

Univerzita Palackého v Olomouci,  
Filozofická fakulta  
Katedra sociologie a andragogiky



Alžběta Luhan Fürstová

**Dostupnost sociálních služeb pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji s přihlédnutím k poskytované duchovní péči**

**The Availability of Social Services for Seniors with Dementia in the Zlín Region with Regard to the Spiritual Care Provided**

Bakalářská diplomová práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavel Veselský, PhD.

Olomouc 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a zdroje, které jsem použila.

Ve Chvalčově dne 21. března 2012

---

Alžběta Luhan Fürstová

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Pavlu Veselskému, PhD. za odborné vedení bakalářské diplomové práce.

Mé poděkování patří všem osloveným pracovníkům zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji, kteří strávili čas nad vyplněním dotazníku.

Děkuji také svému manželovi za jeho pochopení a podporu.

Ve Chvalčově dne 21. března 2012

## **Anotace**

Senioři se syndromem demence jsou skupinou ohroženou sociální izolací z důvodu změn, které postupující demence způsobuje ve struktuře osobnosti nemocných. Změna schopností nemocných má dopad nejen na jejich základní potřeby, ale i na schopnost komunikace s okolím a možnost sdílet své spirituální potřeby s druhými lidmi.

Cílem bakalářské práce je zmapovat místní a časovou dostupnost sociálních služeb určených seniorům se syndromem demence ve Zlínském kraji a rozsah základních možností, které tyto služby nabízí z oblasti poskytování duchovní péče.

Empirická část práce má dvě části. První část je zaměřená na místní vyhledávání zařízení poskytujících sociální služby seniorům se syndromem demence ve Zlínském kraji. Druhá část pomocí polostandardizovaného dotazníku zjišťuje u výše popsaných poskytovatelů sociálních služeb rozsah nabídky duchovní péče určené seniorům se syndromem demence.

Výsledky zjištění by mohly být využity při plánování, rozvoji a zvyšování kvality sociálních služeb ve Zlínském kraji.

**Klíčová slova:** senioři se syndromem demence, potřeby, komunikace, duchovní péče, sociální služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji.

## **Annotation**

Seniors with dementia are a group at risk of social isolation due to changes, which progressive dementia causes in the personality structure of patients who suffer from the disease. Patients experience impairment not only in their basic functioning, but also in their ability to communicate and to share their emotional and spiritual needs with others.

The aim of thesis is to map the local and temporal availability of social services for seniors with dementia in the Zlín Region and to assess to what extent the available services are equipped to provide spiritual and emotional support.

The empirical part of the work has two parts. The first part is focused on locating facilities which provide social services for elderly people with dementia in the Zlín Region. The second part uses a semi-structured questionnaire to assess the level of spiritual care provided to seniors with dementia in the centres identified.

The result of the study could be used in planning, developing and improving the quality of social services in the Zlín Region.

**Keywords:**

Seniors with dementia, needs, communication, spiritual care, social services for seniors with dementia in the Zlín region.

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>I. SENIOŘI SE SYNDROMEM DEMENCE</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Senioři</b> .....	<b>8</b>
1.1.1 Stáří.....	8
1.1.2 Stárnutí populace.....	9
1.1.3 Senior a jeho potřeby.....	10
1.1.4 Komunikace se seniorem.....	12
<b>1.2 Demence</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 Zastoupení demence v populaci.....	14
1.2.2 Metody vyšetření u demence.....	15
1.2.3 Dělení demencí a jejich léčba.....	16
<b>1.3 Senior se syndromem demence a jeho potřeby</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4 Senior se syndromem demence a komunikace</b> .....	<b>19</b>
<b>II. DUCHOVNÍ PÉČE</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Praktické uplatnění duchovní péče u seniorů se syndromem demence</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 Duchovní péče o seniory se syndromem demence v kontextu sociálních služeb</b> .....	<b>28</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>III. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY SE SYNDROMEM DEMENCE VE ZLÍNSKÉM KRAJI</b> .....	<b>32</b>
3.1 Cíl první fáze praktické části.....	32
3.2 Postup při mapování poskytovatelů sociálních služeb.....	32
3.3 Pobytové služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji.....	33
3.4 Ambulantní služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji.....	35
3.5 Terénní služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji.....	41
<b>IV. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY SE SYNDROMEM DEMENCE VE ZLÍNSKÉM KRAJI A DUCHOVNÍ PÉČE</b> .....	<b>48</b>
4.1 Formulace výzkumného problému.....	48
4.2 Formulace výchozích hypotéz.....	48
4.3 Předvýzkum, rozhodnutí o technice sběru dat a formulace pracovních hypotéz.....	48
4.4 Rozhodnutí o vzorku a konstrukci nástrojů pro sběr dat.....	51
4.5 Průběh výzkumu, výsledky a analýza.....	51
4.6 Diskuze.....	63
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>70</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>71</b>

## ÚVOD

S tzv. stárnutím populace narůstá počet seniorů stížených syndromem demence, některé studie hovoří o výskytu demence u 15% populace starších 75 let a 20 – 40% u starších 80 let.<sup>1</sup> Syndrom demence u seniorů vyvolává pravděpodobně ve většině lidí obavy z vědomí, že se jedná o poslední etapu života starého člověka s nepříliš veselým zakončením jak pro něj samotného, tak pro jeho nejbližší.

Specifikum syndromu demence tvoří postupná proměna osobnosti člověka doprovázená změnami v oblasti osobních potřeb jak tělesných, duševních a sociálních tak i duchovních. Potřeby seniora se syndromem demence se v závislosti na gradaci nemoci oproti potřebám relativně zdravého seniora mění, narůstá nutnost pomoci blízkého okolí při jejich naplňování. Senior stížený demencí je navíc omezen v komunikačních schopnostech, což má dopad na jeho sociální život, včetně možnosti spirituálního sdílení se s duchovním (bližním) ve smyslu verbální komunikace.

V případech, kdy nejbližší nemocného nejsou schopni zajistit svému příbuznému potřebnou péči sami, je v současné době jednou z forem vnější pomoci nabídka sociálních služeb, které mají buď zcela či zčásti suplovat tuto pomoc. Kromě poskytování péče o vlastní osobu, zajištění stravování, popřípadě ubytování, pomoci při prosazování osobních práv a zájmů, patří k činnostem poskytovatelů sociálních služeb i zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie.<sup>2</sup> Sociální služby mají mimo jiné reflektovat možnosti a schopnosti cílové skupiny uživatelů služby svojí místní a časovou dostupností, a zároveň reagovat na jejich osobní cíle, potřeby a touhy v rámci tzv. individuálního plánování průběhu sociální služby.<sup>3</sup> Z toho vyvozují, že i senior se syndromem demence, ačkoliv prochází určitou deformací osobnosti, má právo na poskytování nejen péče co do naplňování základních životních potřeb ale i těch „vyšších“, duchovních. Z tohoto důvodu ve své práci přihlížím k možnostem využití duchovní péče o seniory se syndromem demence v zařízeních sociálních služeb.

Cílem mé práce je zmapovat síť poskytovatelů sociálních služeb určených seniorům se syndromem demence ve Zlínském kraji, jejich místní a časovou dostupnost, a to, v jaké kvalitě tyto poskytovatelé nabízejí svým klientům možnost duchovní péče (zda duchovní péči

---

<sup>1</sup> Srov. Česká geriatrická revue 2009: 7 (3 – 4): Výše příspěvku na péči u seniorů se syndromem demence, M. Hermanová, s 139 - 140

<sup>2</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/cs/9>, ze dne 31. 10. 2011

<sup>3</sup> Srov. Čermáková, K., Johnová, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 1. Vydání Praha: FOKUS, 2002, ISBN 80-85529-45-4, s 82 – 83, 45 – 53.

poskytuje profesionální duchovní, ze kterého náboženského společenství, zda je tato péče sociálními pracovníky považována za přínosnou apod.).

Práce může sloužit jako podklad nejen pracovníkům Krajského úřadu Zlínského kraje ale i zaměstnancům jednotlivých zařízení pro plánování, rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb určených seniorům se syndromem demence (a jejich rodinám) ve Zlínském kraji.

Teoretická část práce porovnává rozdíly v potřebách a komunikaci relativně zdravých seniorů se seniory stíženými demencí a nastiňuje možnosti uplatnění duchovní péče v sociálních službách v souvislosti s péčí o danou skupinu klientů.

V první fázi praktické části mapuji místní a časovou dostupnost sociálních služeb určených seniorům se syndromem demence ve Zlínském kraji. Výstupem jsou tabulky (s pobytovými, ambulantními a terénními službami, ve kterých uvádím název zařízení, lokalizaci, poskytovatele, provozní dobu a kapacitu) a mapy s označenými místy a druhy služeb určených cílové skupině uživatelů. Informace jsem získávala porovnáváním dat přístupných v Registru poskytovatelů sociálních služeb na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, v Seznamu aktuálních sociálních služeb ve Zlínském kraji (na moji žádost zasláný p. Mgr. Helenou Zbrankovou z odd. Plánování a rozvoje sociálních věcí Zlínského kraje) a z webových prezentací konkrétních poskytovatelů sociálních služeb.

Ve druhé fázi praktické části mapuji pomocí polostandardizovaného dotazníku (formou plošného sběru dat) rozeslaného na výše uvedená zařízení sociálních služeb, zda nabízí/poskytují svým klientům duchovní péči, kdo ji poskytuje, jakou formou, apod. Mojí hlavní hypotézou je předpoklad, že poskytovatelé sociálních služeb, u nichž je zřizovatelem konkrétní církevní společenství, nabízí svým klientům duchovní péči pouze od zástupce (duchovního) své církve.

## TEORETICKÁ ČÁST

### I. SENIORI SE SYNDROMEM DEMENCE

Senioři se syndromem demence (dále jen SDM) tvoří specifickou skupinu nemocných, kteří se bez pomoci druhých lidí mohou snadno dostat do situací ohrožujících život nejen vlastní, ale i svých blízkých/pečujících, aniž by danou skutečnost byli schopni reflektovat. Vzhledem k výlučnosti cílové skupiny, na kterou se tato práce zaměřuje, vnímám za důležité vymezit pojmy senioři a demence.

#### 1.1 Senioři

Slovo „senior“ jsme do češtiny přejali z anglického jazyka, ve kterém má více významů. Uvedme si některé z nich: starší, stařešina, starší společník (význam slova je odvislý od kontextu, v němž je použito)<sup>4</sup>. V české společnosti se tento výraz začíná pozvolna používat stále častěji a nahrazuje tak dosud zažitý výraz „důchodce“ (penzista). Pod označením důchodce si představíme zpravidla člověka, který dosáhl věku, v němž má zákonný nárok na odchod do tzv. starobního důchodu či již v důchodu je, a začíná nebo již pravidelně pobírá měsíční rentu za odpracované roky v zaměstnání. Budeme tedy pod označením senioři rozumět osoby, které dosáhly důchodového věku, čemuž odpovídá v současnosti hranice 65 let věku pro lidi narozené po roce 1952<sup>5</sup>, a pobírají starobní důchod.<sup>6</sup>

##### 1.1.1 Stáří

Seniorský věk je v podvědomí většiny lidí spjat s procesem stárnutí více, než je tomu u jiných věkových skupin a to navzdory skutečnosti, že stárneme všichni již od svého narození. Seniorské stáří je však procesem, který s sebou přináší specifické změny v různých oblastech lidského života. Pro představu těchto změn si nastíníme základní kategorie, dle kterých lze stáří dělit.

- a) Kalendářní stáří: začíná narozením, ale nevystihuje rozdíly v individuálním stárnutí. Za počátek stáří je stanoven věk 65 let.
- b) Sociální stáří: momentem je zde vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Mění se sociální role a potřeby člověka, návazně životní styl a ekonomické poměry, četnost sociálních kontaktů.

<sup>4</sup> Srov. *Anglicko-český Česko-anglický slovník*, 7. doplněné Vydání Olomouc: FIN PUBLISHING, 2000, ISBN 80-86002-69-1, s 487.

<sup>5</sup> Srov. <http://www.duchody-duchodci.cz/duchodovy-vek.php>, ze dne 8. 7. 2011

<sup>6</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/cs/618>, ze dne 15. 6. 2011



- c) Biologické stáří: označuje danou míru tělesných změn, které probíhají u každého seniora individuálně a jsou závislé na řadě faktorů (genetické dispozice a vnější podmínky).<sup>7</sup> Můžeme tak u starších lidí pozorovat postupné zaoblování jejich postavy a snižování trupu, postoj bývá nahnbený apod.<sup>8</sup>

Stáří s sebou přináší změny psychického charakteru, které jsou podmíněny:

- biologicky (patří sem proměny, které jsou projevem stárnutí, jako je celková pomalost, obtíže v zapamatování si a vybavování, či změny vyvolané některým z chorobných procesů)
- psychosociálně (odborníci hovoří o tzv. kohortové zkušenosti, kterou se míní situace, kdy lidé stejné generace prošli obdobnou sociální zkušeností, v průběhu života byli zatíženi stejnými makrosociálními traumaty a stresy; dále se jedná o individuální specifický životní styl spojený s návyky a v neposlední řadě i o postoje společnosti, jež manipuluje staršími lidmi k přijetí daného modelu chování).<sup>9</sup>

Z psychologického hlediska existují teorie, dle kterých je stáří obdobím, které má svůj konkrétní význam, dle E. Eriksona zejména v dosažení integrity v pojetí vlastního života. To se projevuje přijetím vlastního života takového, jaký byl a je, a pochopením jeho smyslu. Pokud se senior pozitivně vyrovná se svým životem, přijme vyrovnaně i jeho konec coby přirozený důsledek životního koloběhu.<sup>10</sup>

### 1.1.2 Stárnutí populace

Dle Českého statistického úřadu se počet obyvatel České republiky ve věku vyšším 65 let může do roku 2050 až zdvojnásobit. Příčinou je nejen snížení zastoupeného počtu osob ve společnosti v rozmezí věku 0 – 15 let, ale i skutečnost, že seniorského věku se začínají dožívat lidé z řad silných ročníků narozených po roce 1940.<sup>11</sup>

S přibývajícím množstvím lidí seniorského věku stoupají i náklady spojené na vyplácení státních důchodů, přičemž však klesá počet lidí produktivního věku.

Česká republika coby součást západní společnosti se potýká se dvěma hlavními paradoxy spojenými s tzv. celkovým stárnutím populace. Na jedné straně senioři ztrácí určitou moc a své postavení ve společnosti, kdy oproti dřívějším dobám byli svým okolím ceněni pro nabytou životní moudrost, a mladí nazírají na názory starších jako na zastaralé a „mimo“. Na druhé straně se fyzický věk seniorů stále prodlužuje, k čemuž přispívá zvyšující se kvalita poskytované zdravotní péče, dostatek dobré výživy a hygieny. Proto relativně zdravý senior

<sup>7</sup> Srov. Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Křišťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010, ISBN 978-80-904137-6-4, s 93–94.

<sup>8</sup> Srov. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 154.

<sup>9</sup> Srov. Vágnerová, M., *Vývojová psychologie*, 1. Vydání Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0, s 450–451.

<sup>10</sup> Srov. Vágnerová, M., *Vývojová psychologie*, 1. Vydání Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0, s 444.

<sup>11</sup> Srov. [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=34](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34), ze dne 16. 6. 2011

odmítá přijmout roli „pasivního důchodce“ odkázaného na „milodary“ okolí. Chce být užitečným, dožaduje se plnoprávnosti, toho, aby jej mladí, dovolím si říci, předčasně neodstavovali na vedlejší kolej.<sup>12</sup>

Stárnutí dle změn kognitivních funkcí může být:

- a) Úspěšné: funkční schopnosti člověka jsou zachovány, kognice je neporušena a výkonnost jedince je srovnatelná s lidmi středního věku. Senior netrpí poruchami paměti, motoriky ani chování.
- b) Normální: je charakteristické fyziologickými změnami v kognitivních a jiných psychických schopnostech, jedná se o malé odchylky, které se týkají většiny zdravých lidí. Vyskytuje se zde u lidí neškodná zapomnětlivost, která se však nerozrůstá. Jedná se o celkový, věkem podmíněný, pokles kognitivních funkcí (intelektuální výkonnost a sociální schopnosti odpovídají věku a neomezují dotyčného v běžné činnosti, není zde přítomnost zvýšeného rizika přechodu na demenci).
- c) Patologické: zde se již jedná o stáří, které je poznamenáno přítomností konkrétní nemoci či multimorbiditou.<sup>13</sup>

### 1.1.3 Senior a jeho potřeby

K fyzickým a psychickým potřebám seniorů patří pocit bezpečí, jež se promítá do touhy po důvěře, stabilitě, určité jistotě a spolehlivosti. Mladším lidem se tato potřeba může zdát jako značně přehnaná, ale pokud se vcítíme do role seniora se zhoršenou pohyblivostí a jinými handicap, pochopíme, že senior potřebuje mít jistotu harmonogramu denních aktivit, jistotu, že finančně vyjde i další měsíc apod.

