	29
4.1.3 Smíšená demence.....	30
4.1.4 Demence při Parkinsonově nemoci a demence s Lewyho tělísky	30
4.2 Příznaky demence	31
4.3 Péče o nemocné s demencí	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 AKTIVIZACE SENIORA S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	34
5.1 Metodologie výzkumu	34
5.1.1 Cíle výzkumu	34

5.1.2	Výzkumný problém.....	35
5.1.3	Výzkumné otázky	35
5.1.4	Výzkumný vzorek	35
5.1.5	Výzkumná metodika	35
5.1.6	Časová organizace výzkumu.....	36
5.2	Případová studie paní Marie	37
5.3	Aktivizace paní Marie.....	41
5.3.1	Druhy zvolených aktivizačních technik	41
5.4	Interpretace a analýza dat	44
5.4.1	Výsledky testů MMSE.....	44
5.4.2	Výsledky aktivizace paní Marie.....	45
5.4.3	Interpretace dat.....	51
5.5	Rozhovor s rodinným příslušníkem	52
5.5.1	Analýza rozhovoru a zodpovězení výzkumných otázek	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	59
	SEZNAM ZKRATEK	63

ÚVOD

Téma práce „Kvalita života člověka s demencí na Ostravsku“ bylo zvoleno z důvodu osobních zkušeností výskytu této nemoci v rodině autorky a jejím dřívějším pracovním zkušenostem s takto nemocnými pacienty. Staří lidé jsou obecně velmi přehlíženou skupinou obyvatel, jejichž život je s nástupem stáří velmi pozměněn. Pokud se ke stáří přidá navíc onemocnění demence, dopad a postup onemocnění výrazně ovlivní kvalitu života nejen nemocných, ale také jeho nejbližších rodinných příslušníků. Tato práce tedy využívá příležitosti prozkoumat tuto problematiku demence blíže a zjistit, jaké jsou v rámci aktivizačních metod možnosti pro zlepšení či co nejdélejší udržení kvality života nemocného seniora.

Demence je velmi závažné onemocnění, na které dodnes neexistuje žádný lék a včasná diagnostika tohoto onemocnění mnohdy může prodloužit a zkvalitnit život nemocného a zpomalit průběh onemocnění. Důležitou roli v této oblasti hraje kvalita, dostupnost a přehlednost nabízených sociálních služeb a odbornost lékařů a ostatních pracovníků orientujících se na tento druh onemocnění. S jejich dopomocí lze výrazně zkvalitnit život nemocných i jejich rodinných příslušníků. Další z možností pro zkvalitnění života nemocných je využití aktivizačních metod, jejichž pravidelným tréninkem lze přispět k delšímu udržení, či možnému zlepšení schopností a dovedností nemocného a částečnému ovlivnění jeho nálad a emočního prožívání.

Bakalářská práce byla rozdělena do pěti kapitol, přičemž první čtyři obsahují teoretickou část práce a poslední pátá kapitola část praktickou. První kapitola nazvaná „Analýza města Ostravy“ se zabývá faktory, které se dotýkají kvality života osob v tomto regionu žijících. Druhá kapitola s názvem „Kvalita života“, se zabývá obecnou charakteristikou tohoto pojmu, zároveň se soustředí na kvalitu života v období stáří a sociální služby na území Ostravy nabízené osobám s demencí a jejich rodinným příslušníkům. Kapitola třetí „Stáří“, se snaží obsáhnout průběh a změny, které tuto životní etapu provází. Poslední kapitola teoretické části práce nazvaná „Nemoci stáří-demence“, definuje pojem demence a její formy, zabývá se také příznaky tohoto onemocnění a péčí poskytovanou lidem s touto nemocí. Praktická část práce „Aktivizace seniora s demencí v domácím prostředí“, je realizována pomocí výzkumného šetření prováděného na základě kvalitativního výzkumu s využitím metody případové studie paní Marie. Jsou zde formovány dvě výzkumné otázky, které byly zodpovězeny pomocí

analýzy získaných informací z dlouhodobého pozorování rodiny, rozhovoru s nejbližším pečovatelem nemocné a terénních zápisků obsahujících průběh aplikace aktivizačních metod.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANALÝZA MĚSTA OSTRAVY

Město Ostrava, nazývané také „ocelovým srdcem republiky“, leží v Moravskoslezském kraji poblíž polské hranice. V podkapitolách, které budou následovat, bude popsán profil města Ostravy se zaměřením na jeho historii a také faktory, které ovlivňují kvalitu života obyvatel tohoto města.

1.1 HISTORIE MĚSTA OSTRAVY

Mezi první písemnou zmínku o Ostravě se řadí zpráva z roku 1229 o vsi Ostrava, v níž se o městě hovořilo jako o jednom z majetku benediktýnských mnichů. Názory na to, z jakého důvodu se z této nevýznamné osady stalo město, jsou různé. Největším důvodem bylo zjevně vytvoření obchodního střediska, které by spojovalo důležité oblasti. Urbanizace města začala ve 13. století. Ostrava si ve své historii prošla mnoha milníky, byla součástí hukvaldského panství, zničená požárem a znovu obnovená a zasažena třicetiletou válkou. V roce 1776 nastal pro Ostravu velký zlom nálezem uhelných ložisek. Růst poptávky po uhlém bohatství byl navýšen v roce 1882 založením Rudolfových hutí. Tato průmyslová revoluce změnila celou tvář Ostravy a proměnila ji v průmyslové velkoměsto, kde se začínaly tvořit základy ostravské aglomerace. Po první světové válce význam města rostl a lákal velké množství finančních institucí. Město zažívalo obrovský stavební rozmach a ani druhá světová válka nezastavila silnou urbanizaci.

Historie Ostravy je protkaná důležitostí těžebního průmyslu. Třicátého června 1994 však nastal útlum uhlé hornické činnosti, která trvala dlouhých 202 let. Od roku 1998 probíhala likvidace dolů, která s sebou přinesla vlnu nezaměstnanosti a silného ekologického zatížení. (Navrátil, 2007, s. 5-34)

1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA V OSTRAVĚ

Kvalita života je ovlivněna nespočtem faktorů. Tato kapitola stručně charakterizuje nejdůležitější z těch, které se dotýkají přímo obyvatel města Ostravy a spoluúčastní se ovlivňování kvality jejich života.

Demografická struktura

Počet obyvatel města Ostravy se na rozdíl od předcházejících let kontinuálně snižuje. K největšímu meziročnímu poklesu došlo v letech 2009 až 2010, kdy ubylo zhruba 2500 obyvatel. Nejvýraznější změnou je počet obyvatel v produktivním věku života, kterých mezi lety 2007 až 2019 ubylo zhruba o 30 000 osob. Na druhou stranu přibyl ve stejném období počet obyvatelstva nad 65 let věku a to o 11 000. K průměrnému zvyšování věku dochází tedy každoročně asi o dvě desetiny. Migrace má také negativní vliv na stárnutí populace města. Z města odcházejí převážně mladí lidé a ve větší míře mladé ženy než muži. Počet neproduktivních skupin obyvatel se tedy neustále zvětšuje. K 1.1.2020 je počet obyvatel města 297 430 osob. (Demografická studie Ostrava, 2017, s.7)

Sociální struktura

Nezaměstnanost je jedním z nejhlavnějších socioekonomických ukazatelů města. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, míra nezaměstnanosti vzrostla z důvodu útlumu průmyslu a hutnictví. K nejohroženějším skupinám na trhu práce patří lidé s ukončeným středním a vyšším vzděláním ve věku od 18 do 24 let, další skupinu tvoří lidé s nízkým vzděláním a mezi poslední nejohroženější skupinu se řadí osoby ve starším věku, 50-64 let. (Hruška-Tvrký a Kukuliač, 2011)

Mezi další ukazatele kvality života obyvatelstva se řadí sociální oblast a zdravotnictví. Úroveň zdravotní péče je zde na velmi vysoké úrovni a ve městě působí celkem tři nemocnice a dalších zhruba 900 zdravotnických zařízení. Město je také působištěm domovů s pečovatelskou službou, domovů pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením, polikliniky a dalších zařízení. Na území Ostravy také působí dvě oblastní charity, Charita sv. Alexandra a Charita Ostrava. Obě nabízejí několik služeb pro seniory, pobytové, ambulantní i terénní. (Kolibová, 2009, s.35)

Ekonomická struktura

Ekonomický potenciál města a jeho struktura je silně ovlivněna historií města, kdy pro jeho vývoj a největší rozvoj v markantní míře přispělo objevení černého uhlí a následné vytvoření těžkého průmyslu a založení železáren. Regionální ekonomika a zaměstnanost se stali závislé na několika velkých podnicích města. Výsledkem toho vznikla deformovaná ekonomická základna regionu. Po zastavení těžby v roce 1994 procházejí odvětví výraznými změnami spojenými s vyšším úbytkem pracovních míst. Poklesem těžkého průmyslu se v současnosti dostává do popředí i role vzdělávacího, obchodního, administrativního a kulturního centra města. (Český statistický úřad, online, [cit.2020-07-02], 2019)

Životní prostředí

Ostrava je městem několika zvláště chráněných území. Mezi jedno z nich patří například Chráněná krajinná oblast Poodří. Svou schopností pro zachycení povodňových vln má pro Ostravu velký význam, je však také využívána i k rekreaci. V Ostravě je také velmi proslulá a hojně navštěvovaná přírodní památka Landek a Polanská niva. Dále se na tomto území nachází čtyři přírodní památky: Kunčický bludný balvan, Porubský bludný balvan, Rovinské bludné balvany, Turkov a tři přírodní rezervace: Rezavka, Štěpán a Premyšov. (Koutecká, 2001)

Ostrava již dlouhá léta svádí boj za zkvalitnění ovzduší a ochranu přírody. V rámci změny klimatu Ostrava zareagovala vytvořením **Strategického plánu rozvoje města**, jež byl vypracován v roce 2016 a je platný do roku 2023. V souvislosti se zapojením města do projektu Chytřejší region, je tvořeno spousta projektů, které se snaží rozvinout ekoinovace a podpořit zelený růst. Ostrava se také řadí mezi jedno z prvních měst, které vypracovalo Adaptační strategii, která se zabývá dopadem a riziky, které vyplývají ze změny klimatu. (ZdraváOva, online, [cit. 2020-08-02], 2017)

2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života se stává v dnešní době velice frekventovaným. Panuje však velká názorová neurčitost na jeho definici, jež bude spolu s historickým vývojem pojmu obsahem první části této kapitoly. Pokračování kapitoly bude zaměřeno na stručné vymezení pojmu objektivní a subjektivní chápání kvality života.

Druhá část kapitoly bude věnována indikátorům, které ovlivňují kvalitu života seniorů a lidí s onemocněním demence, přičemž velká pozornost bude především vztahována na důležitost sociálních služeb, které jsou poskytovány na území Ostravska.

2.1 PROMĚNY POJMU „KVALITA ŽIVOTA“ A JEJÍ HISTORIE

Kvalita života (Quality of Life, QOL) je velmi těžce uchopitelný pojem, který je v dnešní době součástí mnoha oborů i vědních disciplín a jsou s ním spojovány nejrůznější přívlastky. První zmínka o pojmu kvalita života se uvádí z 20. let 20. století, kdy však byla vnímána pouze jen v souvislosti s ekonomickým rozvojem a podporou nižších vrstev obyvatelstva státem. Kvalita života tehdy znamenala pouze materiální a životní úroveň společnosti. Později se však tento termín dostával také do psychologie a v USA byl využíván s politickým cílem. Po druhé světové válce spolu s rozšířením a novou formulací pojmu zdraví Světovou zdravotnickou organizací se kvalita života stala pojmem souvisejícím i s medicínou. V 60. letech přišla změna vnímání USA, na které mají zásluhy američtí prezidenti J. F. Kennedy a L.B. Johnson. Špatný přístup k ostatním, nespravedlnost a primitivismus, byl nahrazen novým pohledem na společnost, kde panovala spolupráce, náklonost, vzájemná pomoc a humánní jednání. Tyto kritéria byla součástí programů The Great Society a The Beautiful America, které vyhlášovaly zlepšení kvality života Američanů za jeden z významných cílů politiky USA. Tak se tedy pojem kvalita života začal vnímat jako nemateriální stránka lidského života.

Od konce 70. let se měnilo vnímání pojmu kvalita života, které bylo nově spojováno s myšlenkou žít jinak oproti představě žít lépe. Pomocí odlišností mezi současným a chtěným způsobem života byla odvozována míra spokojenosti s vlastním životem, a tedy i určování jeho kvality. V 80. letech se také sociální psychiatrie začala detailněji a ve větší míře kvalitou života zabývat. Kvalita byla vnímána jako kritérium pro hodnocení životní úrovně obyvatelstva. Subjektivní hodnocení a vnímání života jako prvek k výzkumům a pracím převažovalo nad

objektivistickým a ekonomicky zaměřeným pojetím kvality života. Ve druhé polovině 90. let 20. století výzkumy kvality životní úrovně a hodnotových orientací zažívaly největší rozkvět.

V dnešní době převažují výzkumy, které jsou věnovány subjektivní kvalitě života. Mezi jejich hlavní tematické oblasti patří celková spokojenost se životem, spokojenost s dílčími oblastmi života, jakými jsou například bydlení, vztahy, seberealizace a uznání. Poslední oblastí je hledání faktorů, které nejvýznamněji ovlivňují vznik subjektivního pocitu o vedení kvalitního a smysluplného života. Nevymizely však ani analýzy hodnotící objektivní kvalitu života zkoumající především komparaci životních podmínek v obcích a městech, regionech, krajích či v jednotlivých zemích. (Heřmanová, 2012, s. 13-18)

2.2 DEFINICE POJMU

Kvalita života je ovlivněna mnoha faktory a existuje mnoho jejich příbuzných a blízkých pojmů, které jsou důsledkem její multidimenzionality a interdisciplinarit. Je definována různými jedinci a prezentována částmi, jež se u všech liší. První osobou, která použila tento pojem byl americký ekonom a sociolog Galbraith. V dnešní době neexistuje jedna jasně vystihující definice kvality života. Níže je uveden krátký výčet přístupů a pojetí pojmu kvalita života. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 32)

- Světová zdravotnická organizace WHO v roce 1948 přijala novou definici zdraví, jež lze chápat jako jednu z nejstarších definic kvality života. Popisuje zdraví jako stav tělesné duševní i sociální pohody. Samotný pojem kvalita života rozčlenila WHO na čtyři základní okruhy, kterými definuje tento pojem z pohledu vybraných dimenzí lidského života.
- Dufková definuje tři možné typy kvalit života, kdy první z nich se zaobírá kritérii společenského pokroku, druhá, více obecnější definice se zaobírá menšími sociálními útvary a poslední typ zahrnuje hodnocení vlastní spokojenosti, sebereflexe a uspokojování potřeb.
- Ferranson se zaměřil na štěstí jako na jeden z nejhlavnějších aspektů kvality života. Jeho definice vnímá tento pojem jako pocit spokojenosti vyplývající z uspokojení,

nebo neuspokojení v oblastech života, jedincem hodnocených jako důležité. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 102)

- Hart a Hartlová vnímají tento pojem ve smyslu vlastního pocitu štěstí. Ve snaze o definici považují za klíčovou schopnost seberealizace a duševní harmonie, soběstačnost a pohyblivost. (Hartl a Hartlová, 2015, s. 774)

2.3 OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA

Pokud mluvíme o životní úrovni jedince a obyvatelstva a o měřitelných životních podmínkách mluvíme o **objektivní kvalitě života**. Faktorů, které ji ovlivňují je nepřehledné množství a v určitých podmínkách sami ovlivňují jeden druhého. Mezi základní indikátory objektivního hodnocení kvality patří například dostupnost služeb, průměrná mzda, uplatnění na trhu práce, dopravní dostupnost, vzdělání, kvalita životního prostředí, geografická poloha aj. (Heřmanová, 2012, s.47)

Subjektivní vnímání a hodnocení kvality života je zaměřeno na jedincovo vlastní vnímání jeho postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového žebříčku. Jeho celková spokojenost pak souvisí s vytyčením osobních cílů, jeho zájmů a očekávání. Existuje však spousta proměnných, které toto vnímání ovlivňují. Nejčastěji se jedná o věk a od něj se odvíjející životní zkušenosti, či generačně rozdílné nároky. Dalším faktorem je úroveň vzdělanosti a celkový rozhled a profese jedince. Velkou úlohu ve vnímání hraje i genderová rozdílnost, typ osobnosti, síla ovlivnění médií, sociální status apod. (Dvořáčková, 2012, s. 69)

Jedním z nejsložitějších hodnotících výzkumů je subjektivně prožívaná kvalita vlastního života. Zde se však objevuje spousta problémů s neochotou či rozpaky zodpovídat na dané otázky, sebereflexí, měnící se hodnotovou orientací, pravdivostí odpovědí a dalšími. I přesto, že většina nových empirických výzkumů kvality života je zaměřená právě na tuto oblast, kdy jsou v popředí životní zkušenosti, sebereflexe, sebeúcta, uznání a sebehodnocení, jedná se o stále nejobtížnější metodickou oblast, která je jen v prvních fázích svého vývoje. (Heřmanová, 2012, s.49-50)

2.4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Během života na jedince působí spousta faktorů, které se vzájemně ovlivňují a probíhá mezi nimi vzájemná interakce. Výsledkem toho všeho je jedinečná osobnost. U lidí staršího věku jsou hlavními faktory ovlivňující kvalitu života zdraví, prožívání, prostřední a kontakt s ostatními. V současné době nabývá na významu také potřeba užitečnosti a sociální podpory, jež ovlivňují průběh stáří a spokojenost v tomto životním období. (Tomeš a Šámalová, 2017, s. 107)

Aby bylo dosaženo vytvoření univerzálního životního stylu, byl v roce 1999 přijat Národní program ochrany starších lidí, jež zahrnuje principy uplatňované ve vztahu ke stáří. Tento program se nadále vyvíjel a byly vytvářeny nové akční plány, které měly podporovat pozitivní stárnutí. V současné době je uplatňována **Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025**.

Tato strategie má nabídnout přístup, jež pomůže připravit společnost na stárnutí a dotýká se nejdůležitějších oblastí života. Zároveň se snaží řešit problémy, které se týkají současných seniorů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 2-4)

2.4.1 PŘÍPRAVA NA STÁRNUTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Změna životního stylu a také společensko-politické situace měla za následek i změnu v reprodukčním chování v ČR, z tohoto důvodu naše populace rok od roku více stárne. Ke stárnutí obyvatel také přispívá fakt, že se stále prodlužuje průměrná délka života. Pojem kvalita života seniorů tedy s rostoucí populací nabývá na významu. Délka dožití však pro ni není tak důležitým faktorem jako spíše zdravotní stav seniorů a jejich délka dožití ve stáří. V roce 2016 byla průměrná délka života muže 76,1 let, ve zdraví však bude žít o 13,4 let méně, což činí 62,7 let. Statistika průměrné délky života ženy je 82,1 let, ale ve zdraví prožije pouze 64 let. V ČR je tedy rozdíl mezi délkou zdravého života žen a mužů. Zatímco muži prožijí ve zdraví 82 % svého života, u žen je to pouze 78 % života. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 4-7)

Součástí celé strategie je několik bodů, které se dotýkají nejdůležitějších oblastí života dnešních seniorů.

Finanční zajištění seniorů

Finanční zajištění hraje v kvalitě života velkou roli a jeho nedostatek má individuální i celospolečenské důsledky. V důsledku nízkých příjmů se zvyšuje riziko ekonomické závislosti na ostatních, což se může projevovat právě v období odchodu do důchodu, nebo při ztrátě partnera ve vyšším věku. Nižší příjmy vedou i k vyššímu ohrožení chudobou a materiálním strádáním, jež se stát snaží kompenzovat sociálními dávkami. Finanční strádání seniorů je nejčastěji způsobeno výší důchodu, která činí 94 % všech příjmů pro domácnost. Spotřební výdaje seniorů tedy z velké části zahrnují zajištění základních životních potřeb, bydlení, jídlo a zdravotní potřeby. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 7-9)

Senior a bydlení

Vysoké náklady na bydlení a možnost bezbariérovosti je jeden z hlavních problémů, kterým čeští seniori čelí. Pokud senior nemá vlastní byt, je nucen použít většinu svých příjmů k zaplacení nájmu. Příspěvky na bydlení a jejich výška jsou indikátorem nesnadného placení nájemního bydlení. V roce 2018 bylo příspěvkem podpořeno 45 % domácností, kdy každá z nich obsahovala alespoň jednu osobu pobírající důchod. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 9)

Zdraví a prevence u seniorů

Dlouhodobá péče a její zajištění jsou v kompetenci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále se tyto kompetence rozdělují mezi kraje, obce, pojišťovny až k jednotlivým domácnostem. Toto rozdělení kompetencí má za následek neefektivní vynakládání veřejných zdrojů. Program Strategie přípravy na stárnutí si klade za cíl propojit zdravotní a sociální péči různých druhů a zaměřit se na sjednocení jejich způsobu financování, pokud se jedná o stejný rozsah péče pro daného pacienta/klienta. Strategie se zabývají také péčí paliativní a hospicovou.

Kvalita života seniorů je významně ovlivňována i faktem, že zhruba 20 let jejich života prožívají s určitou formou zdravotního omezení. Proto se jedním z nejdůležitějších bodů Strategie stává podpora prevence zdravotního stavu a zvýšení geriatrické péče a její celkové diagnostiky. Toto všechno má být zajištěno nárůstem počtu lékařů – geriatrů, rozvojem geriatrické péče a komplexní vzdělaností v tomto oboru. Kvalitnější péče bude také dosaženo

pomocí školení a seminářů, jejímž úkolem je zvýšit informovanost ostatních zdravotníků o problematice geriatrické péče, funkční geriatrické diagnostiky a geriatrických syndromů.

Velkým tématem spojeným se stárnutím se stává strašák jménem demence. Za jejího spouštěče se nejčastěji považuje Alzheimerova choroba, a tak se hlavní úkony zaměřují především na její včasnou diagnostiku a dostatečnou prevenci, jež souvisí s nutností posílení služeb. Pro potřebu řešení tohoto onemocnění byl vypracován **Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění.**

Důležitá součást celkového komplexu zdraví je prevence. Prevence by měla být zaměřena na různé aspekty zdraví, ať už jde o chronické, onkologické, kardiovaskulární či duševní onemocnění. Osoby po zdravotním zákroku by se měly zaměřit také na kvalitní následnou péči, možnosti rehabilitace, včasný návrat a dlouhé setrvání v domácím prostředí. Úroveň zdraví je determinována životním stylem dané osoby a ostatními sociálními faktory zdraví. Pro zachování bezpečí, samostatnosti, nezávislosti a přirozeného prostředí seniorů hraje důležitou roli služba **asistovaného života**. Tyto služby zvyšují životní úroveň seniorů, pomáhají jim zůstat aktivními v práci i ve společnosti a zvyšují jejich celkovou kvalitu života. Tato služba ruku v ruce nabízí také významnou odlehčovací pomoc rodinným příslušníkům seniorů, jež jim poskytují nutnou pomoc a péči. Počet uživatelů této služby není v České republice vysoký. Přesto tato služba díky svým informačním a komunikačním možnostem a službou asistovaného života pro seniory může významně přispět ke zvýšení kvality jejich života. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 10-12)

Podpora a péče seniorů

Výdaje České republiky na financování zdravotní a sociální péče v posledních letech klesají a nachází se pod evropským průměrem. V důsledku stárnutí populace však důležitost financování těchto sektorů bude neustále narůstat a bude tedy ohrožena neudržitelností systému finanční dotace této péče. Problematika nedostatku financí se projevuje nejvíce v nedostatku zdravotnického personálu a dostupnosti péče. Seniori tak bývají zasaženi rušením lůžkových oddělení v menších nemocnicích a nedostatkem praktických lékařů, a to především na venkově. Z důvodu ošetřování seniorů v domácím prostředí narůstá do budoucna potřeba tzv. sdílené péče. Jedná se o péči, která kombinuje ošetřování blízkými za pomoci odborných sociálních a zdravotních služeb.

- **Institucionální péče** – tato péče je zajišťována ve zdravotnickém resortu pomocí následné péče a v oblasti sociálních služeb jsou seniory využívány domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory. Během roku 2008-2017 se výrazně nenavýšil počet lůžek v domovech pro seniory či LDN, i když poptávka po nich rapidně roste. Cílem však není umisťovat seniory do těchto zařízení, ale zvýšit dostupnost sociálních služeb komunitního typu, které mohou seniorovi poskytnout péči v jeho přirozeném prostředí.
- **Příspěvek na péči** – tento příspěvek významně podporuje zajištění péče nejen pro seniory a během pěti let byl dvakrát navýšen. Jeho hodnota se vyvozuje podle stupně závislosti. Administrativní vyřízení tohoto poplatku je však dlouhé, což může způsobit komplikace v rodinách jež vyžadují akutní pomoc v péči o blízké či umírající. Nově zavedená možnost dávky nemocenského pojištění tzv. dlouhodobé ošetrovné však může tuto situaci zlepšit, či vyřešit.
- **Neformální dotace** – je nemožné určit, jak velká část populace je zapojena a neformální péči poskytuje. Z počtu příjemců příspěvků na péči je však patrné, že se jejich množství každoročně zvyšuje a dle šetření Fondu dalšího vzdělávání je každý pátý dospělý Čech zapojen do péče o svého blízkého. Péče o druhého však negativně ovlivňuje jeho pečovatele, dochází ke zhoršení finanční situace, je ovlivněno tělesné i duševní zdraví jedince, situace dopadá i na celou rodinu a zhoršuje jejich vzájemné vztahy a z důvodu časové náročnosti péče hrozí i omezení či odchod ze zaměstnání. Pokud rodina či jednotlivec situaci nadále sami nezvládají, obrací se na vnější pomoc, jež má dopad na celý zdravotní a sociální systém včetně státní správy a samosprávy. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 12-16)

Zaměstnanost a celoživotní vzdělávání seniorů

Významnou skupinou ohroženou na trhu práce jsou osoby nad padesát let věku. Ztráta zaměstnání a komplikovanost v hledání práce nové tak často nutí tyto osoby k dřívějšímu odchodu do penze.

Vzdělání je důležitým aspektem pro celkovou adaptaci na změny v prostředí, možnosti uplatnění na trhu práce, rozvoji a růstu během života a udržení nezávislosti v seniorském věku. Senioři v České republice se v současné době mohou vzdělávat na několika institucích, kterými jsou **Univerzity třetího věku**, kde jsou nabízeny možnosti aktivizačních programů a klasického

vzdělávání. Nabídku seznámení s vědeckými poznatky přináší **Akademie třetího věku a na Virtuálních univerzitách třetího věku** jsou seniorům nabídnuty témata, které souvisí s akreditovanými programy dané školy. Seniori mohou také využít množství soukromých vzdělávacích agentur, knihoven, kulturních domů a klubů pro seniory, jež poskytují vhodný studijní materiál. Zvyšování vzdělání a zájem o něco nového pozitivně ovlivňuje a udržuje autonomii ve vyšším věku. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 16-18)

Prevence sociální izolace, podpora mezigeneračních vztahů a bezbariérovost

Přístup společnosti ke stáří a stárnutí, zdravotní stav, bariéry na veřejných prostranstvích, ovdovění a změna ve struktuře rodiny mají často za následek sociální izolaci a pocit osamělosti a neužitečnosti seniorů. V rámci zachování rodin a jejich stabilit, a s tím spojené prevence izolovaného stáří a osamění, je nutno posílit výdaje na rodinnou politiku.

Dalším z indikátorů sociální izolace je také způsob, jak seniori nakládají se svým volným časem. Většina seniorů volí spíše pasivní aktivitu v bezpečí svého domova, před trávením času se svými přáteli či rodinou. Kvalitu jejich života však zvyšují právě aktivity, jež jsou spojeny se spoluúčastí na společenském, ekonomickém, kulturním, občanském i duchovním dění. Aktivní stáří je nejen dobrou prevencí osamění a izolace, ale významně také ovlivňuje celkový zdravotní stav.

Zhoršený zdravotní stav vede ke sníženým možnostem aktivit vykonávaných mimo domov, a tudíž k následné izolaci. Zhruba 84 % seniorů musí překonat překážku v rámci několika schodů, aby se dostali z domu. Přestavby nejsou většinou ve finančních možnostech seniorů. Další nástrahou pak bývá také systém dopravy a MHD, který většinou není vyřešen bezbariérovostí, jež však hraje zásadní roli v konečném rozhodnutí seniorů, zda trávit svůj čas doma nebo mimo něj. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 18-21)

Diskriminace, týrání a zneužívání seniorů

Anglické označení **EAN** (elder abuse and neglect) označuje různé formy násilí a zanedbávání péče seniorů. Mezi hlavní formy se řadí tělesné týrání, psychické týrání, ekonomické týrání, sexuální zneužívání a nevhodné zacházení či zanedbávání. (Kalvach a Onderková, 2006, s. 30-31)

Násilí na seniorech se odehrává v prostředí, které je osobám blízké a věří mu. Může se jednat o ústavy i domácí prostředí. Násilí je charakteristické svou dlouhodobostí a opakováním. Toto násilnické chování je na seniorovi těžce odhalitelné a vede ke snížení pocitu bezpečí. Pocit bezpečí je ovlivněn i tím, zda senior žije sám nebo s rodinou. Z důvodu strachu z kriminality či možného úrazu mnoho seniorů zůstává ve svých domovech a izoluje se, což vede k jejich celkové nespokojenosti, strádání a zhoršení kvality života. Následky mohou být fatální. Z nedávných výzkumů bylo prokázáno, že osoby nad šedesát pět let věku jsou nejpočetnější skupinou, jež páchá sebevraždu. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, online, [cit. 2019-27-12], s. 21-22)

2.5 KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S ONEMOCNĚNÍM DEMENCE V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ OSTRAVSKA

Sociální služby v životě osob trpící demencí a jejich rodinných příslušníků hrají zásadní roli. Nabízí celou řadu služeb, jež pomáhají seniory aktivizovat, udržovat svou soběstačnost, nabízí ochranu a odbornou pomoc a zároveň pomáhají rodinám ve zvládnutí těžké životní situace. Velkou úlohu v poskytování sociálních služeb potřebným zajišťují neziskové organizace. Výraznou neziskovou organizací v Moravskoslezském kraji je **Slezská diakonie**, která vykonává svou činnost již od roku 1990. Své služby na základě biblických zásad a lásky poskytuje potřebným lidem, osobám v nouzi, a tedy i seniorům, jež vyžadují její pomoc. Slezská diakonie dále realizuje na území Ostravy projekt Mobilní hospic a její další aktivitou je projekt „*Kvalitní život v nemoci*“. (Kolibová, 2012, s.10-11)