K sociálním potřebám seniorů neodmyslitelně patří touha po lásce, náležitosti k určité skupině (např. k rodině, skupině věřících, klubu turistů, společenství věřících), již výše zmíněná potřeba, aby mu někdo aktivně naslouchal a neměl pocit, že zde zůstal sám v nepříjemné situaci (kdy kupříkladu jeho životní partner zesnul). Neopomeňme potřebu autonomie. Senior potřebuje mít pocit sebeúcty, užitečnosti, být vážený a uznávaný, tudíž svobodný při rozhodování.<sup>14</sup>

Spirituální potřeby jsou překvapivě, dle výzkumů, v České republice nejvíce zastoupeny právě mezi seniory. Typickým věřícím je v naší společnosti jedinec starší 60 let, který věří dle církevního učení a je ovdovělý. V duchovní oblasti se senior může potýkat s bolestí plynoucí ze ztráty pocitu smyslu života a bilancuje svůj život. Na základě svých závěrů se starší člověk posléze staví k očekávané smrti buď toužebně (jakoby k jedinému skutečnému úniku před nesmyslnými myšlenkami), anebo očekává smrt jako „dar“ ve formě zaslouženého

<sup>12</sup> Srov. Giddens, A., *Sociologie*, 1. Vydání Praha: Argo, 1997, ISBN 80-7203-124-4, s. 152–154.

<sup>13</sup> Srov. Pidrman, V., *Demence*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s. 24–25.

<sup>14</sup> Srov. Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Kříšťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010, ISBN 978-80-904137-6-4, s. 94–95.

pokoje. Senior může trpět nenaplněnou potřebou udržování osobních vztahů (s rodinou, přáteli). V případech, kdy senior pocituje své členství v konkrétní církvi (náboženském společenství) za zásadní ve svém životě, může na stáří cítit vinu za skutečnost, že jeho vnoučata nejsou v církvi pokřtěna, nebyla „vychována ve víře“ apod.<sup>15</sup>

Potřeby seniora lze odvodit a kategorizovat také od míry jeho soběstačnosti a poskytované pomoci druhou osobou.

- I. Pokud je senior plně soběstačný a nepotřebuje pomoc druhé osoby, pocituje potřeby obdobné potřebám relativně zdravých lidí středního věku. Možná se jeho „neprojevované“ potřeby týkají touhy po tom, aby mu někdo naslouchal, vymezil si čas na rozhovor s ním, někdo mu věnoval svoji pozornost a přátelství.<sup>16</sup>
- II. Senior nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby a nastupuje potřeba pomoci druhé osoby. Jedná se o pomáhání s oblékáním, vařením, úklidem apod. Neznamená to však, že senior není schopen sám autonomně rozhodovat třeba o druhu oblečení, které si chce obléci, o jídle, které chce uvařit, co je pro něj důležité uklidit apod.
- III. Senior zvládá zčásti uspokojit své fyziologické potřeby, pomoc se týká průběžně všech denních činností. Jedná se o situace, ve kterých by pomáhající osoba měla zvažovat, co dotyčný senior dokáže cvikem ještě zvládnout sám (např. zapínání halenky, mytí rukou), s cílem udržet si stávající dovednosti.
- IV. Senior může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden. Jedná se o zmatené, dezorientované lidi, např. seniory se syndromem demence v pokročilejších fázích. Náročnost pomoci stoupá v rozmyšlení, co seniora ponecháme dělat, i když daná činnost zabere delší časový úsek, než by tomu bylo u zdravého jedince (např. oblékání mu potrvá třikrát déle než dříve).
- V. Senior již nemůže uspokojit své potřeby a nezdá se, že by byl schopen sám rozhodovat o svých potřebách. Obtížnost komunikace nabývá na intenzitě, pomáhající zajišťuje plně jeho tělesné potřeby a rozhoduje de facto za něj (profilu zde odpovídá senior se SDM v posledních fázích nemoci).<sup>17</sup>

Myslím si, že je důležité zmínit skutečnost, že senior, i když je „příslušníkem starší věkové kategorie“, neztrácí potřeby z oblasti sexuální, k čemuž se osoby z ostatních věkových kategorií často staví s despektem. Starší lidé musí oproti mladším jedincům překonávat větší

<sup>15</sup> Srov. Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Kříšťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010, ISBN 978-80-904137-6-4, s 95–97.

<sup>16</sup> Srov. Křivohlavý, J., *Povídej – Naslouchám*, 2. Vydání Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, ISBN 978-80-7195-405-7, s 17–21.

<sup>17</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 42–44.

překážky na cestě k uspokojení sexuálního pudu. Mimo individuálních rozdílů mezi prožitky sexu u mužů a žen provází stáří biologické a psychosexuální změny, jedná se zejména o rozdíly ve frekvenci a formách sexuálních kontaktů.<sup>18</sup>

#### 1.1.4 Komunikace se seniorem

V každodenním životě jsme dle situace tzv. vysílačem nebo přijímačem sdělení. Někomu informace předáváme (verbálně i nonverbálně) nebo od někoho informace přijímáme. Tento proces je oboustranně natolik úspěšný, nakolik jsme schopni se s druhým vzájemně pochopit. U seniorů je při komunikaci nutno brát v potaz handicapy odvislé od specifických poruch smyslů. Setkáváme se se staršími lidmi, kteří již nedoslýchají nebo zcela ohluchli, mají špatný zrak, nebo trpí demencí či afázií (poruchou řeči po prodělaném neurologickém onemocnění). Z toho plyne, že je třeba se při komunikaci se seniorem přizpůsobit jeho schopnostem a možnostem. Starší člověk reaguje pomaleji, protože jeho organizmus funguje pomaleji.

U seniorů s poruchou sluchu je třeba při rozhovoru mluvit pomalu, snížit hlas, více artikulovat a dívat se dotyčnému do tváře, popřípadě využít psané slovo pro vysvětlení sdělovaného.

Senior s poruchou zraku potřebuje vědět, co v jeho přítomnosti děláme a hodláme udělat. Proto je přínosné jej průběžně informovat, co právě v jeho okolí činíme.

Při afázii se senior může projevat nervózně, někdy až agresivně z důvodu, že jej samotného rozčiluje neschopnost verbálně vyjadřovat své prožitky. Z toho důvodu je dobré hledat alternativní cesty domluvy (např. malování obrázků, ukazování předmětů, posunky).

Starší člověk rád hovoří s druhými o konkrétních záležitostech, naše komunikace s ním nemusí sestávat z banálních témat o počasí aj. Je přirozenější a hodnotnější, když neverbálně mlčením, pohledem či hmatem dáme najevo staršímu člověku svůj skutečný zájem o něj, než když se snažíme křečovitě o slovní „nucenou konverzaci“. Není přínosné seniora nutit do hovoru za každou cenu, ani lidem mladších věkových kategorií není vždy „do řeči“.<sup>19,20</sup>

## 1.2 Demence

Pojem demence označuje syndrom, jehož nejznámějším projevem je ztráta paměti. Nutno však zdůraznit, že osobě stížené demencí neubývá pouze funkce paměťová, ale i další kognitivní funkce jako je pozornost, vnímání a řečová a tzv. exekutivní funkce (schopnost

<sup>18</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 65–72.

<sup>19</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 82–89.

<sup>20</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 74–79.

plánovat, rozhodovat a realizovat). Můžeme tedy říci, že demence má vliv na snížení celkové inteligence daného člověka.<sup>21</sup> Postupný úbytek inteligenčních schopností má přímý dopad na lidské myšlení, emotivitu, motivaci, spánek,<sup>22</sup> což návazně ovlivňuje kvalitu běžného každodenního života člověka. Ne náhodou je pojem „demence“ přejat z latiny, kde „de“ znamená „odstranit“, a „mens“ je označením pro „mysl“.<sup>23</sup>

Jedná se o získané degenerativní postižení, které vzniká organickým poškozením centrální nervové soustavy. Prognóza nemoci se stanovuje na základě určení typu demence a základního onemocnění, které k postižení vedlo.<sup>24</sup>

Dosud není zcela jasná příčina demence. Existuje spousta tezí, které se o vysvětlení snaží – od dřívějších představ o otravě kovy (míněn zejména hliník obsažený v pitné vodě) přes hledání příčiny v poškození mozku virem, až po účinky neurotransmiteru acetylcholinu (tj. chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení ve vzájemných spojích neuronů, která slouží k přenosu impulsu, šíření podráždění v nervovém systému)<sup>25</sup>. Nejohroženější skupinou jsou senioři, kterých se nemoc dotýká nejčastěji. Nelze opomenout roli genetických faktorů, dle výzkumů jsou přímí příbuzní lidí s demencí dvakrát více ohroženi rizikem SDM. V neposlední řadě stoupá riziko onemocnění u osob, které během života utrpěly vážné zranění lebky či trpí chronickým vysokým tlakem.<sup>26</sup>

Záludnost demence spočívá především v jejím prostupování osobností člověka. Zpočátku se chová nenápadně, „plíživě“, vcelku nepostřehnutelně, postižený se chová běžným způsobem, chodí, je soběstačný, občas si nemůže např. na něco vzpomenout. Postupem času se začíná méně orientovat v prostoru, čase, osobách svých blízkých, zapomíná, co chtěl udělat a proč, kdo vlastně je, ztrácí kontrolu nad svým tělem a myslí, stává se inkontinentním. Z dospělého, soběstačného člověka se tak postupně stává jakoby dítě zcela závislé na pomoci druhých lidí.<sup>27</sup>

<sup>21</sup> Srov. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 11.

<sup>22</sup> Srov. Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 1. Vydání Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-214-9, s 138.

<sup>23</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 13.

<sup>24</sup> Srov. Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 1. Vydání Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-214-9, s 137.

<sup>25</sup> Srov. <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/neurotransmitter>, ze dne 12. 6. 2011

<sup>26</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 18.

<sup>27</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 13–14.

Blízcí nemocného si těžce zvykají na tvrdou realitu měnící se osobnosti svého manžela, družky, maminky, bratra atp. Zpočátku příbuzní nechápou změny v chování nemocného. Proč je dotyčný kupříkladu agresivní, když byl celý život takový „klidšas“. Nechtějí si, stejně jako samotný nemocný, přiznat, že jde o jeden z projevů nemoci. Nemocný se často odmítá podrobit vyšetření, a když na vyšetření přijde, snaží se zahrát roli „normálního člověka“ bez větších komplikací. Nepřizná, že má oproti předcházejícím letům potíže s vybavením si souvislostí, jmen, názvů, zapírá, že je poslední dobou na své blízké převážně nepříjemný nebo je naopak apatický vůči všemu, trpí pocity, že „vše je na nic“, bloumá v noci po domě aj. Člověk se SDM má totiž strach.<sup>28</sup>

Nemocný se stává čím dál více závislým na pomoci druhých lidí, o to více je zranitelnějším a náchylnějším ke zneužití, tak jako tomu bylo například u našeho protektorátního prezidenta, pana doktora Emila Háchy<sup>29</sup>.

SDM lze charakterizovat na základě stádií progresu nemoci, která ovlivňuje jeho schopnost sebeobsluhy a míru péče, jež potřebuje.

- I. Počínající a mírná demence: dotyčný je vcelku ještě soběstačný, nepotřebuje trvalý dohled ani péči.
- II. Rozvinutá demence: zhoršuje se schopnost soběstačnosti, jsou přítomny psychologické a behaviorální příznaky postupující nemoci. V této fázi dochází ke specifickému odlišení nemoci od jiných možných příčin poruch kognitivních schopností a chování. Nemocný již potřebuje nepřetržitou pomoc a dohled.
- III. Těžká demence, terminální stadium: nemocný je nesoběstačný a potřebuje každodenní ošetřovatelkou péči.<sup>30</sup>

### 1.2.1 Zastoupení demence v populaci

Vzhledem k celkovému stárnutí populace a prodlužování věku seniorů dochází i k souhrnnému nárůstu počtu výskytu demencí. Podle nejnovějších studií Alzheimer Europe<sup>31</sup> je demencí v současné době postiženo více než 7,3 milionů obyvatel Evropské unie (v EU žije celkem 495 milionů obyvatel)<sup>32</sup>, z toho v České republice žije přibližně 123 000 obyvatel

<sup>28</sup> Srov. Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, 1. Vydání Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3, s 92–94.

<sup>29</sup> Příloha č. 1.

<sup>30</sup> Srov. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 116.

<sup>31</sup> Srov. <http://www.alzheimer-europe.org/>, ze dne 15. 6. 2011

<sup>32</sup> Srov. [http://europa.eu/about-eu/facts-figures/living/index\\_cs.htm](http://europa.eu/about-eu/facts-figures/living/index_cs.htm), ze dne 15. 6. 2011

se SDM (v ČR je 10 535 811 obyvatel)<sup>33</sup>. Mezi lidmi staršími 65 let věku je demencí postiženo přibližně 5%, a mezi seniory nad hranicí 85 let věku dokonce 30 – 50%.<sup>34</sup> V současné době se odhaduje, že se počet 7,3 milionů trpících demencí v zemích Evropské unie do roku 2040 zdvojnásobí.<sup>35</sup>

V důsledku trpí depresí až 78% partnerů pečujících o lidi s demencí a 47% dospělých dětí, které pečují o své rodiče s demencí. Zdůvodněná závažnost dané problematiky Radou vlády pro seniory a stárnutí populace vedla vládu ČR k tomu, aby zadala odpovídajícím resortům zpracovat návrh koncepce na řešení problematiky Alzheimerovy choroby a dalších demencí či degenerativních onemocnění s obdobnými důsledky. Koncepce měla být dokončena v červnu 2011 a týkala se následujících resortů: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství a Ministerstvo spravedlnosti.<sup>36</sup>

### 1.2.2 Metody vyšetření u demence

Správné rozpoznání demence od stavů, které demenci pouze imitují (jako je tomu např. u depresí či stavech při užívání léků s obsahem toxických látek), a určení typu demence je důležitým výchozím bodem pro stanovení postupu další spolupráce s člověkem stíženým demencí a jeho nejbližšími. Nutno dodat, že „zvláštní“ projevy osoby musí trvat minimálně po dobu 6 měsíců, z důvodu vyloučení jiných zdravotních komplikací.

V běžném životě se stává, že počáteční projevy nemoci okolí i lékaři nemocného zpočátku bagatelizují. Samotná diagnostika demence je složitějším procesem a konečné stanovisko vydá odborný lékař na základě:

- informací pacienta a jeho pečující osoby (ti jej informují o rodinné, osobní, pracovní, sociální a farmakologické anamnéze nemocného)
- somatického vyšetření (laboratorní vyšetření jako je krevní obraz, hladiny vitaminů, kyseliny listové, minerálů, vyšetření štítné žlázy, neurologické vyšetření, výsledky elektroencefalogramu, pulz, EKG, TK)
- orientačního vyšetření poznávacích funkcí (využití různých testů paměti a dalších jako je Mini Mental State Examination /MMSE/<sup>37</sup>, test kreslení hodin aj.)
- zobrazovacích technik (CT mozku, magnetická rezonance mozku, zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek, elektroencefalografické metody).<sup>38</sup>

<sup>33</sup> Srov. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>, ze dne 15. 6. 2001

<sup>34</sup> Srov. <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2011-05/18-demence.pdf>, ze dne 18. 6. 2011

<sup>35</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/cs/10044>, ze dne 18. 6. 2011

<sup>36</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9599/07102010b.pdf>, ze dne 29. 6. 2011

<sup>37</sup> Příloha č. 2.

<sup>38</sup> Srov. Jiráková, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 25–28.

### 1.2.3 Dělení demencí a jejich léčba

Demence lze dělit na základě příčin způsobujících onemocnění:

- a) Primárně degenerativní demence: příčinou je tzv. atroficko-degenerativní proces mozku, jedná se o procesy snižování počtu nervových buněk, počtu spojů nervových buněk, jejich poruchu ve funkci a tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Jedním z důležitých dějů je zde tzv. apoptóza (jednoduše řečeno naprogramovaná buněčná smrt zakódovaná v genetickém materiálu každé buňky). Do této skupiny patří Alzheimerova nemoc, dále demence při Parkinsonově chorobě, demence s Lewyho tělísky, Pickova choroba apod.
- b) Demence symptomatické neboli sekundární: na jejich vzniku se podílí více příčin a lze je dále dělit na dvě podskupiny:
  - demence vaskulární, které vznikají po poškození mozkové tkáně cévními poruchami (nejčastější formou jsou mozkové infarkty, kdy demence může vzniknout na základě jednoho rozsáhlejšího infarktu anebo v souvislosti s mnoha drobnými mozkovými infarkty)
  - a ostatní symptomatické demence, u kterých je vznik odvislý od celkového onemocnění organismu člověka postihující také jeho mozek (v praxi se můžeme setkat s demencemi, jejichž podkladem byla intoxikace, infekce či zánět, úraz mozku atd.)<sup>39</sup>
- c) Smíšené demence: nejčastější formou je smíšená Alzheimerova nemoc s vaskulární demencí a smíšená Alzheimerova nemoc s jinou primárně degenerativní demencí. Jiné typy kombinací se zahrnují do skupiny ostatních smíšených demencí.<sup>40</sup>

Je třeba demenci odlišit také od tzv. mírné kognitivní poruchy (MCI). Jedná se o syndrom, který se vyskytuje u některých druhů počínajících stádií demence a je rizikovým faktorem pro jejich vznik. Nicméně přibližně u jedné třetiny postižených nepřechází v syndrom demence. MCI se ve stáří diagnostikuje na základě testů paměti (subjektivně přímo od nemocného a objektivně od rodinného příslušníka), pozorováním denních činností (schopností spojených se základní sebeobsluhou člověka, komplexních činností týkajících se domácnosti dotyčného a globálních testů kognitivních funkcí) a odborným vyšetřením neurofibrilárního klubka (v hipokamu a kortexu mozku).<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Srov. Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 19–20.

<sup>40</sup> Srov. Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 31 – 32.

<sup>41</sup> Srov. Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s 21–27.



Na základě správné kategorizace demence je možné hledat nejlepší dosud známý způsob léčby dotyčného (farmaka, rehabilitace, terapie přidružených tělesných onemocnění, socioterapie a psychoterapie). Samotná léčba, vzhledem ke skutečnosti, že příčina vzniku SDM není doposud známa, není jednoduchou záležitostí. Použité terapie nikdy dotyčného zcela nevyлéčí, mohou mu však ulehčit od negativních prožitků, bolesti a zpomalit proces progresu nemoci.<sup>42</sup>

Obecně je do léčby demence řazena:

- a) Nefarmakologická léčba: jinak řečeno behaviorální, jejímž cílem je zachování či zlepšení úrovně jednotlivých dovedností motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí, snaha ovlivnit v pozitivním slova smyslu zachování aktivit denního života a smysluplného vyplnění volného času, práce s verbální i nonverbální komunikací klienta.<sup>43</sup>
- b) Farmakologická léčba: jak už bylo výše řečeno, dle přesné kategorizace demence přistupuje lékař k podávání farmak, např. u Alzheimerovy nemoci se v současné době jeví nejúspěšnějším způsobem léčby ovlivnění acetylcholinergního systému (užívaná farmaka typu donepezil, rivastigmin, galantamin)<sup>44</sup>. Dále je, v rámci snahy pozitivně ovlivnit proces demence, možné podávat klientům s demencí podpůrné léky, které pozitivně ovlivňují metabolismus centrální nervové soustavy (především tzv. nootropní farmaka). Jedná se o Extract Ginkgo Biloba, látky likvidující volné kyslíkové radikály či snižující jejich tvorbu, a látky, které působí prostřednictvím nervových růstových faktorů.<sup>45</sup>

### 1.3 Senior se syndromem demence a jeho potřeby

Jak jsme se mohli obeznámit v předešlé kapitole o seniorech, není lehké být seniorem v naší kultuře, natož seniorem se SDM. V praxi se můžeme setkat s projevy diskriminace vůči těmto lidem. Může se jednat o přehlížení projevů demence z důvodu přežívajícího předsudku, že ke stáří přece zapomínání a zmatenost patří. Přitom včasné podchycení nemoci přispívá k lepšímu zvládnutí progresu nemoci. Je důležité nejen pro nemocného ale především pro jeho nejbližší a pečovatele obeznámit se s problematikou demence a začít s psychicko-fyzicko-sociálně-spirituální přípravou na omezení a změny, které s sebou tato závažná nemoc přináší pro všechny zúčastněné.

<sup>42</sup> Srov. <http://www.icm.cz/demence-alzheimrova-choroba>, ze dne 17. 6. 2011

<sup>43</sup> Srov. Pidrman, V., *Demence*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s 93–95.

<sup>44</sup> Srov. Pidrman, V., *Demence*, Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s 112–116.

<sup>45</sup> Srov. Pidrman, V., *Demence*, Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s 126–127.

Jestliže se v rámci celkové péče snažíme o uspokojení potřeb nemocného, ukažme si na modelu hierarchie lidských potřeb v pojetí Abrahama Maslowa<sup>46</sup>, k jakým komplikacím při poskytování samotné pomoci člověku s postupující demencí v praxi dochází.

- a) Základní fyziologické potřeby (tj. strava, pití, spánek, vzduch apod.): Jedná se o základní lidské potřeby, s jejichž uspokojováním nemá zdravý člověk větší problém. U seniorů s postupující demencí začíná celkové rozpoložení člověka ovlivňovat deprese. Ta mimo jiné působí na chuť k jídlu, tudíž v reálném životě nemocný demencí trpívá poruchou příjmu potravy (žravostí, bulimií či lehkou mentální anorexií), k čemuž se postupně přidává inkontinence. Motorické potíže bývají postupně také zasaženy, nemocný má problém např. nalít si vodu do sklenice, odemknout dveře apod. Vzhledem k pocitu tělesného neklidu a potížemi s orientací v čase a v prostoru je narušen také spánkový režim. Nutno před zmínkou vyšších potřeb upozornit na fakt, že fyziologické potřeby člověka mohou řídit chování a myšlení dotyčného. Tudíž v případech, kdy nejsou dle požadavku těla naplněny, vyvolávají v člověku pocity nepohodlí, bolesti a přispívají k rozvoji nemoci.
- b) Potřeba bezpečí: Každý člověk potřebuje mít určitou jistotu, že se pohybuje v bezpečném prostředí, které zná. Vzhledem ke skutečnosti, že demence způsobuje poruchy při poznávání předmětů a lidí, a opět zmiřme potíže s časoprostorovou orientací, je jasné, že senior se SDM prožívá rozporuplné stavy. Neví, co od koho a čeho může očekávat, protože „neví, kdo to je, nebo co to je“.
- c) Potřeba lásky/patření: Každý člověk touží někoho milovat a být milován, být oblíben u druhých, sdílet s někým konkrétním intimní vztah. Seniori s demencí vzhledem ke své věkové kategorii ztrácí spousty kamarádských kontaktů z důvodů úmrtí přátel, svých blízkých či životního druha. S těmi, kteří žijí a jsou s nimi „zadobře“, postupně ztrácí na kvalitě jejich vzájemný mezilidský vztah – demence zasahuje kromě paměti a pocitu bezpečí ve vztahu s druhými i řeč a rozumové schopnosti. V praxi se např. stane, že senior s demencí nepozná svého dlouholetého přítele (životního druha), nerozumí, co mu dotyčný sděluje, nedokáže mu smysluplně odpovědět, začne být na přítele agresivní z důvodu, že mu nerozumí nebo na něj vůbec nereaguje. Předpokládám však, že nemizí jeho vnitřní potřeba mít pocit, že „je milován a někam/k někomu patří“.
- d) Potřeba vážnosti: Lidská bytost touží po jisté míře úcty, kterou si zasluhuje svým výkonem, prestiží, pověstí, odvozuje z tohoto vlastní pocit sebevědomí. Senior odchodem do důchodu začíná být ohrožen ztrátou pocitu kladného sebehodnocení z důvodu, že přestává být výdělečně činným, tedy ekonomicky přínosným pro

---

<sup>46</sup> Srov. Říčan, P., *Psychologie, Příručka pro studenty*. 1. Vydání Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-923-2, s 187 –188.

společnost jako takovou. U seniora se SDM tyto pocity méněcennosti navyšuje depresivní vidění světa a sebe samého, zmatenost z nastalé situace, neschopnost provádět základní každodenní činnosti.

- e) Potřeba „sebeaktualizace“: Zjednodušeně řečeno se zde jedná o touhu člověka překonat sebe sama v konkrétní činnosti, rozvíjet své vlohy a nadání, rozšiřovat vlastní vědění a porozumění. Maslow sem zahrnuje i jistou potřebu po sebetranscendenci, prožitku vrcholných zážitků, duchovního růstu. Senior s demencí je na základě rozumových poruch postupně zcela omezen ve snaze o naplnění potřeby seberealizace dle představ většinové společnosti (úspěch v kariéře, prohlubující se poznávání vědy, spirituální růst). S postupující nemocí můžeme hovořit o seniorovi, který se snaží „seberealizovat“ tím, že stihne zavčas dojít na toaletu anebo se dokáže sám bez pomoci druhého najíst (i to se s progresí nemoci stává nemožným).<sup>47,48</sup>

Dotkneme-li se opět tématu uspokojování sexuálních potřeb seniorů, senioři s demencí mohou mít tendence zmíněné potřeby naplňovat nevhodným způsobem. V realitě se můžeme setkat s určitým nezdrženlivým chováním nemocných (např. masturbací na veřejnosti, obnažováním, či vulgárním pokřikováním na ostatní) nebo naopak celkovým vymizením sexuálního pudu.<sup>49</sup>

V každodenní péči o seniory se SDM je jedním z nejobtížnějších úkolů hledání nových možností, jak naplňovat potřeby nemocného a dát mu možnost trávit smysluplně čas, aniž by pomáhající degradoval jeho lidskou důstojnost (např. tím, že s nimi bude jednat jako s malými dětmi z důvodu, že se jakoby malými dětmi opět stávají)<sup>50</sup>.

#### 1.4 Senior se syndromem demence a komunikace

Čím více nemoc prostupuje osobností seniora, tím obtížněji se s dotyčným domluvíme. Stručně si uveďme změny v komunikaci dle fází nemoci:

- a) Fáze potřeby dohledu: nemocný demencí nedokáže hovořit o nedávných událostech a má problém nalézt odpovídající slova. Z toho důvodu má tendenci využívat mlhavějších, neurčitých výrazů (např. „to“, „něco“, „oni“). Důsledkem je, že sdělovaná

<sup>47</sup> Srov. Říčan, P., *Psychologie, Příručka pro studenty*. 1. Vydání Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-923-2, s 187–188.

<sup>48</sup> Srov. Pichaud, C., Thureauvoá, I., *Soužití se staršími lidmi*, 1. Vydání Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3, s 90–92.

<sup>49</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 69–73.

<sup>50</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 13–14.

informace vyzní jakoby bezobsažně (např. „Já jsem tu kvůli tomu, že oni mi řekli to o tom.“).

- b) Fáze potřeby péče: nemocný se přestává snažit o zapojení do konverzace, a pokud začne hovořit, mluví jakoby od středu toho, co chtěl sdělit. Je přesvědčen o tom, že jeho okolí ví, o čem mluví. Přestává dělat rozdíly mezi minulým a přítomným, nechápe abstraktní pojmy (např. pojem „intelligence“, „myšlenka“). Je pro něj obtížné říci celou větu, proto využívá k projevu běžné fráze (např. „Měl jste dnes pěkný den?“, „Co říkáte na dnešní počasí?“).
- c) Fáze ošetrovatelské péče: vyjadřovací schopnosti nemocného zcela mizí. Většinou dokáže reagovat několika neartikulovanými zvuky při doprovodných fyzických impulsech (teplo, chlad, bolest, pohyb). V tomto stupni nemoci je pro nemocného důležité cítit, že je v jeho blízkosti člověk, který ho má rád. To lze vyjádřit objetím, pohlazením po ruce, úsměvem i verbálně se zabarvením, jež dává senioru s demencí najevo, že s námi se „může cítit v bezpečí“.<sup>51</sup>

Jak a o čem se bavit se seniorem, který žije „v jiném světě“ a komunikuje „jiným způsobem“ než ostatní průměrně zdraví lidé? Vzhledem k prohlubujícím se potížím s pamětí, ztrátou schopnosti porozumět slovům a tvorbou nových slov, netrpělivosti, fabulaci a v konečných fázích nemoci i němotě, zůstává ta aktivnější část komunikace na pečujícím (příbuzném, rodině, přátelích). Čím více pečující zná osobnost nemocného a jeho minulost, typy poruch a jejich projevy v současné době, tím více se zvyšují jeho šance na vcelku kvalitní dorozumění se seniorem se SDM.

Při komunikaci s nemocným je třeba přizpůsobit se jeho rytmu, využít chvíle klidu, kdy v blízkém okolí nehraje rádio či není puštěná televize, aby se senior dokázal soustředit na to, co mu říkáme. Je třeba volit jednodušší slovní obraty i věty, přesto však s dotyčným nejednat jako s malým dítětem (př. „Tak dědoušku, teď se hezky napapinkáme...“), anebo v horším případě mu pouze dávat příkazy, co má teď udělat (př. „Tak, teď se hezky zklidníte a pojíte!“).

Je přínosné pro zachování lidské důstojnosti při oslovování nemocného používat jméno dotyčného a za pomoci očního kontaktu dávat najevo náš upřímný zájem o něj. Nemá smysl nemocného přesvědčovat o tom, že nemá pravdu, mýlí se, vyvracet mu jeho přesvědčení, ale ani mu lhát. Nemocný žije „minulostí“, protože svým způsobem utíká před přítomností, ve

<sup>51</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 59–62.

keré uvízl nepochopený svým okolím i sebou samým. Komunikace související s minulostí jej uklidňuje a prohlubuje jeho důvěru vůči naslouchajcímu.<sup>52,53</sup>

Velkou roli v tomto obtížném dorozumívání sehrává nonverbální komunikace. Láskyplné gesto pomocí dotyku spolu s vhodně zvolenými slovy (např. při pomoci s oblékáním může pečující položit nemocnému dlaň na rameno, sklonit se k němu tak, aby navázal oční kontakt, a pomalu stručně popíše, s čím dotyčnému bude pomáhat: „Teď Vám, paní Nováková, pomůžu převléct triko, které necháme vyprat, a vybereme spolu nové, které se Vám bude líbit...“) je určitě oboustranně obohacujícím přístupem oproti pouhému „automatickému, strojovému provedení“ nutných činností.

V oblasti sluchového vnímání je senior trpící demencí citlivý na přílišný hluk (subjektivně prožívá nepříjemně hlasitou hudbu, bouchání dveřmi, křik apod.), ale oblíbená hudba v odpovídající hlasitosti na něj působí příznivě. Stejně tak i vyladění správného odstínu hlasu, který používáme při komunikaci s nemocným, přispívá k lepší odezvě nemocného. Pokud se bavíme s nemocným o konkrétní věci, dopomůže k pochopení sdělované informace, když máme možnost dotyčnému ukázat prakticky předmět odpovídající sdělovanému obsahu. Pečující by měl být schopen odpozorovat, co jaký výraz ve tváři nemocného ukazuje, a navázat na prožívání dotyčného – dostává tak šanci pochopit, co se uvnitř seniora se SDM odehrává.