Projekt **Kvalitní život v nemoci** nabízí kvalitní péči o seniory s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence a o jejich rodinné příslušníky. Cíl projektu se začal vypracovávat v roce 2011 a v březnu 2016 domov spustil svou činnost a přistěhovali se jeho první uživatelé. Myšlenka projektu, který má své sídlo v Ostravě – Nové Vsi, byla revitalizovat stávající ambulantní a také pobytové sociální služby. Jejich hlavním cílem je zkvalitnit péči o seniory v různých stádiích demence, umožnit jim prožít zbytek života v příjemném a důstojném prostředí, udržovat jejich možnou aktivitu a zajistit pocit bezpečí. Pobytová služba je nabízena klientům nepřetržitě v průběhu celého roku. Domov nabízí i odlehčovací služby, které pomáhají nejbližším rodinným pečovatelům seniora převzetím péče o něj, na předem

stanovenou dobu. Ambulantní centrum denních služeb pracuje se seniory v rámci udržení jejich soběstačnosti a stávajících schopností. (Slezská diakonie, online, [cit. 2019-02-12])

Na území Ostravska je seniorům s onemocněním demence a jejich rodinným příslušníkům nabízena celá řada sociálních služeb:

- **Služba odlehčovací** zajišťuje na určitý, předem stanovený čas, umístění osoby do zařízení. Tato služba se může využít v době, kdy se seniorovi nemůže v jeho domácnosti poskytnou potřebná péče. Služba zajišťuje ubytování, stravování a nutnou dopomoc s hygienou a nabízí možnost využití společenských a aktivizačních činností. (Hauke, 2017, s. 258)
- V Ostravě je dále k dispozici možnost využití **Centra domácích služeb**, jež také úspěšně napomáhá seniorům s poruchami paměti. Centrum nabízí spoustu aktivit, které může senior využít. Jedná se například o trénování paměti, společenské hry, výtvarné práce, zpěv písní, tančení, společenské hry, pobyt na zahradě či procházky po okolí. V centru je klientům nabízena základní služba jako je dopomoc při hygieně a poskytování stravy. Provádí se zde však také vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, které umožňují seniorům kontakt se společenským prostředím. Pracovníci pomáhají nemocným při uplatňování práv, zájmů a vyřizují jejich osobní záležitosti. Mimo jiné je zde i možnost využití služby pro rodinné pečovatele, těm nabízí konzultace, poradenské vedení, informační materiály a také tzv. Svépomocné skupiny, kde se rodiny setkávají s jinými rodinnými příslušníky ostatních nemocných pacientů.
- **SD DORKAS Ostrava, tísňová péče** je jedinečná služba poskytovaná v Moravskoslezském kraji. Není určena jen pro seniory, ale využít ji mohou i osoby se zdravotním postižením či s chronickým onemocněním. Služba se snaží snížit zdravotní, sociální a kriminální rizika a umožňuje nemocným setrvat po co nejdelší dobu v domácím prostředí. Pomocí systému tísňového volání, jež je nainstalován v domácnostech klientů, a tlačítkem tísňového volání, si v případě nouze může nemocný okamžitě přivolat pomoc, z kteréhokoli místa ve své domácnosti.
- **Pečovatelská služba ELIM Ostrava** je poskytována lidem se sníženou soběstačností povětšinou v určitém vymezeném čase. Taktéž je nabízena formou ambulantní i terénní. Pečovatelé tedy docházejí do domácnosti seniora nebo své služby poskytují v Domovech s pečovatelskou službou.

- **Seniorklub** umožňuje setkávání seniorů, což přispívá k plnohodnotnému trávení volného času v sociálním kontaktu s ostatními. Poskytuje také vzdělávací činnosti jako jsou přednášky, besedy, návštěvy divadel, relaxační činnosti apod. (Špatenková a Smékalová, 2015, s.99)
- **Poradna sv. Alexandra v Ostravě Dubině** byla založena Charitou sv. Alexandra. Poradna pomáhá lidem ve zvládnutí situace, jež by nebyli schopni překonat sami. Sociální pracovníce klientům pomáhají ve vyřizování úředních, ale i běžných záležitostí, vypisování formulářů, zajišťování podpor.
- **Půjčovna kompenzačních pomůcek** poskytuje své služby uživatelům, u kterých byla zjištěna nepříznivá sociální situace a vypůjčená pomůcka bude pomáhat ke zlepšování jeho zdravotního stavu, schopnosti sebeobsluhy a bude působit jako prevence sociálního vyloučení. (Kolibová, 2012, s.42)
- **Mobilní hospic svatého Kryštofa v Ostravě** nabízí specializovanou zdravotní péči, která je zaměřena na osoby v závěrečném stádiu svého života. Služba je poskytována v domácnosti klienta a cílem služby je zachování důstojnosti v posledním období života, zmírnění bolesti, obtíží a zabránění pocitu samoty. Mobilní hospic nabízí také duchovní péči. Pobytovou hospicovou péči nabízí v Ostravě **Hospic sv. Lukáše**. (Charita Ostrava, online, [cit. 2019-16-12])

3 STÁŘÍ

Neodmyslitelnou součástí a poslední etapou lidského života je stáří. Obsah následující kapitoly bude zaměřen na jeho proces a změny v nejrůznějších oblastech lidského života, které do něj stáří vnáší.

3.1 STÁŘÍ A JEHO PROCES

Stáří je nesnadně definovatelnou poslední etapou lidského života. Fází, která z důvodu předchozí konečné realizace všech možností rozvoje, bývá označována jako postvývojová. V České republice, jak uvádí Vágnerová, nebyl doposud vytvořen žádný imponující a společností uznávaný a akceptovaný model stáří. (Vágnerová, 2007, s. 299-305)

Kalvach například uvádí, že stáří je označení pro jedny z posledních fází ontogeneze člověka, které jsou charakteristické involučními změnami se snižujícími se schopnostmi odolnosti organismu. Stářím je zasažena také schopnost adaptace biologické i psychické. (Kalvach a Onderková, 2006, s.7)

Stárnutí změní celou strukturu a funkci organismu, ty mají za následek vyšší zranitelnost organismu. V důsledku změn upadají výkony, schopnosti a dovednosti jedince, jejichž konečný pokles vrcholí v posledním, terminálním stádiu života a ve smrti. (Langmeier, J., Krejčířová, D. 2006, s. 184)

3.2 PROJEVY STÁRNUTÍ

Stáří je období, kdy se postupně, avšak výrazně, změní dosavadní způsob života. Produktivní člověk postupně ztrácí na síle a přejde pozvolna do období stárnutí a stáří. Uvědomění si vlastního stárnutí často přichází s tzv. „syndromem prázdného hnízda“, kdy se dospělé děti osamostatní a narodí se vnoučata. K dalším velkým mezníkům patří neodmyslitelně odchod do penze. S penzí často přichází i zpomalení životního tempa, což má často za následek postupné zhoršování zdravotního stavu. V neposlední řadě je postihnuta i finanční situace seniora. Bez pracovního naplnění přichází u seniorů pocit zbytečnosti, který

může vést k psychickým problémům. Ohrožení také nastává u poklesu udržování sociálních vztahů, které v případě zanedbání vedou k sociální izolaci. (Venglářová, 2007, s. 15)

Každý z nás se narodí s jistými dispozicemi, které ovlivňují naše reakce na změny v životě. Svou úlohu zde hrají také genetické předpoklady, životní zkušenosti, prostředí, ve kterém žijeme, reakce okolí a možnost získání pomoci v náhlých situacích. Změny v životě v období stáří nastávají v rovině tělesné, psychické i sociální. Tyto změny vedou k potřebě hledání nového způsobu života, odpovídajícímu současnému věku. (Dvořáčková, 2012, s. 11-12)

3.2.1 TĚLESNÉ PROJEVY STÁŘÍ

Tělesné znaky, kterými se liší staří a mladí lidé, jsou nazývány **fenotyp stáří**. Mezi nejnápadnější tělesné změny, které stáří doprovází, řadíme změnu v postoji těla a chůzi. Se stářím přichází také úbytek sil a svalové hmoty. Zasaženy jsou i smysly člověka. U zraku se projevují změny akomodace, zhoršuje se chuť i čich a u sluchu klesá sluchová ostrost pro vysoké tóny. Průběh změn se liší, některé změny přicházejí rychle, jiné pomalu. Nejvýraznějšími změnami jsou rychlost reflexů, svalová síla, vitální i srdeční kapacita, váha mozku, bazální metabolismus a rychlost vedení vzruchů. Všechny tyto změny ovlivňují chování a vzhled seniora. Tělesné změny mají dopad na psychický vývoj jedince. Objevuje se pocit nedůvěry a nejistoty. (Dvořáčková, 2012, s. 12)

3.2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Stárnutí často velmi úzce souvisí se změnou osobnosti. Do popředí se dostávají negativní vlastnosti a rysy osobnosti. Důležité je však rozlišení změn v chování způsobených stárnutím od duševních či tělesných poruch. Jedlička uvedl tři typy psychických změn u seniorů. Mezi první skupinu zahrnul ty změny, které mají sestupnou tendenci. Mezi ně zahrnul pokles vitality, elánu, psychomotorického tempa, pozornosti a schopnosti zapamatovat si nové informace. U seniorů se také s postupem stáří zvyšuje problém v navazování a udržování vztahů. Psychické změny, které mají vzestupnou povahu jsou naopak zvýšená tolerance k druhým, trpělivost i vytrvalost. Do poslední skupiny jsou zahrnuty funkce, které se bez přítomnosti onemocnění ani věkem nemění, jsou to jazykové znalosti, slovní zásoba a intelekt.

Úbytek duševních funkcí seniorů způsobují změny v ústřední nervové soustavě, pohybovém ústrojí, smyslových orgánech, ale také změny v činnosti žláz a látkové přeměně. (Dvořáčková, 2012, s. 12-13)

3.2.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY

Postoj společnosti ke stáří se neustále vyvíjí a prochází mnoha změnami. Dá se říct, že čím více je senior připraven na změny, které mu stáří přinese, tím lépe se s ním dovede vyrovnat. V momentě, kdy odchází člověk do penze, dochází ke změně jeho sociální role, získává roli „nemít roli“, což jej vede do situace závislosti. Existují dva modely řešení této situace. Prvním z nich je „**Teorie aktivity**“, ta říká, že senior, pokud není oslaben zdravotními problémy, má zůstat plně aktivní. **Teorie stažení** naopak tvrdí, že se má jedinec již s předstihem připravovat na odchod do důchodu, který pro něj má být přirozený, na základě jeho vývoje osobnosti a vlastního rozhodnutí.

Odchod do penze s sebou přináší nutnost změny dosavadního životního stylu. Objevuje se náhlý přebytek volného času, u něhož je velmi důležité plánování a perspektiva. Důsledkem bio-psycho-sociálních změn může docházet k vyčleňování seniorů ze společnosti. U seniorů se zvyšují pocity osamělosti a opuštěnosti. Společně se stářím přichází i nutnost vyrovnat se s nadcházející smrtí, a to nejen svou, ale také svých blízkých. Stáří je velmi těžkou etapou v životě každého jedince. (Dvořáčková, 2012, s. 13-15)

4 NEMOCI STÁŘÍ-DEMENCE

Pojem demence pochází ze spojení latinských slov „de“, což znamená „odstranit“ a „mens“, jež je slovo pro „mysl“. Doslovný překlad tedy znamená „bez mysli“. Tímto problémem je celosvětově zasaženo více než čtyřicet čtyři miliónu lidí. Postup nemoci je destruktivní a v jejím závěru se pacient nepodobá člověku, jímž byl na začátku. (Buijssen, 2006, s. 7)

První část této kapitoly se bude věnovat tématu onemocnění demence, definici nemoci a bude zde zahrnuto a stručně charakterizováno několik forem tohoto onemocnění. V druhé části budou popsány příznaky nemoci a jejich dopad na každodenní život nemocného. Závěr kapitoly bude věnován péči o nemocné, udržení jejich stávajících schopností a možnosti zmírnění progresu tohoto onemocnění.

4.1 DEFINICE DEMENCE A JEJÍ FORMY

Demence je syndrom, jež vzniká v důsledku onemocnění mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku a jeho řídicí funkce přestávají fungovat tak, jak by měly. Jde o získanou poruchu kognitivních funkcí, která svou závažností ovlivňuje stav ostatních funkcí a celý život nemocného. (Pidrman, 2006)

Během první fáze, jež bývá velmi dlouhá, je tato nemoc často málo patrná a málokdo si ji v počátcích všimne. Oči pacienta jsou otevřené a jasné, pacient nemá porušeny hybné funkce a pohybuje se tak, jak je zvyklý. V konečné fázi demence je nemocný zcela závislý a odkázaný na pomoc ostatních. Zapomněl vše, co se kdy naučil, co znal a kým byl.

„Tento pojem se vyvíjí asi sto padesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Možnost výskytu demence ve střední dospělosti byla rozlišena ve stejné době“. (Mühlpachr, 2004, s. 40)

Demenci a jejími formami bývají nejčastěji postiženi lidé starších šedesáti let. Její nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc, kterou trpí 55 % lidí zasažených demencí. Po Alzheimerově nemoci je druhou nejčastější formou demence forma vaskulární, jež představuje asi 10-25 % ze všech případů. Zhruba u 15 % lidí se vyskytuje kombinace dvou nebo více

poruch. Jedná se o smíšenou demenci. Dalších 15 % představuje dlouhou řadu poruch, při kterých se demence vyskytuje. Jedná se například o Parkinsonovu, Pickovu, Lewy Bodyho, Huntingtonovu, nebo Bingswangerovu nemoc. (Buijssen, 2006, s. 62)

4.1.1 ALZHEIMEROVA NEMOC

Alzheimerova nemoc (dále už jen AN) získala své jméno po německém neurologovi Aloisi Alzheimerovi. Poprvé ji popsal v roce 1906. Jedná se o nevléčitelné onemocnění, které není ničím limitováno, takže mohou být postiženy všechny skupiny obyvatelstva. Toto chronické onemocnění má své charakteristické patofyziologické a klinické příznaky a postup nemoci se znatelně prohlubuje a je velmi závažný. (Pirdman, 2007)

Četnost tohoto onemocnění se zvyšuje s věkem, není však jisté, zda je tento rostoucí charakter výskytu nemoci závislý na věku pacienta nebo postupu stáří. Ve věku nad 65 let je zasaženo touto nemocí 10 % populace. AN a její obě formy, raná i pozdní, se čteněji vyskytují v některých rodinách a může se tedy hovořit o familiární agregaci.

Příčina tohoto onemocnění není známá, jsou zde však faktory, které zvyšují riziko jejího výskytu. Mezi rizikové vlivy se řadí úrazy hlavy, kouření a nižší vzdělání. Raná forma tohoto onemocnění je podmíněna genovými poruchami na chromozomu 21, 14 a 1. Pozdní forma Alzheimerovy nemoci vzniká v souvislosti s genem pro apolipoprotein E.

Příznaky se rozvíjejí velmi nenápadně. Na začátku má jedinec problémy s vybavováním nově získaných informací a zapomínáním slov, následuje porucha exekutivních a kognitivních funkcí. Ženy jsou častěji ohroženy depresemi, agresivitou a halucinacemi. Patrné jsou také klinické a neuropsychologické projevy nemoci. V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost komunikovat, vyskytuje se apatie, nemocný nepoznává své blízké a později s nimi již neudrží ani oční kontakt. V závěru onemocnění nejsou nemocní schopni sedět, jsou inkontinentní a němí. Nemoc probíhá zhruba 3-8 let a průzkumy ukazují, že muži podléhají této nemoci dříve než ženy. (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 11-91)

4.1.2 VASKULÁRNÍ DEMENCE

Pojmem vaskulární demence označujeme velmi rozsáhlou skupinu syndromů demence, které se liší ve způsobu a místě cévního zásobení mozku. Tento druh demence se může zhoršit v důsledku cévních příhod, ke kterým může docházet, a proto je postup této nemoci rozlišný

než u lidí s AN. Zhoršování této nemoci nemusí být plynulé, ale může dojít k náhlému rapidnímu zhoršení zdravotního stavu nemocného.

Příčinou nemoci je často krvácení do mozku, hypoxie mozkové tkáně nebo postižení tepen, u kterých může dojít k jejich ucpání, zúžení, prasknutí nebo krvácení. Ohroženi touto nemocí jsou častěji lidé s akutními plicními problémy, srdečními vadami, lidé obézní, kuřáci, nemocní DM nebo lidé kteří prodělali traumata hlavy.

Vaskulární demence je často doprovázena emoční labilitou, střídáním emocí, depresiemi, sníženou motivací i celkovou duševní kondicí jedince. (Hauke, 2017, s. 34-35)

4.1.3 SMÍŠENÁ DEMENCE

Hovoříme-li o smíšené demenci jedná se nejčastěji o kombinaci Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Zhruba u jedné třetiny pacientů s vaskulární demencí jsou následnou pitvou zjištěny plaky, neurofibrilární klubíčka a arteriosklerotické změny, které se vyskytují u lidí trpící AN. Naopak také u lidí s Alzheimerovou nemocí se téměř v 60-90 procentech vyskytuje přidružené cévní onemocnění mozku. K diagnostice smíšené demence se využívá klinických a zobrazovacích kritérií AN a vaskulární demence. Klíčovými faktory při diagnostice jsou rozsah a četnost poškození mozkové tkáně, lokalizace cévních změn a postižení podkorové bílé hmoty. Vzhledem k výrazným přesahům obou nemocí mnoho odborníků zastává někdy velmi odlišné názory na nutnost a kontraproduktivitu dělení těchto dvou nemocí. (Konrád, online, [cit. 2019-08-11], s. 129-132)

4.1.4 DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ NEMOCI A DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY

Tyto dva druhy demence můžeme shrnout do jednoho onemocnění, které se od sebe liší svou progresí a jejich vznik je podmíněn ukládáním proteinu presenilinnu v mozkové kůře a v oblastech bazálních ganglií.

Pokud nejdříve dojde k poškození bazálních ganglií začne se rozvíjet Parkinsonova nemoc, která svým typickým způsobem postihuje možnosti pohybu pacienta a nemusí vždy docházet k rozvinutí demence. Jestliže však u lidí s Parkinsonovou nemocí k demenci dojde, hovoříme pak o demenci u Parkinsonovy nemoci. Opačná situace nastává, pokud nejdříve dojde k postižení mozkové kůry. V takovém případě dochází k rozvinutí demence s Lewyho tělisky, u které k poruše schopnosti vykonávat určité pohyby, dochází až v pozdějších fázích nemoci.

U těchto pacientů dochází k častému výskytu halucinací a kolísání zdravotního stavu během dne. Jejich stav může být významně zhoršen podáváním antipsychotik. (Hauke, 2017, s. 35)

4.2 PŘÍZNAKY DEMENCE

Příznaky demence se podle Jiráka dají rozdělit do tří skupin označovaných jako **A-B-C**. První z nich je narušení kognitivních neboli poznávacích funkcí jedince (C-cognition). Druhá skupina příznaků je narušení aktivit denního života (A-activities of daily life). Mezi poslední skupinu se řadí poruchy chování, označovány písmenem B jako behavior.

Příznaky však nejsou vždy tak snadno určitelné a u každého jedince může být jejich výskyt a průběh rozlišný. Jedním z nejvýraznějších příznaků u nemocného demencí je porucha **krátkodobé paměti**, ztráta intelektových schopností a postupná změna celé osobnosti jedince. S progresem nemoci bývá později zasažena i paměť dlouhodobá. Poruchy paměti se na začátku projevují mírnou zapomnětlivostí, kvůli které nemocní stále něco hledají. Zapomnětlivost se projevuje i v běžných činnostech, které se vykonávají pravidelně. Postupně se vytrácí schopnost plánovat a organizovat. Pacient si sám na sobě všímá, že nedokáže vykonat věci a úkony, které zvládl dříve, a tak často přesouvá své povinnosti na ostatní. Postupem času však zapomíná, že zapomíná, věří, že jeho paměť funguje dobře a brání se. V této době se mohou vyskytovat příznaky deprese, podezíravosti a někdy i agresivity. Porušení krátkodobé paměti s sebou nese neschopnost zapamatovat si čas. Svě okolí jedinec obtěžuje neustálým vyptáváním na totéž. Lidé zasažení demencí ztrácí schopnost porozumět složitějším příběhům a situacím. S postupující demencí se začíná rozpadat i **paměť dlouhodobá**. Její porušení je postupné a jedinec zapomíná věci od současnosti až po ty nejvzdálenější.

S postupem nemoci se ztrácí u jedince **schopnost vykonávat činnosti**, které se během života naučil. Nejdříve ztrácí schopnost vykonávat instrumentální činnosti, kdy je pro něj problematické jít nakoupit, uvařit si jídlo, uklidit, řídit auto nebo pracovat na zahradě. Později se přidává ztráta schopnosti vykonat základní sebeobslužné činnosti. Tato postupná ztráta zvyšuje jeho závislost na druhých. S postupem nemoci je narušena i hybnost a dochází k upoutání jedince na lůžko.

Demencí je narušena i **orientace v čase a prostoru**. Nejdříve dělá jedinci problém zorientovat se na nově poznaných místech, později již nepoznává ani místa známého prostředí.

S postupující ztrátou paměti přestává poznávat své blízké a rodinu. Naopak může zapomenout na smrt svých dřívějších členů rodiny, kteří takto znovu vstupují do života nemocného.

Potíže v **komunikaci** nejdříve postihnou schopnost využití slovní zásoby. Mluva se zpomaluje a je těžkopádnější. Někdy dochází k opakování vět nebo slova. Verbální komunikace se postupně zužuje až na jednoslovné odpovědi. Poté nastupuje využití komunikace neverbální.

Demence způsobuje naprostý **rozpad osobnosti** nemocného. Mění se jeho emotivní reakce a prožívání. Někdy se může vyskytnout negativní, zlostné nebo agresivní reakce na podněty. Je narušeno sociální chování. Jedinec není schopen dodržovat sociální normy a zapomíná na způsoby chování. Neuvědomuje si nevhodnost ani nepřiměřenost svého chování. Postupem času dochází k postupnému uzavírání se do sebe, někteří jedinci téměř na nic nereagují.

Postup nemoci zvyšuje odkázanost jedince na péči ostatních. Je zasažena schopnost pohybu, dostaví se poruchy s polykáním, jedinec nezvládá udržet moč ani stolicu a stává se plně inkontinentním. V závěru nemoci je zcela upoután na lůžku a je ztracena jeho podoba s člověkem, kterým byl před onemocněním. (Hauke, 2017, s. 47-54, Buijssen, 2006)

4.3 PÉČE O NEMOCNÉ S DEMENCÍ

Demence je nevléčitelná nemoc a její postup je velmi individuální a potřeby nemocných rozličné. Pravidelné kontroly u psychiatra zajišťují farmakologickou léčbu a mapují průběh onemocnění, což napomáhá k volbě správné péče o nemocného. Jednoduchou pomůckou ke správnému určení stupně demence je **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, který se zabývá duševním stavem a kognitivními funkcemi nemocného. Zaměřuje se na funkce poškozené nemocí, jako jsou paměť, řeč, pozornost, počítání a orientace. Celkový možný počet bodů je 30. (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 12)

Léčba demence je velmi komplexní a zahrnuje do sebe léčbu farmakologickou, která se dělí na medikamentózní léčbu kognitivních i ne-kognitivních funkcí, léčbu biologickou, psychoterapii, socioterapii, rehabilitaci a léčbu všech přidružených onemocnění. Některé druhy demence, infekčně podmíněné, jde v současné době léčit již kauzálně, tedy příčinu nemoci.

Velkou zásluhu na zkvalitnění života nemocných má psychoterapie a socioterapie. Léčba by měla být v tomhle ohledu zaměřená na udržování a rozvíjení doposud zachovaných schopností pacientů a schopnost sebeobslužných činností. (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 141-153)

Péče o pacienty s demencí se liší podle fáze nemoci, ve kterém se nachází.

Ve fázi lehkého a teprve počínajícího syndromu vzniká pro nemocného nutnost velké podpory v rámci psychologického poradenství, ale také řešení právních dokumentů a rodinných záležitostí. Pomoc je lidem nabídnuta ze strany odborníků, ale také v okruhu podpůrných a svépomocných skupin. Při zvětšující se poruše kognitivních funkcí se zvyšuje důležitost jejich procvičování a informovanosti o jejich možnostech kompenzace a nácviku.

S příchodem fáze rozvinutého syndromu demence je důležitá práce s jedincem. Starající se osoby využívají metody aktivizací seniorů s demencí. Procvičují nejen sebeobslužné činnosti, ale zaměřují se i na reminiscenci, zpívání, pohyb, kontakt s ostatními lidmi, procvičování jemné motoriky a hledání nových aktivit, kterým by se senior mohl věnovat. Tyto aktivity se shrnují pod pojmem kognitivní stimulace. Byl prokázán pozitivní vliv na nemocného s demencí, při začleňování těchto aktivit do každodenního života. Kromě předcházejících aktivit je důležité také prostředí, ve kterém dochází k jejich plnění (pracovní místo) ale také prostor, kde senior žije. Důležité je přehledné, příjemné a bezpečné prostředí. Vytvoření programu dne s adekvátními činnostmi v příjemném prostředí je výbornou volbou, jak zpomalit progresi nemoci a zvýšit kvalitu života nemocného.

Fáze těžké a terminální demence odkazují nemocného na komplexní ošetrovatelskou péči a s progresem nemoci dochází k potřebě péči paliativní. I v této fázi existují různé komplexní přístupy, jako je například bazální stimulace nebo strategie péče Namaste a další. Péče Namaste se snaží o šíření vhodné praxe a informací v péči o lidi v pokročilém stádiu demence. Díky jejich funkční a názorově didaktické struktuře bylo vyškoleno spoustu odborníků a kvalifikovaných odborníků rozumějící této nemoci, kteří umí své poznatky uplatňovat přímo v praxi. (Hauke, 2017, s. 37-40)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 AKTIVIZACE SENIORA S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Aktivizace seniorů je účinným nástrojem pro udržení fyzické, psychické i mentální aktivity, zachování schopností a dovedností, uspokojování potřeb, pozitivní ovlivňování jejich psychického stavu, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím a přispívání ke zlepšení kvality života. Aktivizační programy u osob s demencí jsou zaměřeny proti projevům a důsledkům nemoci, které mají negativní dopad na běžný život seniora i jeho nejbližších rodinných příslušníků. (Aktivizace seniorů-tělesné a duševní aktivizační programy, 2018, s. 9)

5.1 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole bude definován cíl výzkumu, od kterého je odvozen výzkumný problém. V návaznosti na vytyčení zkoumaného problému navazují výzkumné otázky, které jsou spolu s hypotézami součástí této kapitoly. Závěr kapitoly bude obsahovat popis výzkumné metodiky, výzkumného vzorku a vymezení časovou organizaci prováděného výzkumu.

5.1.1 CÍLE VÝZKUMU

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký dopad a postih mají zvolené aktivizační metody uskutečňované v domácím prostředí nemocného na zvolené oblasti jedince s primárním zaměřením na vybrané schopnosti a do jaké míry lze pomocí nově zavedených činností pro rozvoj funkcí ovlivnit náladu, motivaci a sebehodnocení nemocného. Dalším cílem byla snaha poukázat na psychickou zátěž rodinných příslušníků/pečovatelů nemocného, které jsou vystaveni v důsledku trvalé péče o něj.

5.1.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Tvorba výzkumné části práce byla zaměřena na výzkumný problém: *„Jaký je vliv aktivizačních metod aplikovaných na seniora trpící středně těžkou demencí, a které metody jsou nejefektivnější ať už v dopadu na jeho schopnosti a soběstačnost, či pozitivní změnu nálady a motivaci při realizaci v domácím prostředí?“*

5.1.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaký dopad a vliv měla zvolená aktivizace na dovednosti, schopnosti a emoce babičky?
2. Jaký psychický dopad má trvalá péče o nemocného s demencí na nejbližší rodinné příslušníky pacienta?

5.1.4 VÝZKUMNÝ VZOREK

Rodina, která byla zvolena pro zpracování praktické části práce je přímou rodinou autorky bakalářské práce. Spolu se dohodli a souhlasili na nepozměnění jmen členů domácnosti ani objektu výzkumu. Předmětem zkoumání je babička autorky, paní Marie, které byla před dvěma lety diagnostikována demence u Alzheimerovy nemoci ve střední fázi. Paní Marie žije spolu se svou dcerou Danou, která je zároveň její nejbližší pečující osobou, a jejím manželem Liborem ve dvoupatrovém rodinném domě. Domácnost také často navštěvují vnuci paní Marie, Tomáš a Lenka a její syn Oliver.

Aktivizace probíhala za využití běžných pomůcek a také pomůcek pro práci s dětmi, jako jsou grafomotorická deska, obrázkové kartičky „Maminko říkej a předváděj“, sluchové a zrakové pexeso atd. Veškeré činnosti probíhaly v domácnosti nemocné. Paní Marii bylo vytvořeno pracovní místo se všemi pomůckami pro zvolené druhy aktivizace a reminiscenční nástěnka s fotografiemi nejbližších osob paní Marie.

Na zkoumání se v největší míře podílela autorka sama a teta autorky, paní Dana, která byla před začátkem aktivizace seznámena s literaturou na jejímž základě aktivizace probíhala, s bezpečnostními opatřeními a zásady aktivizace.

5.1.5 VÝZKUMNÁ METODIKA

K tvorbě výzkumné části této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum bývá prováděn intenzivním zkoumáním a kontaktem s vybranou vhodnou skupinou.

Vše probíhá zpravidla v jejich každodenním prostředí a zaměřuje se na získání hlubokého náhledu do reality zkoumaného problému. Pomocí pátrání po pravidelnostech a rozdílech, důkladném sbírání informací se tak mohou naskytnout nové pohledy a cesty k řešení podobných případů. Na začátku kvalitativního výzkumu je důležité si vhodně vybrat zkoumaný případ a být o problematice týkající se objektu zkoumání informován. (Wikipedie, [cit. 2019-3-12], 2019)

Praktická část práce byla vzhledem k vybraným cílům výzkumu rozdělena do tří částí. První část byla vypracována formou **kazuistiky**, kdy za pomoci vyprávění rodinných příslušníků byl chronologicky popsán postup demence od prvních projevů nemoci až po současný stav. Tato část napomůže k přiblížení schopností a dovedností nemocné včetně jejího zdravotního stavu v době před aktivizací a zároveň naskytne čtenářům pohled na reálný průběh demence a její dopad na nemocného, který se odráží na psychickém stavu rodinných příslušníků. Druhá, nejdlejší část práce, byla tvořena **zúčastněným pozorováním** a přímou aktivizací nemocného, kdy bylo za pomoci předem zvolených aktivizačních metod působeno na schopnosti a dovednosti nemocné za účelem jejich udržení, či případného zlepšení. Zároveň byly zaznamenávány změny v chování, prožívání a emočním jednání nemocného. V závěru této části práce byly v rámci kvalitativního výzkumu popsány projevy a dopady působení metod aktivizace na všechny zvolené oblasti a zároveň také zodpovězena první výzkumná otázka. Poslední částí práce byl **rozhovor** s nejbližším pečovatelem nemocného, paní Danou. Rozhovor se zabývá předešlými aktivizačními metodami, jejich uskutečnitelností a dopadem v odhledu na každodenní život pečujících. Současně zde byly zahrnuty otázky zaměřené na celkový psychický dopad a náročnost trvalé péče o nemocného na pečující a ovlivnění vztahu v rodině. V poslední části práce byla za pomoci rozhovoru zodpovězena poslední výzkumná otázka.