Syndrom demence není nakažlivou nemocí, proto se nemusíme obávat ponechat nemocnému volný prostor pro činnosti, které zvládne dělat sám, aniž by uškodil svému okolí. Stejně tak je tomu i s možností udržovat sociální kontakty. Zkusme si představit sami sebe, jak by se chtělo nám po určité době strávené mimo dosah běžné společnosti starat o vlastní vzhled, mít zájem o komunikaci se svým okolím apod.<sup>54</sup>

Navíc není třeba obávat se využívat daru humoru. Díky jeho vhodnému používání můžeme snížit napětí z vážnosti nemoci. Lidé se SDM dokáží až do poslední chvíle rozeznat humorné ladění druhého a díky tomu se cítit v dané chvíli šťastní.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Srov., Pichaud, C., Thareauvoá, I., *Soužití se staršími lidmi*, 1. Vydání Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3, s 94–95.

<sup>53</sup> Srov. Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, s 76–77.

<sup>54</sup> Srov. Pichaud, C., Thareauvoá, I., *Soužití se staršími lidmi*, 1. Vydání Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3, s 95–99.

<sup>55</sup> Srov. Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X, s 105–107.

Obdobně je tomu, dle mého názoru, u sdílení duchovních prožitků nemocného s druhým/i. Skutečnost, že senior se SDM má možnost rozmlouvat s profesionálním či laickým duchovním o vnitřních pocitech, jež se týkají např. pocitů křivdy:

- vůči Bohu („Proč zrovna já musím na tom být tak špatně?“)
- vůči svému okolí („Proč já a ne ten...., co celý život dělá druhým jenom peklo ze života?“)
- vůči rodině („Tak mě šoupli sem do ústavu, zbavili se mě...“), jak tomu může být zejména u seniorů v počátečních fázích onemocnění, či možnost sdílet prožitky modlitebních setkání, zpěvu náboženských písní, čtení textů z Bible apod., a to bez ohledu na stupeň postupující nemoci. Myslím si, že velice hezky poukázala na přesah potřeb lidí se SDM Sue Barrance, autorka jednoho zahraničního projektu zaměřeného na poskytování duchovní péče lidem se SDM.

*„Duchovní život člověka s příchodem demence nekončí, může být podporován a utvrzován pomocí komplexně zaměřeného přístupu, který respektuje jedinečnost osobnosti každého člověka. Kromě péče zaměřené na fyzickou stránku nemocného je třeba v přístupu k němu dbát o:*

- *ohleduplné a trpělivé naslouchání a odpovídající verbální či neverbální reakce*
- *každodenní vytváření zvláštních příležitostí*
- *to být poblíž nemocného při prožitcích nesnesitelných úzkostí*
- *podporu osobní víry a setkávání nemocného se skupinou věřících*
- *přijetí a podporu člověka se SDM při jeho možnostech podílet se na prožívání duchovního života u jiných lidí, atd.“ (volný překlad) <sup>56</sup>*

---

<sup>56</sup> Srov. [http://www.dementia-voice.org.uk/Publications\\_download.htm](http://www.dementia-voice.org.uk/Publications_download.htm), Spirituality report, Barrance, S., *The Spiritual Care of People with Dementia*, s 3.

## II. DUCHOVNÍ PÉČE

Samotné slovo „duch“ značí, že se jedná o oblast, jejíž náplní je péče o „*duchovní podstatu, která je vlastní všem živým bytostem*“<sup>57</sup>. Pojem duchovní tedy označuje v lidském slova smyslu objektivně obtížně uchopitelnou podstatu něčeho, co transcenduje naše hmotné, materiální, ale i psychické Já. Někteří lidé si s duchovní oblastí spojují víru v Boha (jako osobitou, konkrétní bytost), jiní víru v To, Ono (či Něco), co nás převyšuje a dává věci do pohybu, další v tajemství reinkarnace duší apod.

V rámci empiričtějšího směřování bychom mohli hovořit o „neuvědomované religiozitě“ V. E. Frankla. Frankl ve svých tezích existenciální analýzy říká, že součástí každého člověka (ať už se sám považuje za věřícího či ne) je právě tzv. neuvědomovaná religiozita. Dále ve svých myšlenkách dochází k přesvědčení, že v případech, kdy u člověka dochází k odumírání víry, děje se tak na základě skutečnosti, že jeho samotná víra (představa víry) byla znetvořena.<sup>58</sup>

Slovo „péče“ označuje proces „*starání se o někoho či o něco*“. Protikladem dané aktivity bychom tedy mohli označit jev, když někdo něčemu či někomu nevěnuje pozornost, je vůči dotyčnému lhostejným.<sup>59</sup>

Pod termínem duchovní péče tedy můžeme rozumět aktivitu, kterou se člověk snaží druhému pomoci, v dobrém slova smyslu, v hledání odpovědí na otázky týkající se vnitřního prožívání jedincova Já ve vztahu k Onomu (přesahujícímu lidské bytí).

Vzhledem k současné situaci naší euroamerické společnosti, která je čím dál více zahlcena pluralitou náboženských církví a společenství (někteří autoři mluví o jisté pluralitě náboženského vyznání a intenzity i uvnitř samotných křesťanských církví s dopadem na jejich samotné postavení)<sup>60</sup>, jsem se rozhodla pro tuto práci používat termín duchovní péče. Chci tak dát prostor úvahám o možnostech poskytování duchovní péče nejen z řad křesťanských církví a zároveň upozornit na to, že i klasická pastorační péče křesťanských společenství by měla reagovat na skutečné potřeby lidí, jež se v mnoha směrech mění

<sup>57</sup> Srov. [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=du%B9e](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=du%B9e), ze dne 30. 6. 2011.

<sup>58</sup> Srov. Frankl, V., E., *Psychoterapie a náboženství*, Brno: Cesta, 2007, ISBN 80-7295-088-6, s 38–44.

<sup>59</sup> Srov. Křivohlavý, J., *Pastorální péče*, Praha: Oliva, 2000, ISBN 80-85942-42-9, s 8.

<sup>60</sup> Srov. Opatrný, A., *Cesty pastorače v pluralitní společnosti*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, ISBN 80-7192-930-1, s 15.

z důvodu proměny charakteru celé společnosti.<sup>61</sup> To, dle mého soudu, koresponduje s článkem 15 (1), uvedeným v Listině základních práv a svobod, kde jsou vymezena práva a svoboda osobního vyznání jednotlivce: „*Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.*“<sup>62</sup>

Dle Českého statistického úřadu z roku 2001 se při tzv. sčítání lidu oficiálně přihlásilo ke konkrétnímu vyznání víry nebo členství v církvi 3,3 milionů obyvatel, což je přibližně jedna třetina lidí z celkového počtu obyvatel ČR. Lidé se hlásili ke křesťanskému, muslimskému, židovskému, buddhistickému vyznání či k jiným náboženským hnutím. Počet věřících je nejvíce zastoupen ve věkové skupině seniorů a to hlavně žen (muži umírají v průměru dříve).

<sup>63</sup>

## **2.1 Praktické uplatnění duchovní péče u seniorů se syndromem demence**

Ačkoliv se duchovní péče dotýká rozličných směrů náboženství a vyznání, budu při dalším objasňování dané problematiky vycházet z křesťansko-židovských pramenů. Důvodem je fakt, že základy naší společnosti stojí z velké části na těchto kulturních základech a naše legislativa a morální představy vychází ze starozákonního Desatera. Dalším důvodem je má osobní víra vycházející z křesťanského prostředí, tudíž přehled o možnostech v poskytování duchovní péče u křesťanských společenství je pro mne uchopitelnější, než je tomu u jiných skupin věřících.

Dle mého názoru, jak jsem měla možnost doposud odpozorovat při návštěvách v různých křesťanských sborech, poskytují křesťanská společenství svým členům, tzn. i seniorům se SDM, duchovní péči cestou:

- a) společně sdílené duchovní péče (skupinově): děje se tak na základě společných shromáždění, mší, biblických a modlitebních skupin. Společná shromáždění zastřešuje svoji přítomností profesionální duchovní (farář, kazatel) či pověřený laický duchovní (laický kazatel, jáhen, diákon apod.).
- b) individuální duchovní péči: probíhá formou setkávání duchovního s konkrétním člověkem, jednatel má možnost s kazatelem (farářem/diákonom/bratrem či sestrou ve víře) probírat témata, která jej tíží či naopak těší.

<sup>61</sup> Srov. Opatrný, A., *Cesty pastorační v pluralitní společnosti*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, ISBN 80-7192-930-1, s 17.

<sup>62</sup> Srov. <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, ze dne 28. 7. 2011

<sup>63</sup> Příloha č. 3.



V křesťanských sborech fungují také setkávání určená specifickým skupinám, jež probíhají na základě dohody mezi jednotlivými členy skupin, např. setkávání rodin s dětmi, scházení mládeže, programy pro seniory.

Myslím si, že křesťanské církve se v podstatě snaží vytvářet pro své členy nejen duchovní, ale i sociální síť jejíž hranice by měly být neomezené stejně jako slova Krista, ze kterého vychází životní směřování křesťanů: „...cokoli jste udělali pro nejmenšího z těchto mých bratrů, to jste udělali pro mne.“<sup>64</sup> Upřímné vyznání víry, lásky a naděje (dle listu 1. Korintským 13. kapitoly)<sup>65</sup> zasahuje do každodenních radostí i starostí křesťana. Ten, kdo duchovní péči poskytuje, nehovoří tedy s druhým člověkem pouze o „nadpozemských“ věcech, ale často právě o „pozemských“.

Duchovní péče se, dle odborného přístupu, dělí na:

- a) pastorální péči: jedná se o teologickou odnož, disciplínu, která se zjednodušeně řečeno zabývá tématy jak vyučovat náboženství, jak postupovat při organizaci náboženských obřadů. Pastorální péče se snaží o posílení víry člena konkrétního uskupení věřících, povzbuzení v hledání správného postoje k sobě samému, Bohu a svému okolí.<sup>66,67</sup>

Výchozí myšlenky pro službu pastorální péče jsou obsaženy v biblickém, novozákonním podobenství o Milosrdném Samaritánovi, který pomohl člověku v nouzi, aniž by jej osobně znal, snažil se mu vnucovat své osobní přesvědčení a cokoli by pak na oplátku za pomoc vyžadoval.<sup>68</sup>

- b) pastorální (praktickou) teologii: označuje poněkud modernější přístup vycházející z pastorální péče, nicméně praktická teologie již více soustředí svůj zájem na konkrétní životní situaci jedince, kterou teologicky, tzn. z hlediska víry v Boha a pramenů víry rozebírá, analyzuje a snaží se slovně vyjádřit návrhy řešení, jež by člověku mohly pomoci. Pastorální teologie úzce spolupracuje se sociologií, psychologií, filozofií a sociální prací. Pastorální teologie se stává základní motivací pro sociální práci u věřících, protože reaguje na potřeby jedince, který se ocitá v nouzi. Zároveň je prostředkem sociální práce, kdy poskytující duchovní službu na

<sup>64</sup> Srov.: Matouš 25:31-46, *Bible, Překlad 21. století*, 1. Vydání Praha: Biblion, 2009, ISBN 978-80-87282-00-7, s 1288

<sup>65</sup> Srov. 1. Korintským 13:1-13, *Bible, Překlad 21. století*, 1. Vydání Praha: Biblion, 2009, ISBN 978-80-87282-00-7, s 1456

<sup>66</sup> Srov. Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Kříšťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010, ISBN 978-80-904137-6-4, s 16

<sup>67</sup> Srov. Křivohlavý, J., *Pastorální péče*, Praha: Oliva, 2000, ISBN 80-85942-42-9, s 7-21

<sup>68</sup> Příloha č. 4.

této úrovni může v určitých případech pomoci klientovi v motivaci při dosahování cílů souvisejících s jeho sociálním fungováním.<sup>69</sup>

- c) diakonii: zde se jedná přímo o „službu potřebným“, která se opírá o dva základní kameny – charitu (vhodný způsob, jak pomoci lidem, kteří se v obtížné situaci ocitli) a politiku (snaha aktivně ale nenásilně měnit názory, zákony a politické poměry, které nouzové situace lidí způsobují).<sup>70</sup>
- d) charitativní práci: ta ve své činnosti propojuje službu diakonie a sociální práce. Znamená to, že do sociální práce vnáší věřící nejen své teologické osobní smýšlení, ale zároveň diakonická činnost je ovlivňována zákony a hodnotami sociální práce.

Charitativní práce cíleně zaměřuje svůj zájem na lidi, skupiny a komunity, které jsou opomíjeny ze strany sociálního státu co do poskytování sociální péče. Tím se opět navrací ke kořenům poskytování pomoci bez ohledu na to, ke které společenské třídě potřebný člověk náleží, obdobně jak tomu bylo ve výše popsaném podobenství o Milosrdném Samaritánovi.<sup>71</sup>

Z výše popsaného dokážeme uchopit výchozí důvody snahy křesťanů o uplatnění v sociálních službách jako takových. Křesťanstvo vnímá sociální práci a duchovní péči jako celek, a proto v současné době církve zřizují instituce poskytující sociální služby, jako je tomu např. u neziskové organizace Diakonie ČCE, neziskové humanitární organizace Charita České republiky a občanského sdružení Naděje či ADRA. V praxi to nicméně neznamená, že duchovní péče je nabízena pouze u poskytovatelů sociálních služeb církevního charakteru. U ostatních organizací záleží na otevřenosti a schopnosti personálu vyjít vstříc své klientele co do možnosti naplňování jejich duchovních potřeb. Byla jsem velmi mile překvapena např. při své praxi v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník ve Chvalčově<sup>72</sup> tím, jak v rámci tzv. individuálního plánování analyzují mimo základní potřeby svých klientů i jejich duchovní potřeby – dotazují se jich (zákonných zástupců) při nástupu k pobytu, na co jsou zvyklí či jaké přání dotyčný v rámci spirituální oblasti má.

Myslím si, že u sociálních služeb církevního charakteru by poskytovatel neměl opomíjet právo každého klienta, navzdory tomu, že klient je nemocný i po psychické stránce, tak jako

<sup>69</sup> Srov. Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Křišťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010, ISBN 978-80-904137-6-4, s 17-23

<sup>70</sup> Srov. Opatrný, M., Lehner, M., Bohlen, S., Doležel, J., Svoboda, R., Urban, D., Elichová, M., Maliňáková, L., *Teorie a praxe charitativní práce*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Teologická fakulta, 2010, ISBN 978-80-7394-214-4, s 39-41

<sup>71</sup> Opatrný, M., Lehner, M., Bohlen, S., Doležel, J., Svoboda, R., Urban, D., Elichová, M., Maliňáková, L., *Teorie a praxe charitativní práce*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Teologická fakulta, 2010, ISBN 978-80-7394-214-4, s 43-45

<sup>72</sup> Srov.: <http://jaryn.nwt.cz/usp/>, ze dne 28. 7. 2011

je tomu i u seniorů se SDM, na svobodný výběr společenství, faráře, duchovního apod. Nemělo by se stát „daným pravidlem“, že příchozí klient bude automaticky využívat služeb církve, která sociální službu provozuje. Poskytování duchovní péče je obtížné zejména v tom, aby poskytující ustál dialog osobních názorů a přesvědčení bez sklonu násilím vnucovat druhému své přesvědčení.<sup>73</sup> Lze tedy usuzovat, že člověk nabízející duchovní péči musí být vnitřně vyrovnaný a smířený sám se sebou, svým vztahem k Bohu (Onomu) a s ostatními lidmi.

U seniorů, včetně seniorů se SDM, má víra praktický význam ze dvou zásadních důvodů:

- víra představuje a upevňuje duchovní hodnoty trvalého rázu s přesahem smrtelného života
- lidé mají potřebu sdílet své prožitky víry s druhými lidmi obdobného smýšlení, budovat určité církevní společenství; církevní společenství tvoří součást sociální identity seniora – dává mu sociální roli, jež stářím není znehodnocovaná.