Jako jeden z hodnotících ukazatelů výsledků aktivizace byly použity také výsledky testu MMSE (viz. kapitola „*Péče o nemocné demencí*“), které hodnotily stav postupu demence v období před, v průběhu a po ukončení aktivizace. K vyšetření docházelo každé tři měsíce během pravidelných kontrol u psychiatra.

5.1.6 ČASOVÁ ORGANIZACE VÝZKUMU

Stálost a pravidelný režim pozitivně ovlivňuje celkový stav pacienta. Z tohoto důvodu byl pro uskutečnění praktické části práce zvolen pevně daný časový harmonogram, který se všichni zapojení členové snažili co nejstriktněji dodržovat.

Proces aktivizace probíhal třikrát denně v ranních (8 hod.), odpoledních (12 hod.) a večerních (18 hod.) hodinách. V tomto období docházelo k procvičování jednoho ze sedmi aktivizačních okruhů. Aktivizace probíhala každý den v období od 1.8.2019 do 31.1.2020. Aby byla zajištěna pozornost paní Marie, její motivace a snaha o co největší zapojení a efektivitu cvičení, musely být mnohdy tréninky střídány, případně pozměněny aktivity nebo zkrácena doba tréninku.

Poznámky z období aktivizace paní Marie byly zapisovány do tzv. **terénních zápisků**, které byly hlavním prostředkem pro záznam o průběhu a výsledcích aktivizace. Kromě průběhu a celkového hodnocení byla sledována také nálada paní Marie, ochota spolupracovat, radost z výsledku činnosti, znaky sebehodnocení nebo případný záznam negativních projevů emocí vyskytujících se během aktivizace. Pozorování bylo také zaměřeno na celkový stav paní Marie a projevy nemoci. Sledovaly se případné úzkostné stavy, halucinace, špatný spánek, extrémní výkyvy nálad atd.

5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE PANÍ MARIE

Rodinná anamnéza

Paní Marie pochází z osmi sourozenců a v její rodině se nevyskytovaly žádné závažnější zdravotní problémy. Její mamince byla však po jejím šedesátém roku života diagnostikována demence, které později podlehla. Tato nemoc v průběhu života postihla i tři další sourozence paní Marie, ostatní již v současné době nejsou naživu a jeden z nich není v kontaktu s rodinou, takže jeho anamnéza není jasná. Nemoc byla v rodině diagnostikována pouze u žen.

Osobní anamnéza

Paní Marie se narodila 24.9.1936 v Polských Zebřidovicích do silně věřící rodiny. Celý její život byl provázen těžkou prací na polích a chovem domácích zvířat. Paní Marie pracovala jako dělnice na kotelně ve výměňkové stanici, kde se jí stala vážná nehoda, při které byla zasypána uhlím ve velkém zásobníku. Naštěstí byla včas vyproštěna a zachráněna. Událost jí však poznamenala a dlouhé měsíce se trápila, špatně spala a dodnes si v jejich lepších chvílích na událost vzpomene. Zvládne jí popsat však pouze po emoční stránce, kterou v době nehody prožívala. Ve svých 23 letech se vdala za Františka, který vlastnil velkou část půdy, a tak ani

v průběhu manželství nebyla těžká práce pro paní Marii ukončena. Marie je matkou tří dětí, dvou dcer a jednoho syna. Ve své práci zůstala do svých 54 let, poté nastoupila do důchodu, stále však těžce pracovala a dle slov jejich příbuzných neměla nikdy volný čas ani koníček, kterému by se věnovala. Její manžel zemřel v jejich 60 letech na infarkt. Marie celý život netrpěla žádnými vážnějšími zdravotními problémy. V roce 2018 jí byla diagnostikována demence u Alzheimerovy nemoci.

Průběh onemocnění

Přesný počátek onemocnění nikdo nezná, zpětně si však dcera nemocné, paní Dana a její manžel, vybavují situace, které mohly být spouštěčem nemoci a jejími prvními signály. V srpnu **roku 2015** se paní Marie pohádala se svou sestrou, která v té době byla také v počátcích onemocnění demence. Spor nebyl nijak závažný, přesto na něj paní Marie nemohla přestat myslet a při pokusu o usmíření došlo k opětovnému konfliktu. Paní Marie byla v té době velmi sklíčená a projevovaly se u ní známky deprese. Paní Dana popisuje, že maminka po nocích často plakala a nemohla spát, odmítala vykonávat běžné činnosti a uzavírala se do sebe. Trvalo několik měsíců, než se událost mezi oběma sestrami urovnala. Toto období rodina považuje za klíčové v propuknutí nemoci. Na konci roku 2015 došlo k dalšímu zvratu v životě paní Marie. Její dcera onemocněla rakovinou. Paní Marie byla čím dál smutnější, postupně přestávala vykonávat všechny běžné činnosti, o nic se nestarala, nesmála se, nepracovala na zahradě, nestarala se o zvířata a postupně o vše kolem ztratila zájem. Její rodina však brala tyto projevy chování jako důsledek onemocnění její dcery, se kterým se paní Marie těžce vyrovnávala. Paní Dana si však vybavuje okamžik, kdy si chtěla s maminkou Marií o nemoci její druhé dcery popovídat a ulevit jí tak v jejím smutku. Paní Marie však na situaci, že její dcera trpí rakovinou odpověděla pouze „*No a co, černých věcí mám dost*“. Toto bylo rodině velmi nápadné, jelikož paní Marie byla vždy citlivým, milujícím a empatickým člověkem.

Zhruba další dva měsíce trpěla velkými depresemi a její stav se nezlepšil. Postupně však docházelo ke změnám a stav nálad se začal urovnávat, nastalo však období zapomínání. Nejdříve bylo zapomínání nenápadné, paní Marie zapomínala například na to, o čem si předešlý den se svou dcerou povídala. Vše ale argumentovala slovy, že pouze nedávala pozor, protože byla zamyšlená. To rodině připadalo jako možný důvod zapomenutí, a tak tomu nevěnovali zvýšenou pozornost. Zapomínání se však zhoršovalo a bylo čím dál častější. Paní Marie často ztrácela věci, protože zapomněla, kde je dala, zapomínala události z nedávné minulosti a

ztrácela i pojem o množství. S úmyslem vaření pro pětičlennou rodinu, uvařila jídlo jen pro jednoho, které chtěla dát všem.

Na začátku **roku 2017** nastal největší zlom, kdy paní Dana vzala svou maminku ke kadeřníkovi. Jelikož paní Marie měla problémy s chůzí a nevydržela dlouho stát, nakázala ji, ať u kadeřníka počká, než jí od něj vyzvedne. Když se paní Dana pro svou maminku vrátila, už tam dávno nebyla. Paní Dana vyděšeně hledala maminku po okolí a trvalo zhruba dvě hodiny, než ji našla v jednom z nedalekých obchodů. Paní Marie neudělala žádný z logických kroků, který by za normálního stavu udělala (nevzala si taxi na cestu domů, nepočkala u kadeřníka, ani nešla čekat k autu své dcery). Tato situace byla impulsem, kdy paní Marii rodina vzala na vyšetření k neurologovi. Doktor jí provedl jen základní vyšetření a diagnostikoval jí zvětšenou štítnou žlázu, jež může mít za následek problémy s pamětí. Poslal jí na vyšetření CT, které proběhlo v pořádku. Paní Marie byla doktorem odkázána zpět na svého obvodního lékaře, který jí poslal na další vyšetření štítné žlázy a nastala léčba tohoto problému. Paní Marii byl k léčbě předepsán lék Tanakan, který musela brát pravidelně. Paní Dana neregistrovala žádné zlepšení jejího zdravotního stavu. Bohužel stav její maminky se nadále zhoršoval. K problémům s pamětí se navíc přidala i inkontinence. Paní Marie se však již nacházela v takovém stavu, kdy vůbec nezvládla pochopit využití inkontinenčních pomůcek. Paní Dana odvezla maminku na vyšetření na urologii, kde jí byly předepsány jen jiné inkontinenční pomůcky. Problém s pomočováním se částečně vyřešil inkontinenčními kalhotkami. Stav paní Marie byl však stále velmi špatný. Dalším velkým příznakem onemocnění byla neustálá potřeba jídla. Paní Marie za rok přibrala 15 kilogramů a stále měla potřebu jíst. Po jídle velmi brzy zapomněla, že vůbec jedla a ztratil se jí i pocit sytosti. Rodina jí musela začít hlídat, jídlo před paní Marií schovávali a na ledničku dali bezpečnostní pojistky pro děti.

V roce 2018 byla péče o paní Marii čím dál složitější a časově náročnější. Paní Marie si začala obtížněji vybavovat jména svých blízkých a ztrácela pojem o tom, kdo daný člověk je. Svou dceru, paní Danu, začala označovat za svou maminku. Paní Marie začala své dceři nadávat, pokud se jí něco nelíbilo. Aby jí nenutila pít, vylívala tekutiny z okna nebo do květin. Předměty, které se jí v domácnosti nelíbily, vyhazovala z oken. Ztratila schopnost společenského chování, pokřikovala a mávala cizím lidem, nevadilo jí se svléknout a chodit v domě nebo i před návštěvou nahá. Z důvodu zatížení péčí o babičku a vykonávání své profese paní Dana zažádala o poskytnutí lůžka v domově důchodců a vyžádala si zvláštní péči, protože tušila, že její maminka trpí stejnou nemocí jako její babička. Z domova důchodců se jí však zpětně ozvali s nutností posudku od psychiatra, pokud si opravdu zvláštní péči žádají. Paní

Marie šla tedy poprvé na vyšetření k psychologovi, který ji na základě vstupních testů okamžitě poslal na vyšetření k psychiatrovi. Ten paní Marii pomocí testu MMSE diagnostikoval onemocnění demence ve střední fázi a předepsal jí medikamentózní léčbu – lék Azil. Poučil paní Danu, že v případě výskytu komplikací se musí lék okamžitě vysadit a kontaktovat psychiatra, který nasadí léčbu jinou. Po dvou týdnech užívání léku nastaly první komplikace. Paní Marie si začala stěžovat na silné bolesti hlavy. Po konzultaci s psychiatrem byly okamžitě léky vysazeny a předepsány jiné (Nimvastid). Po pár dnech rodina zjistila, že bolest hlavy však byla zapříčiněna vznikem pásového oparu.

V roce 2019 probíhala léčba pásového oparu paní Marie na infekčním oddělení. Pobyt v nemocnici probíhal bez komplikací a paní Marie dokonce zvládla zhubnout. Později však rodina zjistila, že úbytek váhy nastal z důvodu toho, že jídlo bylo postaveno vedle paní Marie, které ale nikdo neřekl, že ho má sníst. Po odchodu z nemocnice se paní Marie okamžitě dožadovala jídla. Průběh hospitalizace probíhal v pořádku, paní Marie komunikovala s ostatními, a tak v lékařské zprávě byla označena za osobu orientovanou a spolupracující. Tato informace znepríjemnila paní Daně požadavek na příspěvek o péči. Kdy podle nemocniční zprávy jej vyhodnotili na druhý stupeň, i když se zpráva neshodovala s pozorováním pracovnice, která navštívila domácnost paní Marie.

Stav paní Marie začaly komplikovat silné opruzeniny, které se vyskytovaly po celém těle nemocné. Žádná léčba nezabírala a až po vyšetření u kožního lékaře jí byla zjištěna stařecká cukrovka, která tyto nepříjemné opruzeniny způsobovala. Se stabilizací cukrovky se zlepšily kožní problémy paní Marie, ale také její celkový stav. Nálada paní Marie a její stav je hodně ovlivněn počasím. Obvykle je během teplých měsíců zdravotní stav lepší, a naopak se zhoršuje s přicházející zimou a zkracováním dnů. Paní Marie si někdy dokonce uvědomí, že má přijít návštěva a sama začne uklízet věci okolo a chce se převléknout a upravit. Spousta věcí jí však způsobuje potíže. Nerozezná například rozdíl mezi domácí a venkovní obuví. Obvykle doma chodí bez obuvi, ale když chce jít na WC oblékne si venkovní boty.

26.7.2019 byla paní Marie na kontrolní léčbě u psychiatra, kde se nezměnilo dávkování léku Nimvastid 4,5, což je jedno z největších možných dávkování. Nemoc se z důvodu vhodné medikace pozastavila a stav se stabilizoval.

V lékařské zprávě z vyšetření hovoří o výsledcích testů **MMSE s celkovým počtem 15 bodů**, lékař popisuje paměť jako narušenou ve všech oblastech. Orientace jen velmi částečná,

krátkodobé zapamatování, krátkodobá výbavnost, čtený příkaz neprovede, větu napíše, obrazec nakreslí. Neslyší žádné hlasy, netrpí halucinacemi ani myšlenkami si ublížit. Doktora nepozná, paní Marie neví, s kým mluví, označuje ho za prezidenta nebo ředitele, často během vyšetření začne zpívat. Svoji dceru označuje za svou maminku. Nedělá jí problém poznat po tváři blízké členy rodiny, neví však, kdo jsou. Ví však, kdo je ona, kde žije a pamatuje si jen velmi vzdálenou minulost.

5.3 AKTIVIZACE PANÍ MARIE

Aktivizační programy jsou účinným prostředkem ke zvyšování kvality života nemocných. Slouží jako druh sekundární prevence, kdy aktivizace zpomaluje následky onemocnění.

K aktivizaci uskutečňující se v rámci této bakalářské práce byla použita brožura „*Aktivizace seniorů-tělesné a duševní aktivizační programy*“.

5.3.1 DRUHY ZVOLENÝCH AKTIVIZAČNÍCH TECHNIK

Aktivizace a výběr metod byla uzpůsobena domácímu prostředí a zdravotnímu stavu paní Marie. Do každé aktivizované oblasti byly zahrnuty činnosti, které jí pomohou trénovat, procvičovat a soustředit se na určitou zasaženou funkci. K aktivizaci paní Marie bylo vybráno sedm nejdůležitějších oblastí.

Kognitivní trénink/ rehabilitace

Pojem kognitivní trénink se rozumí takový trénink, který rozvíjí, procvičuje a aktivuje mozkové funkce. U formy středně těžké demence se již mluví v souvislosti s kognitivní rehabilitací, jelikož zlepšení funkcí v takové případě není moc pravděpodobné. Kognitivní rehabilitace je vedena v pomalejším tempu a je šetrnější. Důraz je zde především kladen na procvičení a podporu zachovaných funkcí, motivaci a zvýšení pocitu sebedůvěry.

Do kognitivního tréninku paní Marie byly zařazeny činnosti, u nichž se každá zaměřuje na jinou oblast nutnou k procvičení.

- Popis obrázku podle předlohy – pro tuto činnost byla využita hra pro děti předškolního věku „Maminko říkej a předváděj“. Tato činnost byla zaměřena na vyjadřovací schopnosti a použití fantazie

- Pracovní listy pro děti od 3 do 5let – do této aktivity byly zařazeny pracovní listy různých obtížností. Během těchto aktivit byla procvičována rychlost myšlení a porozumění informacím, spolu se schopností koncentrace pozornosti.

Senzorická stimulace

Cílem bylo stimulovat jeden nebo více smyslů, které pomáhají v lepším zapamatování si nových informací. V oblasti senzorické stimulace chybí činnosti zaměřené na zrak, který paní Marie procvičuje z vlastní vůle sama, jelikož ráda čte.

- Sluch - pro stimulaci sluchového vnímání bylo použito sluchové pexeso, kdy paní Marie pomocí sluchového rozeznávání musela přiřadit dvě stejné kostičky k sobě
- Hmat – hmat byl procvičován hmatovým pexesem, které funguje na stejném principu jako zvukové pexeso. Rozdíl mezi kostičkami byl však určován pomocí hmatu. Další činností v rámci hmatové stimulace byla práce s modelínou a grafomotorickou deskou.

Pohybové aktivity

Stáří je často spojeno s omezením pohybu a strachu z pádu. Proto byla během nácviku této oblasti obzvlášť důležitá bezpečnost a tolerance zdravotního stavu nemocné. Z důvodu zdravotních problémů paní Marie byly do pohybových aktivit zařazeny i uvolňující a masážní cviky.

- Cvičení chodidel – za využití masážního míčku a válečků s výstupky si paní Marie masírovala chodidla.
- Dechová cvičení – tato cvičení napomáhají zvyšovat vitální kapacitu plic a působí uklidňujícím a relaxačním dojmem.
- Chůze – na nácvik chůze byla zvolena krátká trasa (300 metrů), od domu paní Marie k domu její druhé dcery.
- Tanec na hudbu doprovázený lehkými pohyby – tato aktivita zde byla zahrnuta z důvodu oblíbené činnosti paní Marie, která vždy ráda tancovala, proto bylo cílem této aktivity zlepšení nálady, zaujetím a snaha vykonat alespoň malý pohyb.

Kreativní techniky

Kreativní techniky byly do aktivizačních metod zahrnuty z důvodu snahy o zlepšení psychického stavu, nálady a emocí paní Marie.

- Výtvarné techniky v podobě malování temperovými barvami na větší formát A3 - během tohoto tvoření dochází k uvolnění zápěstí a vybraná technika není složitá na provedení.
- Stříhání – pro stříhání byly zvoleny lehčí tvary (vodorovná čára, kruh, čtverec, popřípadě hvězda), důležitá byla schopnost soustředění, koncentrace a také procvičování jemné motoriky.

Muzikoterapie

Cílem muzikoterapie bylo navodit paní Marii radost a uvolnění a být v kontaktu s ostatními.

- Relaxační hudba – tyto uklidňující melodie byly zvoleny z důvodu navození klidu a relaxace.
- Práce s rytmem – tato aktivita byla doprovázena ťukáním na dřívka, triangl a bubínky a zpěvem paní Marie.

Reminiscenční terapie

Během reminiscenční terapie dochází k vybavování zážitků z minulosti ať už více či méně vzdálené. Tato terapie stimuluje paměť a k lepšímu vybavování vzpomínek byla pro každý okruh vybrána vhodná fotodokumentace či předměty z daného období. Nápomocná během celé aktivizace byla také reminiscenční nástěnka.

- Já jako dítě – toto období zahrnovalo dětství paní Marie, kdy odpovídala na otázky ohledně její rodiny, sourozenců, ale také zájmů a koníčků.
- Mé mládí – v tomto reminiscenčním okruhu byla zahrnuta snaha posunout se ve vzpomínkách dále a vybavit si prožití vlastních školních let, manželství a vzpomínek na vlastní děti.
- Životní křižovatky – cílem bylo vybavení klíčových momentů ze života nemocné.

Nácvik běžných denních činností

Tyto činnosti označované jako ADL (aktivity of daily life) pomáhali k udržení stávajících schopností a dovedností. Paní Marie byla zapojována do jakýchkoli činností v průběhu celého dne, ale také do cílených činností.

- Terapeutické vaření – během terapeutického vaření dochází k procvičování kognitivních funkcí, ale také nácviku jemné i hrubé motoriky. Především měla tato aktivita navodit pocit užitečnosti, seberealizace a radosti z odvedené práce.

5.4 INTERPRETACE A ANALÝZA DAT

Následující část práce se zabývá interpretací dat z terénních zápisků. Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda otevřeného kódování, kdy během pročitání a analýzy sesbíraných informací a výsledků aktivizačních metod byly k jednotlivým jednotkám vytvořeny příslušné kódy. Tyto kódy pak byly, podle tematické souvislosti, zařazeny do několika kategorií, jež souvisely s naplněním hlavních cílů této bakalářské práce. Na data bylo nahlíženo objektivně a nedocházelo k jejich manipulaci.

Dalším kritériem pro hodnocení vlivu aktivizačních metod na paní Marii bylo porovnání výsledků testů MMSE z kontrolního vyšetření u psychiatra.

Kategorie kódů:

Samostatnost, pozornost, délka prováděné činnosti, ochota spolupracovat, správnost výsledku, nálada po dokončení činnosti.

5.4.1 VÝSLEDKY TESTŮ MMSE

Během šesti měsíční aktivizace paní Marie, byly jejím lékařem třikrát provedeny testy MMSE, které hodnotily její kognitivní funkce.

První test byl proveden **26.7.2019**, pár dní před zahájením aktivizace. Stav paní Marie byl v té době stabilizován a výsledek testů byl **15 bodů** ze třiceti možných, který paní Marii zařadil do kolonky středně těžké demence.

Po spuštění aktivizace docházelo k pravidelnému tréninku obsažených oblastí a stav paní Marie byl neměnný. Během druhého kontrolního vyšetření dne **29.10.2019** bylo paní Marii naměřeno **16 bodů** z třiceti, do kterého se řadí středně těžká demence.

Poslední měření bylo uskutečněno v předposlední den aktivizace paní Marie. Tomuto měření předcházelo onemocnění na začátku prosince, které negativně ovlivnilo náladu

i schopnosti paní Marie. Během aktivizace lze v tomto období sledovat neochota spolupráce, špatné udržení pozornosti, zhoršení výsledku činnosti, neschopnost motivace nemocné a celkové zhoršení jejího emočního stavu. Postupně však docházelo ke zlepšení stavu paní Marie, jež se odrazilo ve výsledcích činností během aktivizace. Na kontrolním vyšetření bylo lékařem naměřeno **20 bodů** ze třiceti, což je doposud nejvyšším naměřeným výsledkem. Psychiatr se však vyjádřil, že se může jednat pouze o dočasný stav ovlivněný zlepšením počasí a tzv. sociální zlepšením, kdy paní Marie byla po delší době v jiném prostředí mimo svůj domov, což jí donutilo k větší koncentraci a soustředěnosti, které dočasně zlepšilo kognitivní funkce nemocné, na základě, kterých zvládla uspět v testu MMSE na úroveň lehké demence.

5.4.2 VÝSLEDKY AKTIVIZACE PANÍ MARIE

Kognitivní funkce/rehabilitace

Pravidelným procvičováním kognitivních funkcí bylo cíleno na zapojování schopnosti myslet a udržovat pozornost. Nejdříve byla spuštěna popisem obrázků a snahou, aby paní Marie věty co nejvíce rozvinula a snažila se vymyslet co nejvíce aktivit souvisejících s obrázkem. Nakreslené věci téměř vždy poznala a dokázala rozvést. U rukou vyjmenovala, že se s nimi dá mávat, tleskat, ale na první místo zvolila pracovat. Jež může odkazovat k jejímu dříve vedenému způsobu života. Tyto činnosti jí celkem bavily, jelikož jsme se všichni snažili chválit za každý úspěch a motivovat. Větší problém nastal s plněním pracovních listů. Tam už musela být motivace větší „*Většinou jsem musela jako motivaci zvolit jídlo, například kus koláče, aby se babička alespoň pokusila o vyplnění úkolu.*“ (TZ.20.8.2019). Z pracovních listů byl nejlépe vyhodnocen úkol, jehož cílem bylo zakroužkovat, čeho je na papíře nakresleno více. Tento test měla vždy správně vyplněn, také se jí úspěšně dařilo zvládat překreslování teček podle dílku puzzle, u tohoto úkolu se vyskytla jen nutnost vysvětlení, jak postupovat a poté zvládla vyplnit celý pracovní list. Test bludiště nezvládla vyplnit vůbec, ani po názorné ukázce. Nepochopila kudy by trasa mohla vést a tento úkol nedělala. Pouze 19.1.2020 se poprvé pokusila o vyřešení úkolu, ale míjela označené trasy. Paní Marie měla největší problém s logickým úkolem, kdy měla vyškrtnout, co do řady nepatří. „*Úkol vůbec nepochopila, jen se na něj koukala. Musela jsem jí vždy například říci, tohle je nábytek, toto je taky nábytek, tohle je ovoce a tohle zase nábytek. Co tam nepatří? Potom už vybrala ovoce. Vůbec ze začátku nevěděla, jak vyškrtnout předmět. Když jsem jí ukázala, jak na to, tak už to zvládla sama. S pojmenováním předmětů jsem jí ale pořád musela pomáhat*“ (TZ. 3.8.2019). Tento pracovní list vyplnila celý jen 22.1.2020.

Největší pokles nastal během poloviny listopadu a měsíce prosince „*Babička úkoly plní, ale neustále musím vyžadovat její pozornost, což se jí nelíbí. Říká, že jí otravuju a ať už jdu. Úkol se zakroužkováním, čeho je více nebo méně, který měla vždycky správně, kazí a zakroužkovává obě varianty. Je nepozorná*“ (TZ.13.11.2019). Naopak k nejlepšímu plnění došlo v začátcích aktivizace a během měsíce ledna, kdy paní Marie přistupovala k úkolům zodpovědněji a šla vidět snaha o silnější uvažování a známky radosti ze svého výsledku, který chtěla pověsit na lednici, ať jej všichni vidí.

Během nácviku kognitivní funkcí paní Marie vykazovala nejlepší výsledky v měsících srpnu, září, října a v posledních dvou týdnech měsíce ledna. Správnost výsledku byla v tomto období téměř neměnná. Zlom nastal v listopadu a prosinci, kdy projevovala velkou neochotu spolupracovat, neudržela pozornost a následkem toho zhoršila výsledky činnosti. Největší problém tvořily logické úkoly, jak ve správnosti výsledku, tak i v ochotě spolupracovat. U úkolů, které paní Marii šly, nebyla nutnost použití velké motivace.

Senzorická stimulace

Sluchové pexeso bylo u paní Marie celkem populární zábavou. Delší dobu jí však trvalo vysvětlit, že se nesmí koukat na barevné označení, ale poznávat dvojice podle sluchu. Paní Marie má dobrý sluch a hra jí částečně zaujala. Hra sice nikdy nebyla hrána déle než 8 minut, což byla její nejdelší naměřená doba práce 12.9.2019. Nejkratší časy se objevovaly kolem měsíce listopadu. V prosinci hru odmítla hrát úplně. Zajímavé bylo, že první vysvětlení, jak pexeso používat, bylo nejdelší. Poté již stačila jen menší chvíle a ukázka a paní Marie již byla schopná hry. I když byla hra vytažena kdykoli během dne, byla ochotná si ji zahrát, přesto jsme během ani po ukončení činnosti nezaregistrovali změnu její nálady.

Hmatové pexeso bylo pro paní Marii spíše zajímavé než zábavné. Nesnažila se hmatem poznávat povrchy, a tak alespoň zkoušela přejíždět prsty a vnímat rozdílnost dvou odlišných povrchů. Paní Marie u činnosti však setrvala pouze chvíli a neviděla v tom žádný smysl. Často jí komentovala slovy: „*Dej to pryč a raději běž už něco dělat*“.

Práce s modelínou dopadla neúspěšně. Tuto aktivitu paní Marie označila jako „*hraní pro děti*“ a nechtěla se zapojovat. První pokus (TZ.12.8.2019) „*Babička vytvořila váleček a chvíli se snažila a vypadalo jí, že jí aktivita baví. Do plastelíny po chvílce začala zatlačovat prsty a vypadalo hodně nudně. Poté chtěla ať pokračuji už úplně sama.*“

Práce s grafomotorickou deskou se dočkala úspěchu a paní Marie na ní vždy ráda pracovala a snažila se. Její úchop nebyl pevný, ale volné posunování zarážek jí šlo. Problém nastal s logickým řazením barev do určených dvorečků, to již paní Marie nezvládla. S deskou si však hrála vždy a nepotřebovala téměř žádnou motivaci. Ani postupem času se nepodařilo naučit třídit zarážky dle barev.

Nejlepším vyhodnoceným obdobím byly počáteční měsíce aktivizace, kdy se paní Marie zapojovala alespoň do činností, které jí nenudily. Nenastal posun v pochopení práce s grafomotorickou deskou, a ani s pochopením principu fungování hmatového pexesa.

Pohybové aktivity

V rámci pohybových aktivit došlo k největšímu posunu. Ve snaze paní Marii v tomto směru co nejvíce aktivizovat a z důvodu zvyšující se váhy nemocné, byla v této oblasti zapojena velká snaha o co největší motivaci a zapojení každé chvíle k výkonu pohybu.

S chůzí byl začátek opatrnější za pomoci hole. Paní Marie od začátku aktivizace do poloviny října došla pouze na konec vlastní zahrady, ale nešla dále za vrátka. TZ. 6.11.2019 *„Babičku jsem motivovala pravnukem Oliverem, aby s ním šla posbírat listí do školky. To bylo poprvé, kdy babička došla až za svůj dům. Oliver jí natolik zabavoval, že nevnímala délku trasy a po odpočinku zvládla dojít sama i zpátky domů.“* Pokles činnosti nastal opět během měsíce prosince a také ledna. Paní Marie odmítala odejít ze svého domu a bylo jí těžké přemluvit k jakékoli činnosti. V lednu se obávala upadnutí a vymlouvala se na počasí. Ke konci měsíce šla několikrát před dům. Na konci měsíce došla zhruba do třetiny cesty k domu své druhé dcery. *„Dneska babička došla do třetiny cesty, chůze byla spíše šouravá a často se otáčela zpátky k domu a několikrát se ptala, kam jdeme a proč. Už od rána měla lepší náladu, tak jsme využili té možnosti a vyšli ven.“* (TZ 25.1.2020).

Dechová cvičení se u paní Marie neseťkaly s úspěchem. V prosinci je odmítla dělat úplně a nebyla schopna ani chvíli spolupracovat. Cvičení se pokusila vykonat jen během prvního měsíce aktivizace: *„Babička se párkrát zkusila nadechnout, ale nezvládla koordinovat dech, nadechovat se nosem a vydechovat pusou. Vypadala, že vůbec neví, co po ní chci.“* (TZ. 12.8.2019)

Masáže chodidel byly u paní Marie velmi vítané. Tuto, skoro jako jedinou činnost, byla ochotna vykonávat i během nejhoršího období, prosince. Váleček na nohy si někdy vzala i

sama, byl umístěn tak, aby jej vždy viděla, ale nepřekážel jí v pohybu. Masáž chodidel si vždy užívala a tato metoda byla zvolena spíše jako rehabilitace se zaměřením na uvolnění a navození klidu a dobré nálady.