Návštěvy bohoslužeb, biblických hodin a dalších aktivit společenství poskytují seniorovi smysluplné trávení času. Víra starému člověku dopomáhá k tomu, aby se dokázal s problémy, které stáří přináší, lépe vyrovnávat, a to ať už jde o tělesné stárnutí či duchovní prožitek přesahu sebe sama. Přímo prožitek Boha, dle E. Eriksona, může být pro seniora podporou v zátěži (může získat pocit určité jistoty Božího vedení a bezpečí), smysluplným vyústěním negativních událostí v jeho životě (projevy Boží vůle, které mohou mít určitý vyšší smysl) a podporou v situacích, kdy si připadá zcela bezmocný a osamělý (tomu napomáhá účast na bohoslužbách či soukromé modlitby).<sup>74</sup>

U seniorů se SDM se můžeme ptát, nakolik jsou schopni o spirituálních prožitcích s druhým člověkem hovořit. Z kapitoly pojednávající o problematice syndromu demence je zřejmé, že během počátečních fází onemocnění by neměl být problém komunikovat s nemocným seniorem o religiózních tématech, pokud si to dotyčný přeje, stejně tak i jeho účast na společných shromážděních věřících by neměla být obtížnou.

U pokročilých fází SDM narážíme u nemocného na velký úbytek schopnosti soustředit se, vůbec porozumět verbálně sdělovaným obsahům a vyjádřit se. Navzdory těmto překážkám je však možné poskytovat i nadále péči duchovního rozměru na individuální bázi. Je však třeba, aby se poskytovatel péče dobře obeznámil s minulostí nemocného a jeho současnými

<sup>73</sup> Srov. Opatrný, A., *Cesty pastorače v pluralitní společnosti*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, ISBN 80-7192-930-1, s 26-28

<sup>74</sup> Srov. Vágnerová, M., *Vývojová psychologie*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0, s 507–508.

projevy v komunikaci. Na tomto základě může při osobní návštěvě nemocného potěšit např. čtením jeho dříve oblíbených pasáží z Bible či jiné náboženské literatury, může se s ním modlit, popřípadě (pokud je poskytovatel duchovní péče nadán muzikálně) si může s nemocným zazpívat duchovní písně. Právě během takových chvil má křesťan možnost uplatnit v praxi výše citovaná slova Krista: „...cokoli jste udělali pro nejmenšího z těchto mých bratrů, to jste udělali pro mne.“<sup>75</sup>

## 2.2 Duchovní péče o seniory se syndromem demence v kontextu sociálních služeb

Pojem sociální služby je spjat s přijetím zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách (účinnosti zákon nabyl dne 1. 1 2007). Pro účely tohoto zákona se sociální službou míní činnost či soubor aktivit zajišťujících pomoc a podporu osobám s cílem sociálně dotyčné začlenit anebo preventivně je uchránit před sociálním vyloučením.<sup>76</sup>

Sociální služby se dělí dle typu poskytované služby na sociální péči, služby sociálního poradenství a služby sociální prevence. Pro další návaznost této práce nás bude zajímat druhé dělení na sociální služby:

- a) pobytové (např. domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby), které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb
- b) ambulantní (např. pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní stacionáře, odborné sociální poradenství, intervenční centra, centra denních služeb), to jsou ty, za nimiž klienti dochází či jsou doprovázeni/dopravováni do zařízení sociálních služeb, není zde součástí ubytování
- c) terénní (např. pečovatelská služby, odborné sociální poradenství, osobní asistence, odlehčovací služby), jež jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí<sup>77</sup>

V praxi se setkáváme s poskytovateli (a zřizovateli) sociálních služeb z řad:

- c) veřejnoprávních institucí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady)<sup>78</sup>
- d) soukromoprávních institucí, tzn. nestátních (neziskové organizace humanitárního typu jako je Charita České republiky či ADRA, různé spolky jako je např. Naděje,

<sup>75</sup> Srov. Matouš 25:31-46, *Bible, Překlad 21. století*, 1. Vydání Praha: Biblion, 2009, ISBN 978-80-87282-00-7, s 1288.

<sup>76</sup> Srov. § 3 odst.a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>77</sup> Srov. § 32 – 34 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>78</sup> Srov. §5 odst. 1 – 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

občanská sdružení kupříkladu Hewer, Podané ruce, dále Diakonie ČCE, ale i registrované fyzické osoby jakou je např. paní Věra Prokopová ze Vsetína<sup>79</sup>).

Poskytovaná sociální služba probíhá na základě písemné či ústní smlouvy (až na výjimky dle zákona) uzavřené mezi poskytovatelem sociální služby a jejím uživatelem. Ve smlouvě jsou jasně stanovené podmínky průběhu služby pro obě strany, výše úhrad, doba platnosti smlouvy, čas a místo poskytování služby atd.<sup>80</sup>

Dle mého úsudku je vhodné zde zmínit možnosti využití pomoci svépomocných spolků, společností či internetových serverů, ačkoliv nejsou registrováni coby poskyvatelé sociálních služeb. Jejich úloha je v obtížných situacích, jako je tomu u seniorů se syndromem demence, nezastupitelná. V České republice se můžeme v současné době kontaktovat např. s Českou alzheimerovskou společností (se sídlem v Praze 8 – Kobylisích), která je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International<sup>81</sup> nebo využít internetových poradenských služeb Pečující on-line, kde se blízcí nemocného demencí mohou anonymně zeptat na požadované informace o odborné literatuře, o kontaktech na svépomocné skupiny, o poskytovatelích sociálních služeb, získat radu apod.<sup>82</sup>

Nicméně vraťme se zpět k sociálním službám. V rámci Standardů kvality sociálních služeb (Standardy kvality sociálních služeb jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)<sup>83</sup> se začalo zavádět tzv. individuální plánování průběhu sociální služby, jehož cílem je z dřívějších „pasivních“ příjemců služeb činit aktivní klienty<sup>84</sup>. Uživatel služby konzultuje od začátku užívané služby své osobní cíle, přání a potřeby se sociální pracovnící, v průběhu služby s přiděleným tzv. klíčovým pracovníkem (tím může být sociální pracovníce či sociální pracovník přímé obslužné péče apod.). Klíčový pracovník je zde od toho, aby hájil zájmy uživatele sociální služby, byl mu podporou, zajímal se iniciativně o jeho cíle, zájmy a potřeby, vnímal uživatele jako celistvou osobnost.<sup>85</sup>

<sup>79</sup> Srov.

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?pg=6&zaok=&sd=pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1+slu%C5%BEba&zak=Zl%C3%ADnsk%C3%BD&SUBSESSION\\_ID=1307534153557\\_6#results](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?pg=6&zaok=&sd=pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1+slu%C5%BEba&zak=Zl%C3%ADnsk%C3%BD&SUBSESSION_ID=1307534153557_6#results), ze dne 8. 6. 2011

<sup>80</sup> Srov. § 90 - 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>81</sup> Srov. <http://www.alzheimer.cz/>, ze dne 5. 10. 2011

<sup>82</sup> Srov. <http://www.pecujici.cz/>, ze dne 5. 10. 2011

<sup>83</sup> Srov. § 38 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

<sup>84</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/cs/5963>, bod 5., ze dne 9. 6. 2011

<sup>85</sup> Srov. Čermáková, K., Johnová, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 1. Vydání Praha: FOKUS, 2002, 80-85529-45-4, s 45–53.

S přihlédnutím k možnostem poskytované duchovní péči docházím tedy k závěru, že pokud přidělený klíčový pracovník přistupuje ke svým „svěřencům“ opravdu zodpovědně, zajímá se nejen o klientovy fyzické, psychické a sociální potřeby, ale i o duchovní. Dle mého názoru by se měl tento fakt odrážet také v přístupu k seniorům se SDM, kteří projeví přání účastnit se např. společných shromáždění věřících či se soukromě setkat s profesionálním duchovním. Klíčový pracovník by měl být schopen v této situaci aktivně zareagovat na daný podnět a dotázat se klienta (jeho blízkého) na detaily ohledně představ o poskytované duchovní péči (se kterým duchovním by se rád sešel – zda z církve katolické, protestantské, či chce docházet pravidelně na společnou bohoslužbu apod.). Následně se pracovník snaží zrealizovat projevené přání nemocného.

Vzhledem k jednotlivým fázím postupujícího SDM předpokládám, že takto nemocný senior během fáze potřeby dohledu a potřeby péče je stále schopen komunikovat, dokáže sdílet své vnitřní prožitky na duchovní bázi. U nemocného ve fázi ošetrovatelské péče se pracovník může dopátrat potřebných informací o předešlém duchovním životě seniora od jeho blízkých.

Dle mého mínění, pokud vycházíme z cílů sociálních služeb, mezi které mimo jiné patří i *„výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů“*<sup>86</sup>, nemůžeme přistupovat k možnostem, jež skýtá poskytování duchovní péče seniorům se SDM, s předsudky zbytečnosti a nesmyslnosti. Jestliže hovoříme o „užitečnosti“ duchovní péče pro seniory se SDM užívajících sociálních služeb, myslím si, že duchovní péče naplňuje smysl nejen v tzv. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, ale i v aktivizační činnosti a terapeutické činnosti. Neopomínejme skutečnost, že projevená přání klienta (pokud nejsou v rozporu s právy a zájmy druhých) odpovídají bodu o prosazování práv a zájmů uživatele sociálních služeb. Předpokládám, že v kontextu zejména pobytových a ambulantních sociálních služeb je realizovatelné zprostředkování setkání klienta s duchovním či zorganizování shromáždění skupiny klientů s farářem/kazatelem minimálně tak, jak to již v některých zařízeních funguje dnes. A to bez ohledu na to, zda je zřizovatelem organizace církevní či státní (např. v Domově pro Seniory v Radkově Lhotě<sup>87</sup>, jejímž zřizovatelem je Krajský úřad Olomouckého kraje, probíhá úspěšně dvakrát týdně katolická mše a individuální setkávání charakteru pastorální teologie realizuje dobrovolnice z Církve československé husitské).

---

<sup>86</sup> Srov. <http://www.mpsv.cz/cs/9>, ze dne 21. 6. 2011

<sup>87</sup> Srov. <http://www.domovrl.cz/index.php?nid=1274&lid=CZ&oid=120809>, ze dne 21. 6. 2011

Myslím si, že během poskytování pomoci při naplňování potřeb člověka se poskytovatelé sociálních služeb mohou něco přiučit od hospiců. Ty se v rámci tzv. paliativní péče snaží o to, aby se člověk v posledních fázích svého života cítil co nejméně osamocen, k čemuž napomáhá právě zohlednění jeho bio-psycho-spirito-sociálních potřeb.<sup>88</sup> V praxi se můžeme setkat se vstřícným mezi denominačním krokem, který udělal kupříkladu Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (zřizovatelem je Diakonie České církve evangelické), jež nabízí duchovní a pastorační služby nejen od duchovních ČCE, ale i církve římskokatolické.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Srov. Hanzlíková, A., a kol., *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české Vydání Martin: Osveta, 2007, ISBN 978-80-8063-257-1, s 265-267.

<sup>89</sup> Srov. <http://www.citadela.cz/duchovni-a-pastoracni-pece/>, ze dne 10. 8. 2011

## PRAKTICKÁ ČÁST

### III. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY SE SYNDROMEM DEMENCE VE ZLÍNSKÉM KRAJI

Zlínský kraj obývá celkem 596 903 obyvatel, z nichž 109 736 tvoří obyvatelé starší šedesáti let. Kraj se line napříč třemi etnograficky zajímavými oblastmi: Slováckem, Hanou a Valašskem, zabírá území o rozměru 3964 km<sup>2</sup>.<sup>90</sup>

V současné době je ve Zlínském kraji dle Registru poskytovatelů sociálních služeb (dále jen Registr) přístupného na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí nabízeno celkem 475 typů sociálních služeb.<sup>91</sup>

#### 3.1 Cíl první fáze praktické části

Cílem první fáze praktické části této práce je zmapovat místní a časovou dostupnost zařízení poskytujících sociální služby seniorům se SDM ve Zlínském kraji v návaznosti na obsah Standardu č. 12. Ten se zabývá zohledněním potřeb cílové skupiny klientů, kterým je daná služba určena, nakolik místo a denní doba poskytování služby odpovídá cílům a charakteru služby.<sup>92</sup>

#### 3.2 Postup při mapování poskytovatelů sociálních služeb

Pro samotné zmapování sociálních služeb poskytovaných seniorům se SDM jsem vycházela ze seznamu všech aktuálních sociálních služeb ve Zlínském kraji (dále jen Seznam), který mi ochotně na vyžádání zaslala paní Mgr. Helena Zbranková z odd. Plánování a rozvoje sociálních věcí Zlínského kraje, dne 8. 8. 2011. Dále jsem porovnávala Seznam s obsahem Registru a s webovými stránkami jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Vyhledávání služeb probíhalo v časovém rozmezí 1. 8. 2011 – 15. 9. 2011.

Při vyhledávání služeb určených naší cílové skupině jsem narazila na úskalí - zákon o sociálních službách u domovů se zvláštním režimem přímo vymezuje, komu je služba určena. Mimo jiné konkretizuje: „...*osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí.*“<sup>93</sup> Nicméně u jiných typů zařízení se v zákoně tato formulace

<sup>90</sup> Srov. <http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?nid=3581&docid=27940&doctype=ART&did=3657>, ze dne 8. 8. 2011

<sup>91</sup> Srov. [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1312811364950\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1312811364950_1), ze dne 8. 8. 2011

<sup>92</sup> Srov. Čermáková, K., Johnová, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 1. Vydání Praha: FOKUS, 2002, 80-85529-45-4, s 82 – 83.

<sup>93</sup> Srov. § 50 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách



neobjevuje. V praxi se proto mohu na webové prezentaci, např. u poskytovatelů pečovatelské služby, dočíst, že služba je určena lidem s chronickým a duševním onemocněním, osobám se zdravotním postižením. Konkrétní zmínka o osobách se SDM zde není navzdory skutečnosti, že služba je určena i těmto lidem. Z tohoto důvodu jsem vycházela z předpokladu, že sociální služby jsou pro seniory se SDM poskytovány v zařízeních, která ve svém popisu vymezují za cílovou skupinu následující:

- osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí
- osoby s chronickým duševním onemocněním
- osoby s chronickým onemocněním
- osoby se zdravotním postižením
- osoby s jiným zdravotním postižením
- osoby s tělesným postižením<sup>94</sup>

### 3.3 Pobytové služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji

Tabulka 1 - Domovy se zvláštním režimem

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Kapacita
Domov Jabloňová	Vsetín	Diakonie ČCE	20 osob
Domov pro seniory Burešov	Zlín	Zlínský kraj	64 osob
Domov pro seniory Lukov	Lukov	Zlínský kraj	21 osob
Domov seniorů Hvězda	Zlín Malenovice	Hvězda, o.s.	45 osob
Dům služeb seniorům Hvězda	Zlín	Hvězda, o.s.	50 osob
Dům pokojného stáří Nedašov	Nedašov	Naděje, o.s.	22 osob
Dům pokojného stáří Zlín	Zlín	Naděje, o.s.	17 osob
SENIOR Otrokovice	Otrokovice	Město Otrokovice	12 osob
Domov se zvláštním režimem Strom života	Kroměříž	Sociální služby Města Kroměříže	54 osob
Domov pro seniory Buchlovice	Buchlovice	Sociální služby Města Uh. Hradiště	50 osob
Domov se zvláštním režimem Kvasice	Kvasice	Sociální služby Města Uh. Hradiště	66 osob
Domov pro seniory Podlesí	Bystřička	Sociální služby	18 osob

<sup>94</sup> Srov. § 32 – 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

		Vsetín	
Charitní dům Pokojného stáří	Cetechovice	Oblastní charita Kroměříž	38 osob

Ve Zlínském kraji je celkem 13 domovů pro seniory se zvláštním režimem či s oddělením zvláštního režimu, určeného i seniorům se SDM, z toho 4 zařízení jsou církevního charakteru a 9 necírkevního.

*Tabulka 2 - Odlehčovací služby*

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Kapacita
Dotek, o. p. s.	Vizovice	Dotek, o. p. s.	16 osob
Víceúčelový charitní dům	Halenkov	Charita svaté Rodiny Nový Hrozenkov	3 osoby
Charitní dům Pokojného stáří	Cetechovice	Oblastní charita Kroměříž	4 osoby
Senior Otrokovice	Otrokovice	Město Otrokovice	4 osoby
Odlehčovací služby	Pačlavice	Sociální služby Pačlavice, p. o.	2 osoby
Centrum pro seniory Holešov	Holešov	Město Holešov	2 osoby
Domov pro seniory Vsetín Ohrada	Vsetín	ČCE Diakonie	4 osoby
Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	ČCE Diakonie	8 osob
Odlehčovací služba Hluk	Hluk	Oblastní Charita Uherské Hradiště	3 osoby

Ve Zlínském kraji je tedy celkem 9 zařízení poskytujících odlehčovací služby pobytovou formou sociálních služeb, z toho 5 zařízení je církevního charakteru a 4 necírkevního.

K lepší orientaci v místní dostupnosti pobytových sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji slouží přiložená mapa.<sup>95</sup>

<sup>95</sup> Srov. Příloha č. 5

### 3.4 Ambulantní služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji

Tabulka 3 - Pečovatelská služba

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Diakonie ČCE – Valašské Meziříčí	Valašské Meziříčí	Diakonie ČCE	Po, St: 7:00 – 17:00 Út, Čt, Pá: 7:00 – 15:30
Dům s pečovatelskou službou	Hulín	Decent Hulín, p. o. e) Město Hulín	Po – Pá: 9:00 – 10:00
Domy s pečovatelskou službou Středisko osobní hygieny	Holešov	Charita Holešov	Po – Pá: 6:30 – 15:00 ostatní dle smlouvy zjištěno telefonicky
Charitní pečovatelská služba Valašské Klobouky	Valašské Klobouky	Charita Valašské Klobouky	Po – Pá: 7:00 – 19:00
Dům s pečovatelskou službou	Brumov - Bylnice	Charita Valašské Klobouky	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Charitní pečovatelská služba	Zlín	Charita Zlín	Út, Čt: 9:00 – 13:00 St: 9:00 – 12:00
Středisko osobní hygieny a prádelny PS Chropyně	Chropyně	Město Chropyně	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Domy s pečovatelskou službou	Napajedla	Město Napajedla	Po – Pá: 7:00 – 20:00 So, Ne: 18:00 – 20:00 10:00 – 13:00

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Domov pokojného stáří	Pohořelice	Obec Pohořelice	Centrum hygieny: Čt: 8:00 – 11:00 Prádelna: Po – Pá: 6:00 – 7:00 zjištěno telefonicky
Dům s pečovatelskou službou – Středisko osobní hygieny	Spytihněv	Obec Spytihněv	Út: 13:00 – 14:00
Pečovatelská služba Kroměříž, Středisko osobní hygieny	Kroměříž	Pečovatelská služba Kroměříž, o. p. s.	Po – Pá: 7:00 – 16:00
Domy s pečovatelskou službou	Uherský Brod, Starý Hrozenkov	Sociální služby Uherský Brod	Po – Ne: 6:00 – 22:00
Pečovatelská služba Dům s upravitelnými chráněnými byty	Babice	Obec Babice	Po – Pá: 12:30 – 15:30

Ve Zlínském kraji se nachází celkem 13 zařízení poskytujících pečovatelskou službu ambulantní formou, z toho 5 zařízení je církevních a 9 necírkevních.

Tabulka 4 - Odlehčovací služby

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Denní stacionář pro osoby postižené demencí nebo poruchami paměti	Vsetín	Letokruhy, o. s.	Po – Ne: 7:00 – 15:30 ostatní dle smlouvy

Ve Zlínském kraji je 1 necírkevní zařízení poskytující naší cílové skupině odlehčovací službu ambulantní formou.

Tabulka 5 - Denní stacionáře

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Denní stacionář pro seniory	Valašské Meziříčí	Diakonie ČCE	Po – Pá: 7:00 – 17:00
Denní stacionář Zahrada	Vsetín	Diakonie ČCE	Po – Pá: 7:30 – 16:00
Denní stacionář	Luhačovice	Charita Svaté rodiny Luhačovice	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Denní stacionář pro seniory Slunečnice	Halenkov	Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov	Po – Ne: 7:00 – 18:00
Denní stacionář pro seniory	Brumov - Bylnice	Charita Valašské Klobouky	Po – Pá: 7:00 – 15:30 zjištěno telefonicky
Denní stacionář pro seniory	Vsetín	Charita Vsetín	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Denní stacionář pro osoby postižené demencí nebo poruchami paměti	Vsetín	Letokruhy, o. s.	Po – Ne: 7:00 – 15:30
Denní stacionář Domovinka	Uherský Brod	Oblastní charita Uherský Brod	Po – Ne: 7:00 – 15:30

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Denní stacionář pro seniory	Chvalčov	Oblastní charita Bystřice pod Hostýnem	Po – Pá: 7:00 – 15:00

Zlínský kraj má celkem 9 denních stacionářů, jejichž cílovou skupinu tvoří i senioři se SDM, z toho 8 zařízení je církevního charakteru a 1 necírkevního.

*Tabulka 6 - Odborné sociální poradenství*

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Občanská poradna Charity Zlín	Zlín	Charita Zlín	Út: 10:00 – 12:00 13:00 – 17:00 Pá: 8:00 – 12:00 13:00 – 15:00
Občanská poradna V Koordinačním a Informačním centru	Vsetín	Vzdělávací a Komunitní centrum Integra Vsetín	Út, Čt: 12:30 – 16:30 St, Pá: 8:00 – 12:00 12:30 – 16:30
Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	Zlín	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, p. o.	Po – St: 8:00 – 18:00 Čt: 8:00 – 16:00 Pá: 8:00 – 14:00

Ve Zlínském kraji jsou celkem 3 poradny, které nabízí službu odborného sociálního poradenství ambulantní formou i seniorům se SDM, z toho 1 poradna je církevní a 2 necírkevní.

Tabulka 7 - Intervenční centra

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Intervenční centrum pro osoby ohrožené domácím násilím	Zlín	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Zlín, p. o.	Po, St: 7:00 – 15:00 Út, Čt: 7:00 – 18:00 Pá: 7:00 – 13:00 (v dalším čase pověřený pracovník dostupný mobilním telefonem)

Zlínský kraj má 1 necírkevní intervenční centrum pro seniory se SDM poskytující službu ambulantní formou.

Tabulka 8 - Centra denních služeb

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Centrum denních služeb pro seniory	Uherské Hradiště	Oblastní charita Uherské Hradiště	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Centrum denních Služeb pro seniory	Boršice	Oblastní charita Uherské Hradiště	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Dům s pečovatelskou službou	Otrokovice	Město Otrokovice	Po – Pá: 7:00 – 15:00

Ve Zlínském kraji jsou 3 centra denních služeb určených seniorům se SDM, z toho 2 jsou církevní a 1 necírkevní.

*Tabulka 9 - Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s tělesným postižením*

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Centrum seniorů Uherský Brod	Uherský Brod	Oblastní charita Uherské Brod	Po – Pá: 8:00 – 12:00 zjištěno telefonicky
Soc.aktiviz.sloužby pro seniory a osoby se zdrav.postižením	Rožnov pod Radhoštěm	Oblastní charita Valašské Meziříčí	Po: 14:00 – 17:00 Čt: 8:00 – 9:00

Zlínský kraj má 2 církevní sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s tělesným postižením, jejichž služby jsou určeny i seniorům se SDM.

K celkové orientaci v místní dostupnosti ambulantních sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji slouží přiložená mapa.<sup>96</sup>

<sup>96</sup> Srov. Příloha č. 6



### 3.5 Terénní služby pro seniory se syndromem demence ve Zlínském kraji

Tabulka 10 - Pečovatelská služba

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Decent Hulín, p. o.	Hulín	Decent Hulín, p. o.	Po – Pá: 7:00 – 20:00
Diakonie ČCE - středisko Valašské Meziříčí	Valašské Meziříčí	ČCE Diakonie- středisko Valašské Meziříčí	Po – Pá: 7:00 – 18:00 jiné dle smlouvy
Dotek, o. p. s.	Vizovice	Dotek o.p.s.	Po – Pá: 7:00 – 15:30 zjištěno telefonicky
Charita Holešov	Holešov	Charita Holešov	Po – Pá: 6:30 – 15:00 jiné dle smlouvy
Charitní pečovatelská služba Štítná nad Vláří	Štítná nad Vláří	Charita sv. Vojtěcha Slavičín	Po – Ne: 7:00 – 19:00
Charitní pečovatelská služba Slavičín	Slavičín	Charita sv. Vojtěch Slavičín	Po – Ne: 7:00 – 19:00
Pečovatelská služba Koryčany	Koryčany	Domov pro seniory Koryčany, p. o.	7:00 – 15:00 jiné dle smlouvy zjištěno telefonicky
Charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba	Luhačovice	Charita svaté rodiny Luhačovice	Po – Pá: 7:00 – 15:30 jiné dle smlouvy
Pečovatelská služba	Karolinka	Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov	Po – Ne: 6:00 – 21:00
Charitní pečovatelská služba Brumov-Bylnice	Brumov-Bylnice	Charita Valašské Klobouky	Po – Ne: 7:00 – 15:30
Charitní pečovatelská služba Valašské Klobouky	Valašské Klobouky	Charita Valašské Klobouky	Po – Ne: 7:00 – 15:30 jiné dle smlouvy

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Pečovatelská služba	Rožnov pod Radhoštěm	Charita Valašské Meziříčí	Po – Pá: 7:00 – 15:00 jiné dle smlouvy
Charitní pečovatelská služba Kelč	Kelč	Charita Valašské Meziříčí	Po – Pá: 7:00 – 15:00
Pečovatelská služba v obci Valašská Bystřice a Malá Bystřice	Valašská Bystřice, Malá Bystřice	Charita Valašská Bystřice	Po – Pá: 7:00 – 14:00 zjištěno telefonicky
Charitní pečovatelská služba	Vsetín	Charita Vsetín	nepřetržitý provoz
Charitní pečovatelská služba	Zlín	Charita Zlín	Po – Pá: 7:00 – 15:30 jiné dle smlouvy
Pečovatelská služba města Chropyně	Chropyně	Město Chropyně	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Pečovatelská služba Napajedla	Napajedla	Město Napajedla	Po – Pá: 7:00 – 20:00 So – Ne: 10:00 – 13:00 18:00 – 20:00
Charitní pečovatelská služba Břeclav	Břeclav	Oblastní charita Břeclav	Po – Ne: 7:00 – 20:00
Pečovatelská služba Spytihněv	Spytihněv	Obec Spytihněv	Po, St – Pá: 7:00 – 14:00 Út: 7:00 – 13:00
Charitní pečovatelská služba Břeclav v Pohořelicích	Pohořelice	Charita Břeclav	Po – Pá: 9:00 – 13:00 zjištěno telefonicky

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
CHOPS	Bystřice pod Hostýnem	Oblastní charita Bystřice pod Host.	Po – Pá: 6:00 – 15:30 jiné dle smlouvy Víkendy, svátky: 6:00 – 22:00 jiné dle smlouvy
Charitní pečovatelská služba	Kroměříž	Oblastní charita Kroměříž	Po – Pá: 6:30 – 15:00
Charitní pečovatelská služba	Kvasice	Oblastní charita Kroměříž	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Pečovatelská služba Bánov	Bánov	Oblastní charita Uherský Brod	Po – Ne: 6:00 – 18:00
Charitní pečovatelská služba Uherský Brod	Uherský Brod	Oblastní charita Uherský Brod	Po – Pá: 6:30 – 17:30 So, Ne, svátky: 8:00 – 13:00
Pečovatelská služba Korytná	Korytná	Oblastní charita Uherský Brod	Provoz nepřetržitý
Pečovatelská služba Strání	Strání	Oblastní charita Uherský Brod	Provoz nepřetržitý
Pečovatelská služba Horní Němčí	Horní Němčí	Oblastní charita Uherský Brod	Po – Pá: 7:00 – 18:00 So, Ne, svátky: 7:00 – 8:00 12:00 - 13:00 17:00 – 18:00
Pečovatelská služba Dolní Němčí	Dolní Němčí	Oblastní charita Uherský Brod	Provoz nepřetržitý
Oblastní spolek Českého červeného kříže Zlín	Zlín	OS ČČK Zlín	Po – Pá: 7:30 – 16:00
Pečovatelská služba Kroměříž	Kroměříž	Pečovatelská služba Kroměříž, o. p. s.	Po – Pá: 7:00 – 15:30

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Podané ruce	Zubří	Podané ruce, Sociální družstvo	Po – Pá: 7:00 – 15:00 jiné dle smlouvy
Senior centrum UH	Uherské Hradiště	Senior centrum UH, p. o.	Po – Pá: 7:00 – 15:30
Věra Prokopová	Vsetín	Věra Prokopová	Po – Pá: 6:00 – 15:00 jiné dle smlouvy
Sociální služby Města Bojkovice	Bojkovice	Sociální služby Města Bojkovice, p. o.	Po – Ne: 7:00 – 18:30
Zdislava Vsetín	Vsetín	Zdislava Vsetín, o. p. s.	Provoz nepřetržitý

Ve Zlínském kraji je celkem 37 zařízení poskytujících terénní pečovatelskou službu seniorům se SDM, z toho 24 zařízení je církevních a 13 necírkevních.

*Tabulka 11 - Odborné sociální poradenství*

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Občanská poradna Charity Zlín	Zlín	Charita Zlín	Po, St, Čt: 9:00 – 13:00

Zlínský kraj má 1 církevní zařízení poskytující naší cílové skupině terénní formou odborné sociální poradenství.

Tabulka 12 - Osobní asistence

<b>Název zařízení</b>	<b>Lokalizace</b>	<b>Poskytovatel</b>	<b>Provozní doba</b>
Diakonie ČCE- Středisko ve Valašském Meziříčí	Valašské Meziříčí	Diakonie ČCE Středisko ve Valašském Meziříčí	Po – Pá: 7:00 – 21:00 jiné dle smlouvy
Osobní asistenční služba	Karolinka	Charita svaté Rodiny Nový Hrozenkov	Provoz nepřetržitý
Osobní asistence	Valašské Klobouky	Charita Valašské Klobouky	15 hodin asistence 1 uživatel/ 1 týden
Centrum osobní asistence	Valašské Meziříčí	Charita Valašské Meziříčí	Dle smlouvy
Osobní Asistenční služba	Vsetín	Charita Vsetín	Dle smlouvy
Středisko Naděje Vsetín - Rokytnice	Vsetín - Rokytnice	Naděje, o. s	Dle smlouvy
Osobní asistenční služba	Bystřice pod Hostýnem	Oblastní charita Bystřice p. Host.	Dle smlouvy
Osobní asistence	Kroměříž	Oblastní charita Kroměříž	Nepřetržitý provoz
Centrum osobní asistence	Uherské Hradiště	Oblastní charita Uherské Hradiště	Nepřetržitý provoz
Podané ruce, Sociální družstvo	Zubří	Podané ruce, Sociální družstvo	Nepřetržitý provoz

Ve Zlínském kraji je celkem 10 zařízení provozujících službu osobní asistence určené seniorům se SDM, z toho 9 zařízení je církevních a 1 necírkevní.

Tabulka 13 - Odlehčovací služby

Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Letokruhy, o.s.	Vsetín	Letokruhy, o.s.	Základní provoz: 7:00 – 15:00 jiné dle smlouvy

Zlínský kraj má 1 necírkevní zařízení poskytující terénní odlehčovací službu.

Tabulka 14 - Intervenční centra

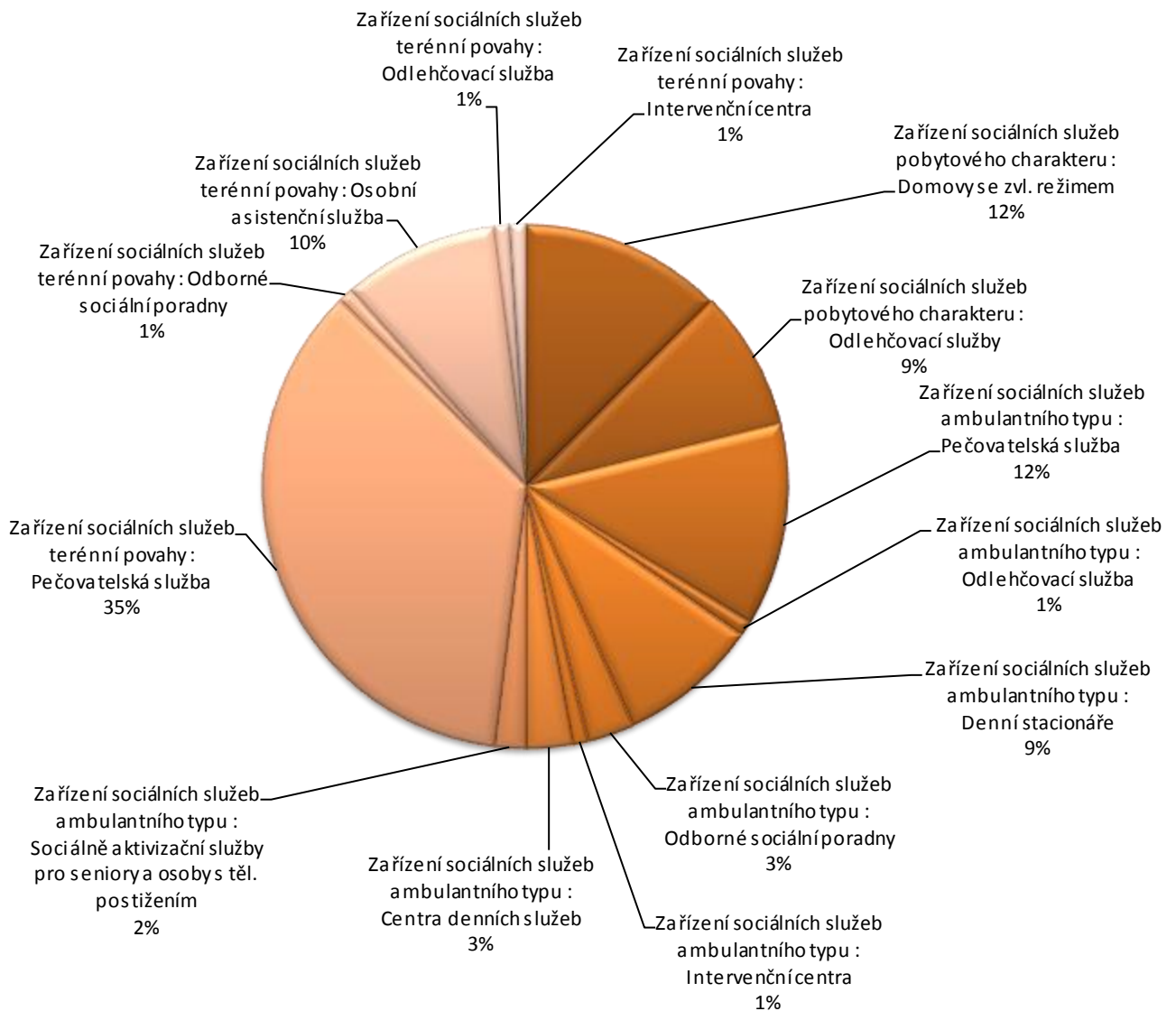
Název zařízení	Lokalizace	Poskytovatel	Provozní doba
Intervenční centrum pro osoby ohrožené domácím násilím	Zlín	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Zlín, p. o.	Po, St: 7:00 – 15:00 Út, Čt: 7:00 – 18:00 Pá: 7:00 – 13:00 (během ostatní doby je k dispozici pověřený pracovník na mobilním telefonu)

Ve Zlínském kraji je 1 necírkevní intervenční centrum poskytující služby seniorům se SDM terénní formou.

K lepší orientaci v místní dostupnosti terénních sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji slouží přiložená mapa.<sup>97</sup>

<sup>97</sup> Srov. Příloha č. 7

## Dostupnost sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji



#### **IV. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY SE SYNDROMEM DEMENCE VE ZLÍNSKÉM KRAJI A DUCHOVNÍ PÉČE**

Pro uskutečnění druhé fáze praktické části jsem potřebovala, aby proběhla první část, ze které jsem posléze čerpala vzorek respondentů.

##### **4.1 Formulace výzkumného problému**

Ve své druhé části výzkumného projektu jsem chtěla porovnat, do jaké míry se odlišuje podoba nabízených/poskytovaných duchovních služeb seniorům se SDM v zařízeních sociálních služeb církevního charakteru od necírkevních ve Zlínském kraji spolu s rozdílností u pobytových, ambulantních a terénních služeb. Osobně mne zajímalo, zda církevní poskytovatelé neinklinují k nabídce duchovní péče „pouze“ zástupci z řad vlastní církve (vzhledem k problematice poskytování duchovní péče nastíněné v kapitole 2).

##### **4.2 Formulace výchozích hypotéz**

Vzhledem ke stanovení výchozích hodnotících kritérií jsem vycházela z následujících hlavních hypotéz.

*VH1: Církevní poskytovatelé sociálních služeb nabízí seniorům se SDM více služeb z oblasti duchovní péče než je tomu u necírkevních poskytovatelů /v rámci Zlínského kraje/.*

Zde jsou proměnnými – poskytovatelé sociálních služeb (tj. příčina) a nabídka duchovní péče (tj. důsledek, závislá proměnná).

*VH2: Rozsah nabídky/poskytování duchovní péče u zařízení sociálních služeb je odvislá od typu sociální služby (pobytové, ambulantní, terénní) /v rámci Zlínského kraje/.*

Proměnnými jsou tedy rozsah nabídky/poskytování duchovní péče (tj. závislá proměnná) a typ sociální služby (tj. příčina).

*VH3: Církevní poskytovatelé sociálních služeb nabízí seniorům se SDM zpravidla pouze duchovní služby od zástupců své církve /v rámci Zlínského kraje/.*

U této hypotézy jsou proměnnými – církev, coby poskytovatel sociálních služeb (příčina) a zástupci poskytující duchovní péči (důsledek, závisle proměnná).

##### **4.3 Předvýzkum, rozhodnutí o technice sběru dat a formulace pracovních hypotéz**

Z původních třech základních otázek o tom, zda poskytovatelé duchovní péči poskytují v rámci svých zařízení, kdo ji poskytuje (duchovní, zástupci kterých denominací) a v jaké formě (individuální, skupinová), ze kterých sestával v podstatě předvýzkum (rozeslaný e-mailovou cestou na pět, převážně pobytových, zařízení sociálních služeb v Olomouckém kraji 11. 10. 2011 s ukončením k datu 17. 10. 2011), jsem na radu svého vedoucího práce vlastní výzkum rozšířila na celkem deset otázek, tzv. pracovních hypotéz. Jejich snahou bylo



podchytit přehled o základním rozsahu duchovní péče, jež poskytovatelé sociálních služeb seniorům se SDM nabízí, umožňují. Provedení podoby se ustálilo na tzv. polostandardizovaném dotazníku, tzn. že respondenti u otázek č. 1, 3, 5, 6, 7, 8 a 9 měli předem dané možnosti odpovědí, ze kterých měli vybrat odpovídající (jednu i více), a u zbývajících otázek č. 2, 4 a 10 tvořily odpovědi nedokončené věty, jež měly doplnit vlastní formulací. K určitému „bonusu“ navíc jsem využila otázky č. 10, kdy jsem chtěla získat podněty od sociálních pracovníků výše popsaných zařízení k určité zpětné reflexi o tom, nakolik je poskytování duchovní péče seniorům se SDM přínosné/zatěžující při běžném chodu instituce poskytující sociální služby.

1. *Využívají v rámci vašeho zařízení seniori se SDM služby duchovní péče?*
  - a) ANO
  - b) NE

Tato otázka sloužila jako základní oddělení zařízení sociálních služeb seniorům se SDM, kteří duchovní péči nabízejí/poskytují od ostatních.

2. *V našem zařízení seniori se SDM službu duchovní péče nevyužívají z důvodu:*

Otevřená otázka dávala prostor poskytovatelům k vyjádření skutečností, které vedou k tomu, že se nemohou spolupodílet na duchovní péči u seniorů se SDM, a zároveň mi poskytla zpětnou reflexi o tom, nakolik byly formulace dalších otázek vhodné/nevhodné pro poskytovatele pobytových, ambulantních i terénních služeb, zda se všechny typy služeb mohou „vejít“ do takto pojatého šetření. Vzhledem ke skutečnosti, že mé osobní zkušenosti s prací se seniory se SDM jsou převážně charakteru pobytového a ambulantního, odrazilo se to i na podobě pokládaných otázek.

3. *Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje:*
  - a) *Profesionální duchovní (farář, kazatel..)*
  - b) *Laický duchovní (jáhen, diákon,..)*
  - c) *Zaměstnanec našeho zařízení*

Jedná se již o konkrétní otázku korespondující s rozsahem nabídky/poskytování duchovních služeb v zařízeních sociálních služeb.

4. *Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje zástupce:*
  - a) *Římskokatolické církve*
  - b) *Protestantské církve (uvedte, prosím, které):*
  - c) *Jiného náboženského společenství (uvedte, prosím, kterého):*

Otázka konkretizovala ve spojitosti s poskytovatelem sociální služby, zda poskytovatel – církev „monopolně“ nabízí/poskytuje duchovní péči ve svém zařízení zástupci „pouze“ z řad vlastní církve, či dává prostor i představitelům jiných náboženských skupin.

5. *Duchovní péče je poskytována formou:*
  - a) *Skupinového setkávání (mše, modlitební setkání apod.)*
  - b) *Individuálního setkávání (duchovního s uživatelem služby v soukromí)*
  
6. *Duchovní péči v našem zařízení poskytuje duchovní:*
  - a) *pouze členům své církve (společenství)*
  - b) *i členům z jiných církví (společenství)*
  
7. *Duchovní péče se odehrává:*
  - a) *V pravidelných intervalech (např. pravidelná mše, modlitební setkání, každotýdenní individuální setkání duchovního s klientem)*
  - b) *Nárazově, dle domluvy klienta (jeho zástupce) s duchovním*
  
8. *Senioři se SDM užívající našich služeb jsou členy:*
  - a) *Pouze jednoho konkrétního církevního společenství*
  - b) *Různých denominací*
  - c) *Žádného církevního společenství (ateisté)*
  
9. *Možnost duchovní péče v našem zařízení:*
  - a) *Byla seniorovi se SDM nabídnuta naším zaměstnancem*
  - b) *Senior se SDM o službu duchovní péče požádal sám*
  - c) *O duchovní péči zažádal rodinný blízký (zákonný zástupce, přítel) seniora se SDM*

Otázky č. 5 – 9 opět mapují rozsah nabízených/poskytovaných služeb duchovní péče v rámci zařízení sociálních služeb určených seniorům se SDM, nakolik zástupci jednotlivých církví odpovídají skladbě uživatelů v zařízeních, a jak se k možnosti užívání duchovní péče uživatelé dostanou.

10. *Z hlediska sociálních pracovníků je poskytování duchovní péče seniorům se SDM pro běžný provoz našeho zařízení:*
  - a) *Zatěžující – v čem:*
  - b) *Přínosné – v čem:*
  - c) *Nevíme*

Tato otázka byla svým způsobem k dotazníku přidána jakoby „navíc“, nicméně jsem chtěla zjistit, zda sociální pracovníci výše popsaných zařízení vnímají poskytování duchovní péče v zařízeních sociálních služeb seniorům se SDM jako prospěšné či ne.

Vzhledem k nutnosti třídění zodpovězených dotazníků při samotném vyhodnocování na církevní a necírkevní zařízení sociálních služeb, a také kvůli zpětné reflexi o vhodnosti otázek pro všechny tři formy služeb (pobytové, ambulantní a terénní) jsem respondenty žádala o uvedení údajů názvu zařízení, adresy, poskytovatele a formy služeb. Jednala jsem tak i z důvodu, že je spousta poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají více jednotlivých zařízení (např. Diakonie ČCE Vsetín poskytuje seniorům se SDM pobytovou službu – domov se zvláštním režimem Domov Jabloňová, pobytovou odlehčovací službu v Domově pro seniory Ohrada, ambulantní službu denního stacionáře Zahrada).<sup>98</sup>

#### **4.4 Rozhodnutí o vzorku a konstrukci nástrojů pro sběr dat**

Jak již bylo výše naznačeno, základní soubor jednotek pro vlastní výzkum tvořili poskytovatelé sociálních služeb určených seniorům se SDM ve Zlínském kraji, které jsem na základě první fáze praktické části vyhledala. Pro oslovení a žádost o spolupráci na vyplnění dotazníku jsem z časových a finančních důvodů zvolila elektronickou cestu, oslovení na konkrétních e-mailových adresách jednotlivých zařízení.

#### **4.5 Průběh výzkumu, výsledky a analýza**

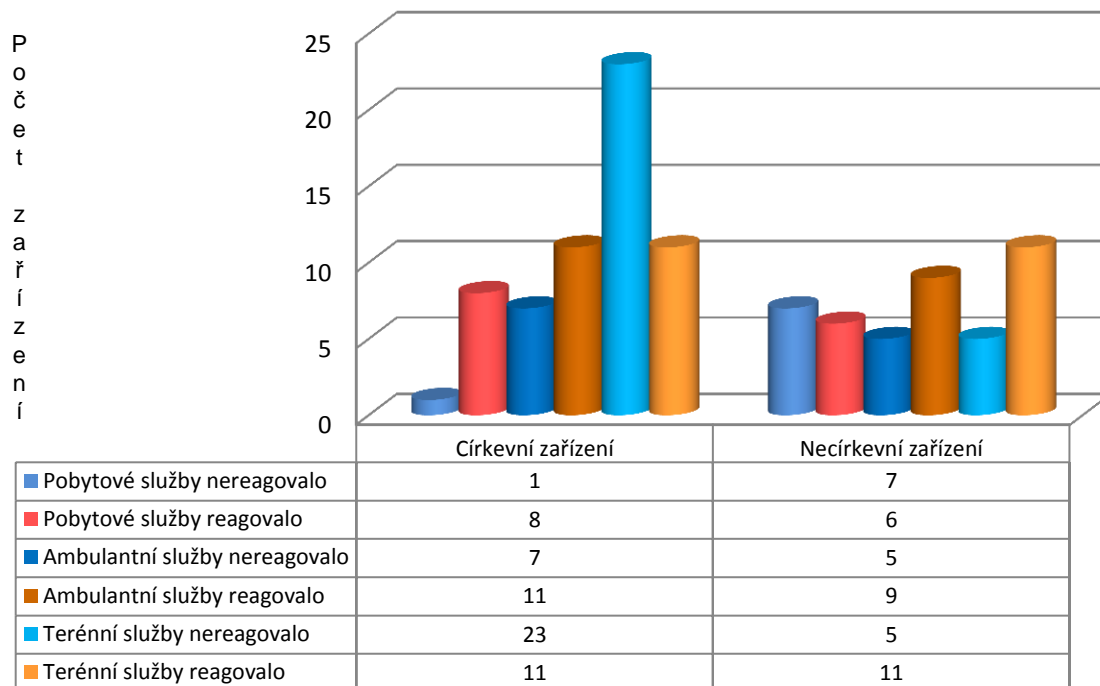
Elektronickou cestou jsem dotazník zaslala celkem 104 zařízením sociálních služeb ve Zlínském kraji, u 61 zařízení je poskytovatelem církevní společenství a u 43 necírkevní instituce. Dotazník byl zaslán 9. 11. 2011, a vyplnění a zaslání zpět jsem požádala v termínu do 16. 11. 2011. Druhé kolo – urgenci dotazníku u zařízení, která nereagovala, jsem si dovolila provést 18. 11. 2011 s ukončením do 22. 11. 2011. Soudě dle reakcí oslovených, kdo se chtěl šetření zúčastnit, učinil tak ve většině případů během prvních dvou dnů po obdržení dotazníků – buďto v prvním či druhém, urgujícím, kole.

Z dotázaných reagovalo celkem 30 církevních zařízení a 24 necírkevních, do projektu se tedy zapojilo celkem 54 zařízení, tj. 52% z celkového počtu oslovených.

---

<sup>98</sup> Příloha č. 8

## Rozčlenění zařízení dle odezvy na dotazník

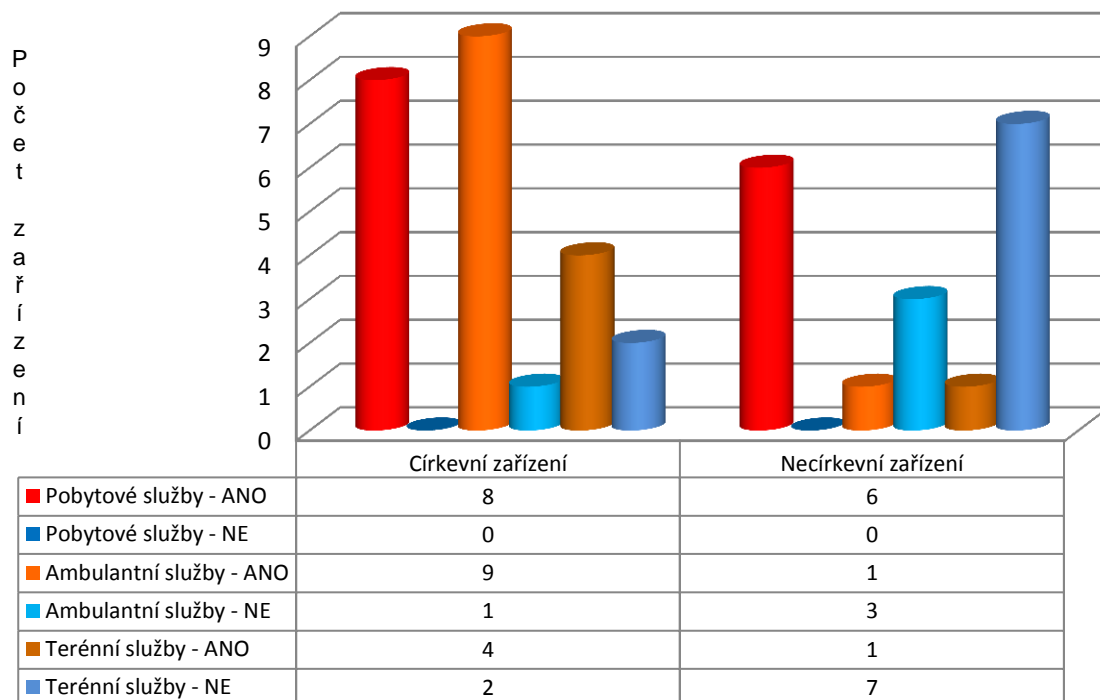


## Otázka č. 1: Využívají v rámci vašeho zařízení senioři se SDM služby duchovní péče?

b) ANO

b) NE

## Využívání duchovní péče



Do vyhodnocení dále nebyly zařazeny následující:

Z církevních zařízení:

- jedno terénní a jedno ambulantní služby: z důvodu, že nevedou samostatnou evidenci jednotlivých cílových skupin, nemohou se tedy „vejít“ do dotazníku
- tři terénních služeb: důvodem dle ředitelky všech zařízení byl dle jejich slov fakt, že „dotazník vnímá jako velmi nízký co do obsahu a formy a nepromyšlený, bez získání hodnoty do praxe“ apod.
- jedno terénní služby: z důvodu, že nemají klienty seniory se SDM

Z necírkevních zařízení:

- jedno ambulantní a jedno terénní služby: nemají v péči seniory se SDM
- jedno ambulantní a jedno terénní služby: „dotazník je zaměřen spíše na pobytové typy služeb, naše zařízení pracuje formou ambulantní a terénní, takže bychom se do otázek nevešli“
- jedno ambulantní a jedno terénní služby: „Nejsme pobytovým zařízením, všichni klienti bydlí buď ve vlastních či nájemných bytech, tento dotazník není vhodný pro naši sociální službu.“

**Otázka č. 2: V našem zařízení senioři se SDM službu duchovní péče nevyužívají z důvodu:**

U církevních zařízení:

- jedno terénní služby: „Nemají zájem. Pokud mají, obrací se většinou na svou rodinu či přímo na faráře, který dělá pravidelné návštěvy.“
- jedno církevní zařízení ambulantní a jedno terénní služby: „Naše zařízení nemá službu tohoto směru.“
- jedno pobytové služby: „Na vlastní přání, z vlastního rozhodnutí.“
- jedno ambulantní služby: „Akutní zhoršení nemoci; ve svém životě neměli a nemají přímé vazby na duchovní oblast.“
- jedno ambulantní a jedno terénní služby: „...záleží i na stadiu demence.“

U necírkevních zařízení:

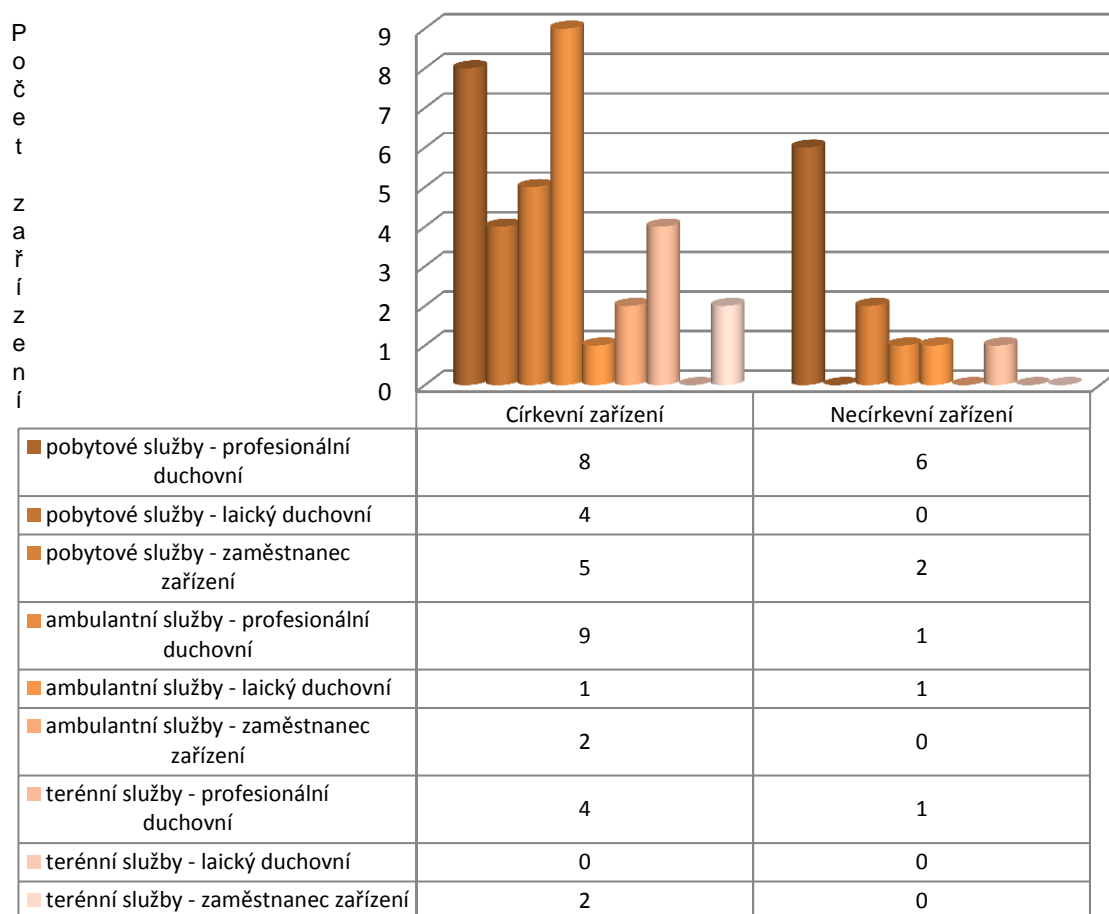
- jedno terénní a dvě ambulantní služby: „Naši uživatelé jsou nájemníky v domě s byty zvláštního určení, mají každý své soukromí...pouze pokud sami požádají vedoucí či sociální pracovníci, je jim vyhověno dle provozních, personálních aj. možností zařízení. Občasné jsou konány různá společná setkání uživatelů, kterých se mohou

*dobrovolně účastnit, není zde realizován zvláštní ‚duchovní program‘, který by byl určen výhradně uživatelům služby.“*

- jedno terénní služby: *„Nikdy do kostela nechodili. Jen jedna věřící, sestra ČCE, obtížně chodí, dovoz do shromáždění nevyužívá. Ráda si doma čte církevní noviny, časopisy a knihy. Občas mívá návštěvy sester ze shromáždění.“*
- jedno terénní služby: *„naše zařízení neposkytuje duchovní služby ani nezařizujeme, nejsme pobytovou službou“*
- dvě terénních služeb: *„duchovní služby jsou záležitostí samostatného klienta“*
- jedno ambulantní a jedno terénní služby: *„otázka víry je považována za velmi citlivou osobní informaci, kterou nesmíme u uživatele zjišťovat“*
- jedno terénní služby: *„o duchovní stránku našich klientů se starají příbuzní“*
- jedno pobytové služby: *„Rozhodnutí o využití duchovní péče je na samotných klientech, my jen můžeme nabízet, nic více. Pokud někdo nemá zájem, není mu duchovní péče nijak nucena.“*
- jedno terénní služby: *„Jejich osobní důvody.“*

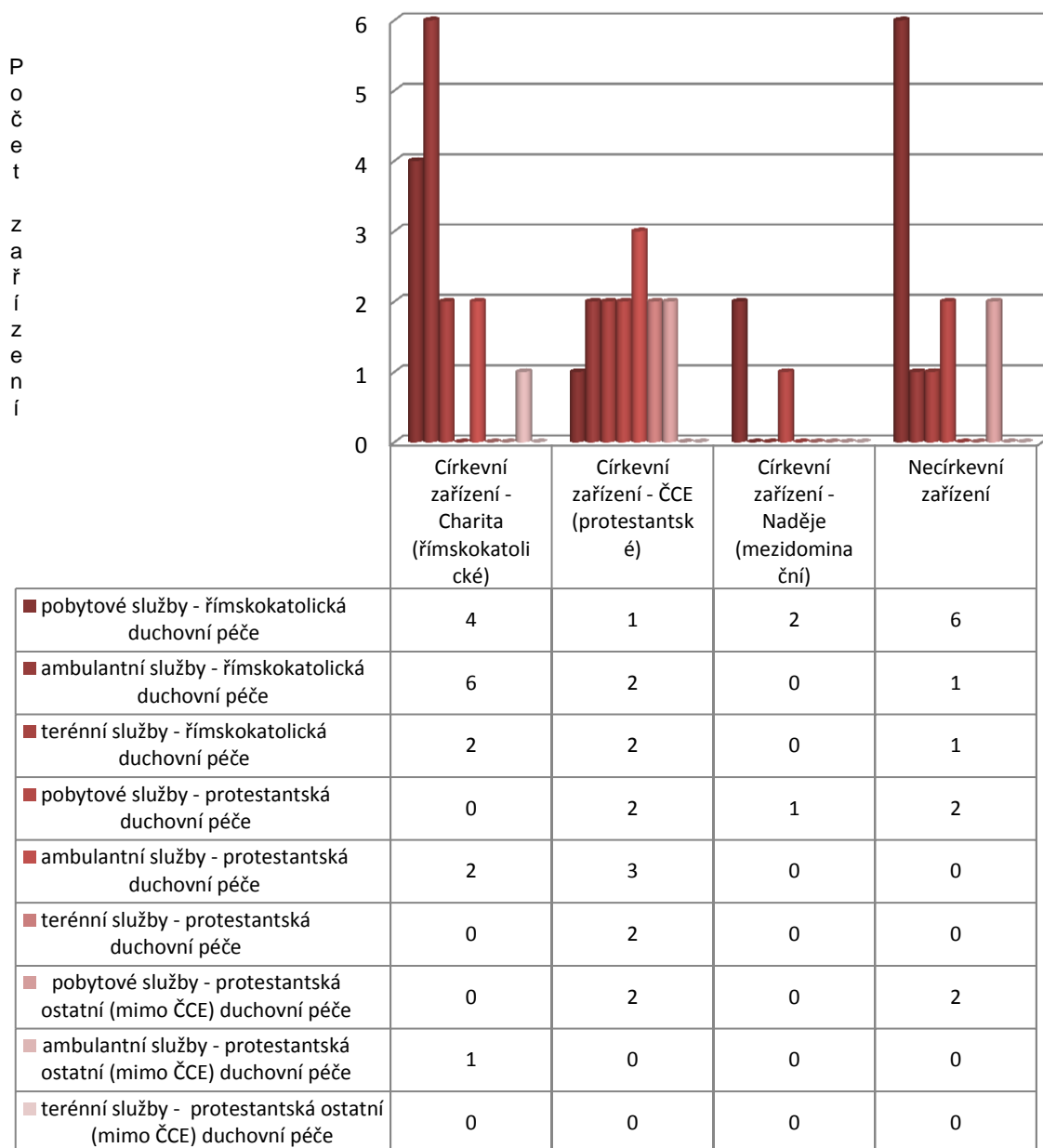
**Otázka č. 3: Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje:**

**Poskytovatelé duchovní péče**



**Otázka č. 4: Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje zástupce:**

**Poskytování péče dle zástupců denominací**



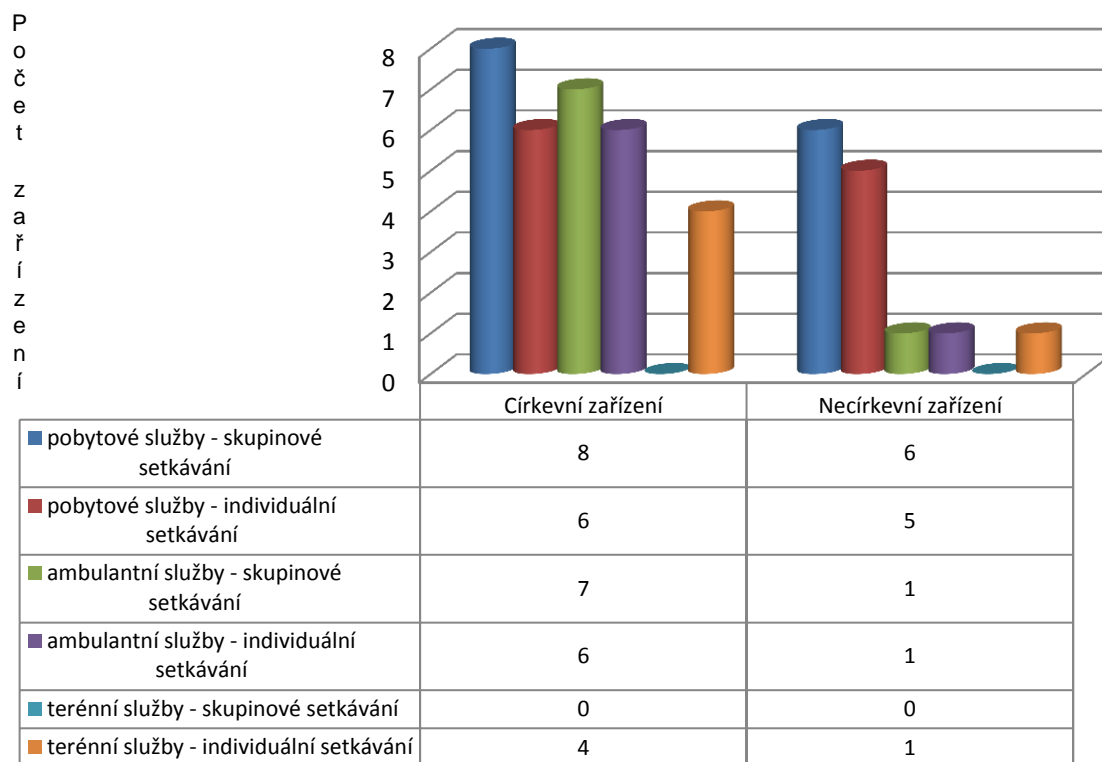
Mimo ČCE byli zmíněni duchovní zástupci z církví:

- Apoštolská církev
- Církev adventistů sedmého dne
- Církev bratrská
- Křesťanské sbory
- Bratrská jednota baptistů
- Církev československá husitská