Pravidelný pohyb a snaha o zvýšenou aktivitu paní Marie se vyplatila a byla schopna prodloužit svoji obvyklou procházkovou trasu. Útlum nastal opět v prosinci, kdy její nálada byla špatná a potýkala se s úzkostí. Nejlépe hodnocený měsíc z ohledu motivace, délky trasy a pobytu venku, byl říjen. V lednu došlo k mírnému zlepšení, musel být však vytyčen důvod a cíl cesty, který nepovažovala za nemožný a nechtěný.

Kreativní techniky

Tato zkoumaná oblast byla nejpříjemnějším překvapením ve změnách působení aktivizace. Malování na velikost formátu A3 jí velmi bavilo. Paní Marii byl poskytnut širší štětec a dostatek barvy a pomocí delších tahů zvládla vymalovat celý obrázek. Většinou kreslila les nebo louku. Hůře se jí kreslily konkrétnější věci jako osoba nebo auto. Když jí byla nabídnuta pomoc nakreslit chovná zvířata, tak se usmívala. V této technice vykazovala velkou samostatnost a prokazovala svou fantazii. Nevyžadovala téměř žádnou motivaci k práci, jen na začátku, abychom jí na činnost navnadily. *„Babičce práce velmi šla, dokonce se snažila namalovat i detaily, jako je slunce a ptáček, k práci zvolila světlejší barvy a preferovala táhlé pohyby štětcem“* (TZ. 6.9.2019). Během prosince jsme se snažili znázornit téma Vánoc a překvapivě se o aktivitu i v tomto období pokusila *„Babičku jsem přemluvila k malování, ale musela jsem začít malovat sama. Říkala, že neví, co má dělat a jak. Nakonec namalovala několik baněk na stromeček. Z činnosti ale neměla radost, dělala jí jenom kvůli mně a přemlouvání“*.

Stříhání šlo paní Marii lépe, než jsme očekávali. Pozorovali jsme ale, že začátek stříhání postrádá logiku a paní Marie si většinou volí těžší variantu. *„Snažili jsme se vystříhnout kruh, tak aby babička zabodla nůžky doprostřed a až potom jela k hranicím kruhu. Nenapadlo ji začít od kraje.“* (TZ. 14.8.2019). Tento způsob stříhání kruhu však nevolila pokaždé, ale v převážné většině ano. Výjimku tvořilo až období na konci měsíce října, 18.10. a také 25.10. *„Poprvé jsme zvládli vystříhnout kruh od kraje papíru. Vystříhla sice polovinu a pak začínala na druhém kraji, ale je to změna.“* (TZ.25.10.2019)

Kreativní techniky nejlépe působily na náladu paní Marie. Bylo možné pozorovat, že jí činnost baví a je na sebe pyšná. Několik maleb jsme jí vystavily, sama sice zapomněla, že je malovala, ale v době vyvěšení měla radost. Malování je jedna z mála činností, kterou vykonala

v měsíci prosinci. Velice se během práce soustředila a zapojovala fantazii. V práci odrážela své oblíbené činnosti a prostředí ze svého života.

Muzikoterapie

Poslech relaxační hudby u paní Marie nevzbudil zájem ani v jednom z případů. Na argument, že je to k uvolnění reagovala takto „*Na uvolnění? A to proč bych se měla uvolnit. Já se potřebuju uvolnit, co to je? Proč to hraje. To není písnička.*“ (TZ.2.9.2019).

Naopak práce s rytmem paní Marii moc šla. Během svého života moc ráda hudbu poslouchala a v kostele vždy zpívala. Zpívá moc ráda a tato obliba v hudbě jí přetrvala. Během aktivizace jí veselá hudba vždy spravila náladu a zpívala si s ní. Paní Marie si pamatuje obrovské množství písniček, které mají i několik slok. „*Dneska mě nutila at' tancuju, když bude zpívat, jinak je to zbytečné to zpívání.*“ (TZ. 28.8.2019). Často se stávalo, že se v polovině písničky zastavila a navázala na text písničky s dotazy. Když zpívala písničku o svatbě, tak se zastavila a ptala se, kde ona si má ženicha najít. Když jí bylo řečeno, že venku, tak nechápala, proč by měla chodit ven ho hledat, že on musí přijít tady.

Rytmus paní Marie hrála vždy správně na triangl, ale ten jí moc rušil, a na dřívka. Poslouchat písničky přestala během svého úzkostlivého období v prosinci, kdy jí v domě rušily i koledy. První písničku po tomto období jsme pustili 9.1.2020 „*Babička hudbu poslouchala a šlo vidět, že si kývala hlavou. Po druhé písničce si stěžovala na bolest hlavy a chtěla ji vypnout*“ (TZ. 9.1.2020).

Reminiscenční terapie

V rámci co nejdelšího udržení paměti, jsme se snažili s paní Marií vzpomínat často. Krátkodobá paměť je zcela porušena a nepamatuje si nic, co se stalo. V dlouhodobé paměti má zachovalé pouze vzpomínky ze svého dětství.

Já jako dítě – toho období bylo u paní Marie nejvíce zachované. Nevzpomněla si na žádné situace z dětství, ale opakovaně vyjmenovala jména všech svých sourozenců včetně maminky i tatínka. Vždycky jí trvalo delší dobu si vzpomenout, ale bylo vidět, že uvažovala. Někdy se doptávala, jestli odpověděla správně. Paní Marie neví, že jsou její sourozenci mrtví. Když jsem jí to řekli, tak se rozesmutnila a chtělo se jí plakat. Téma jsme zamluvili něčím jiným a za malou chvíli zapomněla. Často si na rodinu a jejich dům během reminiscence vzpomněla a chtěla vzít, podle jejich slov „domů.“ Nevěděla, že doma je tady, kde bydlí teď. Vzpomínání šlo paní Marii

i během prosince, kdy spíše než špatné vybavování z paměti, byla neochota odpovídat a snažit se informace vybavit. Pokud jsme však otázku položili jako fakt, který teď nutně potřebujeme vědět. Odpověděla nám správně.

Mé mládí – toto období si paní Marie nepamatovala. Nevěděla, kam chodila do školy a vybavila si jen jednu svou kamarádku jménem Tylka. O ní povídala jako o hodné dívce a usmívala se. Ptala se, kde bydlí a jestli za ní zajdeme na návštěvu.

Životní křižovatky – paní Marii jsme zde ukázali její svatební fotku „*A to je kdo?*“ ptá se. Nepoznala na fotce sebe ani manžela. Když jsme se jí na manželství ptali, nepamatovala si ho. 19.10.2019 však nastává světlý okamžik, kdy paní Marie vzpomínala a popisovala pouze pocity. Zkoušela uhodnout manželovo jméno, ale neví. Popisuje jen „*Já ho měla ráda, on mě ne.*“, a je smutná. Paní Dana v terénních zápiscích říká „*Maminka si vzpomněla jen, že nikdy nebyla moc šťastná a u vyprávění je smutná a chce se jí plakat. Neví, proč jí neměl rád. Na to, že měli děti si nepamatuje vůbec.*“ (TZ.19.10.2019).

Paměť paní Marie a její vybavování vzpomínek bylo velmi střídavé. Na své dětství si vzpomněla vždy, také v prosinci v období největšího úpadku. Její mládí a manželství a vzpomínky z tohoto období byly pouze světlými chvilkami. Za šest měsíců se stalo jen jednou, že nazvala svou dceru, paní Danu, svou dcerou. Jindy si vždy myslela, že je to její maminka. Stalo se tak na kontrolním vyšetření u psychiatra ze dne 30.1.2020. Ten den poznala i pana doktora a označila ho za něj. Soustředění během vybavování vzpomínek je velmi silné a ochotně s námi spolupracuje. Snaha klesá v období prosince, ale vzpomínky zůstávají stejné.

Nácvik běžných denních činností

Snaha o zapojení paní Marie do všech činností probíhala neustále. Nejvíce však poslouchala paní Danu, která na ni byla trochu přísnější. (TZ.12.9.2020) „*Ty a já bych si dala čajík. Tak si zajdi mamko, vezmi si berličku a zajdi. A myslíš, že to dokážu? Neboj se, to zvládneš. Tak jo, tak já to zkusím.*“ Paní Marie vždy využila možnost cizí pomoci, ale zvládala přitom hodně věcí samostatně. Zapojovala se také v kuchyni a zvládla krájet a míchat a připravit jednoduché jídlo. U delšího vaření to paní Marie nevydržela a vždy odešla buď spát, nebo si číst.

Na konci listopadu a prosince dochází k silnému úpadku a je téměř nemožné paní Marii vyzvat a zapojit do jakékoli činnosti: „*Babička téměř nespupracuje. Nechce se ani jít umýt,*

po delším přemlouváním a zpřísnění tónu se podvolí a jde. Musím jí dopomoci i s oblékáním, které většinou zvládá sama.“ (TZ. 2.12.2019)

V lednu dochází k výraznému zlepšení, kdy přijela na návštěvu teta Vladka. Ta vzbuzuje u babičky vždy radost a pokaždé, když se o ní mluví, babička se usmívá. „*Celý den jsme babičce říkali, že přijede Vladka na návštěvu. Tak sama i odnesla věci ze stolu a šla se převléknout. Několikrát jsme jí to museli připomínat, ale snaží se.“ (TZ.19.1.2020).*

Samostatnost paní Marie se po celou dobu aktivizace odvíjela stejně a žádné schopnosti neupadaly. V souvislosti s pohybovou aktivitou byla začleněna větší snaha paní Marii co nejvíce udržovat a zaměstnávat, což vedlo ke zlepšení oblékání a sebeobslužných aktivit v oblasti hygieny. Největší zlom nastal v prosinci, kdy nevykonávala téměř nic, pouze základní činnosti a často musela být využita motivace jídlem. V lednu se stav stabilizoval. Samostatnost v těchto činnostech se odvíjel od pečující osoby. Paní Marie ráda využila ochoty ostatních během činností, které by uměla zvládnout sama.

5.4.3 INTERPRETACE DAT

Tato část práce se bude zabývat interpretací dat získaných v období aktivizace a zodpovězením prvních dvou výzkumných otázek které se aktivizačními metodami zabývaly.

1. Jaký dopad a vliv měla zvolená aktivizace na dovednosti, schopnosti a emoce babičky?

Za největší úspěch aktivizace paní Marie je považováno zlepšení pohybových aktivit. Paní Marie se v návaznosti na ně také více osamostatnila ve svém oblékání, kdy si byla schopná sama obléct ponožky, u kterých často potřebovala pomoc a v činnostech denní hygieny. Paní Marie začala častěji chodit ven a tato aktivita pro ni již nebyla pouze povinností, ale také radostí. Pravidelné procházky, byť jen kolem domu a na zahrádku, zlepšily její pohybové schopnosti a po dlouhé době byla schopna a ochotna dojet na návštěvu i ke své druhé dceři. Cestu nezvládla celou, ale došla téměř do poloviny, což je vzhledem k okolnostem považováno za velký úspěch.

Ostatní činnosti paní Marie zvládla udržovat ve stavu před aktivizací a nedocházelo k jejich úpadku. Po období onemocnění paní Marie, kdy došlo k úpadku všech její funkcí a schopností včetně nálady, často nastává období celkového zhoršení jejího stavu, které je trvalé. V tomto případě došlo však na začátku měsíce ledna k uzdravení z předešlé nemoci

nachlazení a k celkovému zlepšení jejího stavu, které si zachovala i do současné doby. Paní Marie postupně navázala na aktivizační metody a na konci měsíce ledna byla schopna pokračovat v zachování původních výsledků.

Mezi pozitivní fakt aktivizace byla považována skutečnost, že si paní Marie vypěstovala oblibu v malování temperovými barvami. S rozvojem demence dělalo rodině čím dál větší problém jí zabavit něčím novým a získat pro ni vhodnou aktivitu na trávení volného času. Během malování se paní Marie vždy uvolnila a jako u jedné z mála činností měla radost i ze svého výsledku a uměla jej ocenit vlastními slovy chvály. Paní Marie nemá tendenci chválit sebe a ani se z činností radovat. Tato jediná aktivita spolu s poslechem hudby a zpěvem písní tyto pozitivní emoce u paní Marie vyvolaly.

Z výsledků lze pozorovat, že stále existuje spojitost mezi současným a starým já paní Marie. V období smutku si vybírá pouze činnosti jí blízké. Náladu jí nejvíce zlepšuje hudba, kterou měla vždy ráda, ostatní aktivity jako společenské hry a pexesa považuje za dětinské a nemá k nim ani z minulosti vytvořen žádný vztah. V pexesu se také více přiklání k sluchovému než ke hmatovému. Radost a zpříjemnění nálady jí také přinášel výsledek činnosti, ať už u aktivit sebeobslužných, které zvládla bez pomoci či u malování. Negativně jí ovlivňovaly věci pro ni nudné a zbytečné, se kterými nikdy ve svém životě nebyla v kontaktu.

Velmi potěšující je fakt, že vhodná skladba aktivit dokázala paní Marii udělat radost a navodit pocit sebeuznání. Možnost vyhledání způsobu trávení volného času, který jí bude uspokojovat zároveň spojeným s formou procvičování určité funkce, je pokrokem a přívětivým výsledkem aktivizace.

5.5 ROZHOVOR S RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM

Tento rozhovor byl uskutečněn s paní Danou, dcerou nemocné, která se o nemocnou nejvíce stará. Dana žije spolu se svým manželem v domě své maminky, kde obývají druhé podlaží dvoupatrového domu. Dana se živí jako účetní a pracuje z domu. Rozhovor s paní Danou je polostandardizovaný. Některé otázky byly předem připraveny, jiné vyplynuly ze směru rozhovoru nebo v návaznosti na předešlé odpovědi.

1. Uvítala jste pozitivně aktivizační metody babičky?

„Ano, zkoušela jsem od začátku nemoci vymýšlet aktivity pro babičku. Nejhorší bylo vyšívání, to jí vůbec nešlo a neměla to ráda. Ráda jsem pomohla a zajímaly mě nové metody a aktivity co bychom mohli vyzkoušet u babičky.“

2. Bylo těžké dodržovat pravidelný denní režim aktivizace?

„Nevadilo mi to a našla jsem si na to čas. Spíše jsem se musela přizpůsobovat jejím náladám a někdy aktivity hodně střídat, aby se zvládla zapojit.“

3. Budete v aktivizaci babičky pokračovat i nadále?

„Určitě ano, určitě nebudu tak striktní, ale budu se věnovat činnostem, které babičku bavily a pomáhaly jí.“

4. Upravila byste některé aktivizační metody?

„Asi bych vyřadila věci, které mi připadaly trochu zbytečné, jako třeba to pexeso nebo napodobování rytmu a více bych zařadila kreslení a vaření. To jí bavilo nejvíce.“

5. Jaká byla vaše reakce na první projevy nemoci?

„Na začátku jsme vůbec nevěděli o co jde a připadaly nám některé situace i humorné. Když se to začalo zhoršovat, jen jsem si s manželem řekli, že už je to tady, protože jsme věděli, že je to v rodině. Báli jsme se a moc nás to mrzelo.“

6. Jaká byla vaše reakce při potvrzení diagnózy?

„Když jsme šli k psychiatrovi, už jsme to věděli. Babička sama kdysi říkala, že to taky jednou bude mít. Byli jsme s tím v té době již více méně vyrovnaní.“

7. Jak vypadá váš den s maminkou?

„Ráno vždycky uklidím vše, co babička způsobila v noci. Většinou vytírám podlahu a umývám toaletu. Po snídani jde babička spát, tak můžu chvíli pracovat. Potom vařím oběd a chodím ji stále kontrolovat co dělá, většinou si čte. Po obědě si s ní dám kávu nebo čaj a snažím s ní dělat aktivitu, povídat si a společně vzpomínat. Vedu jí k samostatnosti a chci, aby některé věci vykonávala bez pomoci. Nachystám pro ni večeri a pak jde babička spát. Pokud je hodně neklidná, musím jí dát Tiapru na

uklidnění. V noci někdy vstává, většinou zvládne spát celou noc. Dneska jsem jí například v noci musela ohřívat mléko.“

8. Byla vaše představa péče o maminku shodná s reálnou péčí o ni?

„Určitě ne. Myslela jsem si, že péči budu zvládat lépe a že nebude tak psychicky náročná. Tohle jsem si nikdy nemohla představit, jak náročné to ve skutečnosti bude. Ztratila jsem o sobě veškeré iluze.“

9. Zvládáte být v péči o maminku vždy klidná a trpělivá?

„Ne, ne, ne, rozhodně ne. Odvíjí se to hodně podle toho, jestli si jí na chvíli vezme i moje sestra nebo bratr. Když jí mám celý týden jen já, tak už to nedávám. Nemám pečovatelské sklony, a i když vím, že za to babička nemůže, tak moje hlava to stejně nemůže přijmout a jsem hodně podrážděná.“

10. Bylo něco, co vás na nemoci opravdu překvapilo?

„Neměla jsem asi žádné představy o tom, jaké to bude. Jak nemoc postupovala, tak jsem jí brala takovou, jaká je. Nečekala jsem a nepředstavovala si co bude.“

11. Jak hodně ovlivňuje péče o maminku váš osobní život?

„Hodně. Nemůžu se ani zavřít v pokoji, nemůžu si rozhodovat o svém čase, ale stále se musím někoho doprošovat, aby jí pohlídal, když si třeba potřebuji něco zařídit. To je na tom to nejhorší, že nemohu nic. Když si pozvu návštěvu, tak i když ví, že je babička nemocná, je mi to nepříjemné, když je tam s námi a všechno sní, nebo začne zpívat, nebo být netaktní. Nemoc hodně ovlivňuje i můj společenský život.“

12. Ovlivnila nemoc maminky vztahy v rodině?

„Uvnitř v našem domě, mezi mými dětmi a manželem ne. Ale cítím se zklamaně z přístupu mých sourozenců, očekávala jsem od nich víc. Čekala jsem nějakou spolupráci, ochotu nebo snahu se nějak domluvit na harmonogramu. Neberou v potaz mou práci a můj život, berou to jako že bydlím s babičkou, tak se o ni budu automaticky starat jen já.“

13. Změnila nemoc vztah mezi vámi a maminkou?

„Ano, už necítím jako by to bylo ona. Je to úplně jiná osoba. Mám ji ráda, ale je to jiné, cítím se, jako bych byla já její máma.“

14. Je něco, co jste si díky nemoci uvědomila a v čem i vás nemoc maminky změnila?

„Jednak jsem si myslela, že vydržím více, že se o ni dokážu lépe postarat. Nemyslela jsem si, že mě vše dovede tak vytočit, chtěla jsem to zvládnout lépe. Zklamala jsem se v sobě. Také mi nemoc babičky změnila mé pracovní postavení, kdy jsem byla nucena opustit většinu svých klientů a budu si muset najít práci novou.“

15. Využila byste možnost umístění maminky do domova pro seniory?

„Ano a je to velmi aktuální téma. Ozvali se mi ze dvou domovů. V jednom z nich pracuje má kamarádka a zná to tam. Navíc tam má babička i své známé, ale nevím, jestli je ještě pozná. Vždycky jsem si říkala, že ji nikam nedám a budu se o ni starat, ale v současné době už to vnímám jako vysvobození.“

16. Byla jste spokojená s poskytnutou péčí doktorů a nabízených sociálních služeb?

„S péčí lékařů moc ne, myslela jsem si, že mě pošlou na psychiatrii ihned, ale oni její nemoc dávali za vinu poruše štítné žlázy. Kdyby jí poslali hned, věřím, že bychom její stav mohli podchytit rychleji. U psychiatra jí hned diagnostikovali střední formu demence. Důvěřovala jsem doktorům, ale jejich přístup mě zklamal. S přístupem lidí v sociální péči jsem byla velmi spokojená, byli ochotní a vstřícní a hned mě o všem informovali a chtěli mi pomoc.“

17. Čeho se nejvíce obáváte v oblasti nemoci maminky a jejího dalšího života?

„Bála jsem se odchodu do domova důchodců, ale postupně se s tím vyrovnávám. Teď se spíše bojím, jak to ponesu já, že mám mamku pryč. I když vím, že je nemocná a nedávám pryč zdravého člověka, i tak mě to mrzí, ale vím, že bych to nezvládla. Už teď mám co dělat sama se sebou. Nevím, jak bych to dokázala.“

5.5.1 ANALÝZA ROZHOVORU A ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Následující část práce obsahuje zodpovězení druhé výzkumné otázky pomocí analýzy rozhovoru vedeným s paní Danou a pozorováním probíhajícím během pěti měsíců aktivizace.

2. Jaký psychický dopad má trvalé péče o nemocného s demencí na nejbližší rodinné příslušníky?

Demence je nemoc, která naprosto změní osobnost nemocného a vezme mu veškerou podobu shodnou s člověkem, kterým byl před onemocněním. Sledovat úpadek milované osoby je velmi zatěžující skutečností, která negativně ovlivňuje psychický stav pečujících. I přes veškerou snahu nejde progresi nemoci zastavit, a tak se péče stává mnohdy demotivující.

Trvalá péče sebou přináší neustálý tlak, kterému jsou pečující vystaveni. V současné době není k dispozici tolik lůžek, aby umístění do domovů probíhalo rychleji. I systém odlehčovací péče je velmi vytížen a na jeho využití čekala paní Dana čtyři měsíce. V rozhovoru s paní Danou a jejich částí kde zmiňovala „*Už teď mám co dělat sama se sebou. Nevím, jak bych to dokázala*“ šlo vidět, jak jí trvalá péče poznamenala. Během pozorování nastalo spoustu okamžiků, které dovedly paní Danu k pláči i křiku. I s vědomím toho, že nemocný nepříjemné situace nezpůsobuje schválně a jeho chování je pod kontrolou nemoci, se pečujícím, alespoň v tomhle případě, nedaří zachovat vždy klidné a trpělivé jednání.

Psychické snášení péče o nemocného a dopad na psychiku samotnou je samozřejmě ovlivněno osobností pečujícího. Přesto dlouhodobá péče naruší životní styl a volný čas každé osoby o něj se starající. Vytížení může být natolik velké, že je pečující mnohdy nucen eliminovat, nebo rovnou opustit své zaměstnání, což může ve svém výsledku ovlivnit rodinu celkově, nejinak tomu bylo i v tomto případě.

V případě paní Dany je psychické vytížení opravdu velké. V části rozhovoru, kde podotýká „*Zklamala jsem se sama v sobě.*“, bylo vidět sebereflexi, která dokazuje nemožnost odhadnutí tlaku péče na osoby pečující. Jedinec pozná své vlastní psychické hranice až u nich bude stát a v tomhle případě je vyhledání odborné pomoci a využití systému sociální péče velmi potřebné a nutné pro zachování zdraví pečujících osob.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala kvalitě života člověka s demencí na Ostravsku. První dvě kapitoly teoretické části práce byly zaměřeny na území Ostravska a jeho aspekty, které tento okres ovlivňují a dotýkají se kvality života všech lidí na tomto území žijících. Dále bylo rozvinuto téma kvality života obecně s větším zaměřením na seniorskou část populace. Druhá polovina teoretické části práce byla zaměřena na nemoci stáří a změny, které toto období do života všech přináší. V závěru se práce soustředila na onemocnění demence, její typy, příznaky a péči o takto nemocné osoby.

Cílem této práce bylo zjistit, jaký dopad a postih mají zvolené aktivizační metody, uskutečňované v domácím prostředí nemocného, na zvolené oblasti jedince s primárním zaměřením na vybrané schopnosti, a do jaké míry lze pomocí nově zavedených činností pro rozvoj funkcí ovlivnit náladu, motivaci a sebehodnocení nemocného. Za druhý, vedlejší cíl, byla zvolena snaha poukázat na psychickou zátěž rodinných příslušníků/pečovatelů nemocného, které jsou vystaveni v důsledku trvalé péče o něj.

K naplnění těchto cílů bylo využito kvalitativního výzkumu rozděleného do tří částí. Případová studie přiblížila průběh onemocnění a zdravotní stav nemocné. Pomocí terénních zápisků a zúčastněného pozorování byly vyhodnoceny výsledky aktivizace s primárním zaměřením na samostatnost, pozornost, spolupráci, správnost výsledku a dopad na emoce a náladu nemocného. K naplnění druhého cíle práce byly vyhodnoceny výsledky pozorování z druhé části a analýza rozhovoru s nejbližší pečující osobou nemocné, paní Danou z poslední části kvalitativního výzkumu.

Na základě analýzy výzkumných otázek se ukázalo, že aktivizací seniora s onemocněním demence lze docílit změn v životě nemocného. V konkrétním zkoumaném případě paní Marie pomocí každodenního režimu a tréninku zvládla zlepšit své pohybové dovednosti a ujít vzdálenost, která jí dělala dlouhou dobu potíže a poprvé za uplynulých dvanáct měsíců překročila hranice pozemku svého domu. Ostatní schopnosti a dovednosti byly zachovány ve stejné míře, jako před zahájením aktivizace a nebylo pozorováno zlepšení žádných jiných funkcí nemocného.

Aktivizace přinesla pozitivní výsledek v nalezení nové možnosti trávení volného času, jímž se stalo malování. Paní Marie tak našla činnost, která jí krátkodobě zlepšila náladu a udržela její pozornost po nejdélejší dobu ze všech nabízených aktivit. Dalším z úspěchů bylo její vlastní sebehodnocení a radost z dosažené práce.

Rozbor poslední výzkumné otázky ukázal, jak velký dopad má péče o nemocného na nejbližší rodinné příslušníky, především ty, kteří sdílejí s nemocným stejnou domácnost. Paní Dana se o nemocnou maminku stará již pátým rokem a v současné době vidí své vlastní vysvobození, jak sama popisuje v předešlém rozhovoru, v umístění paní Marie do domu pro seniory.

Tato bakalářská práce napomohla k zjištění, do jaké míry a v čem aktivizace nemocných demencí může přispět ke zlepšení kvality jejich života a nabídnout nemocným nové možnosti v trávení volného času, které by zároveň podpořily postupně upadající funkce nemocného. Zároveň poukázala na náročnost trvalé a dlouhodobé péče o nemocné a dopad na psychiku nejbližších rodinných příslušníků a s tím související nedostačující a velmi vyčerpávající systém sociální péče, zvláště pro lidi se zvláštním režimem.

Přínos této práce by mohl spočívat v poukázání na nutnost posílení sociálních služeb, v motivaci pro zakomponování aktivizačních metod do života seniorů a lidí trpících demencí a inspirací pro další zkoumání. Tato práce by v budoucnu mohla být rozšířena a zaměřena na širší výzkumný vzorek, jež by byl součástí zevrubnější diplomové práce.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BUIJSSEN, H., 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-x

DUČAIOVÁ, J., MOTYČKOVÁ, E., NOVOTNÁ, A., NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, R., ONDRIOVÁ, I., 2018. *Aktivizace seniorů, tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-75-3.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAUKE, M., 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-906320-7-3

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.

HRUŠKA-TVRDÝ, L., KUKULIAČ, P., 2011. *Socioekonomický atlas Ostravy: Socioeconomic atlas of Ostrava*. Ostrava: Accendo – Centrum pro vědu a výzkum. ISBN 978-80-904810-2-2.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

KAVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 8072624555.

- KOLIBOVÁ, H., 2012. *Kultura aktivního stáří v programech měst a obcí v Moravskoslezském kraji*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-790-5.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
- KOUTECKÁ, V., 2001. *Příroda Ostravy: Ostrava's natural environment = Die Natur von Ostrava*. Ostrava: Statutární město Ostrava. ISBN 80-238-7283-4.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno. ISBN 80-210-3345-2.
- NAVRÁTIL, B., 2007. *Ostrava, Zmizelá Morava a Slezsko*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7185-830-0.
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 97880-247-1490-5
- PICHAUD, C., THAREAU, I., 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-184-3
- ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8
- TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPARCH, P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

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

Seznam použitých internetových zdrojů

BABULOVÁ, T., *Vybrané aspekty kvality života v Ostravě a Karviné*. [online]. Ostrava, 2013. Diplomová práce. Technická univerzita Ostrava. Fakulta ekonomická. Vedoucí práce Sucháček Jan. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vws9a1?lang=en>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Charakteristika okresu Ostrava-město* [online]. © 2019 [cit.2020-07-02]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_okresu_ostrava_mesto

CHARITA OSTRAVA. *Charitní středisko sv. Kryštofa* [online]. © b.r. [cit. 2019-16-12]. Dostupné z: <https://ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/mobilni-hospic-a-osetrovatelska-sluzba-krystof/>

KONRÁD, J., *Smíšená demence* [online]. © 2007 [cit. 2019-08-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/03/07.pdf>

KREJČÍ, K., *Alzheimerova choroba z pohledu pečujících rodinných příslušníků*. [online]. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Kachlík Petr. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ahbyy/Bakalarska_prace.pdf

LUKŠA, L. *Ostrava* [online]. © 14.1.2020 [cit. 2020-07-02]. Dostupné z: <https://www.ostrava.cz/cs/urad/hledam-informace/aktualni-informace/pocet-obyvatel-ve-spravnim-obvodu-statutarniho-mesta-ostravy>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* [online]. © b.r. [cit. 2019-27-12]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnut%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf

SOCIOTRENDY. *Demografická studie mapující demografický vývoj a jeho dopady na naplněnost škol na území statutárního města Ostravy a obce s rozšířenou působností Ostrava do roku 2023* [online]. © 2017 [cit. 2020-16-02]. Dostupné z: https://map.ostrava.cz/wp-content/uploads/2017/12/1_2-Demograficka-studie-Ostrava-ORP.pdf

SLEZSKÁ DIAKONIE. *Siloe Ostrava* [online]. © [2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/aktuality/kvalitni-zivot-v-nemoci>

WIKIPEDIE. *Kvalitativní výzkum* [online]. © 22.6.2019 [cit. 2019-3-12]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum

WIKISKRIPTA. *Mini Mental State Exam* [online]. © 29.6.2018 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Mini_Mental_State_Exam

ZDRAVÁOVA. *Strategický plán města Ostravy 2017-2023* [online]. © 2017 [cit. 2020-08-02]. Dostupné z: <https://zdravaova.cz/strategicky-plan-mesta-ostavy-2017-2023/>

SEZNAM ZKRATEK

A-B-C – aktivity denního života, chování, poznávání (Activities of daily life, behavior, cognition).

ADL- aktivita běžného denního života (Activity of daily life)

Aj. – a jiné

AN - Alzheimerova nemoc

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

ATIC - Asociace turistických informačních center

CT – Computed Tomography, počítačová tomografie

ČR – Česká republika

DM – Diabetes melitus, cukrovka

EAN – formy násilí a zanedbávání péče seniorů (Elder abuse and neglect)

Hod. – hodin

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

MHD – městská hromadná doprava

MMSE – krátký test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam)

Např. – na příklad

QOL - kvalita života (Quality of Life)

TZ – terénní zápisky

Tzv. – tak zvané

USA – United States of America, Spojené státy americké

WC – splachovací toaleta (water closet)

WHO – Světová zdravotnická organizace

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Denisa Halfarová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Kvalita života člověka s demencí na Ostravsku

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 12

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann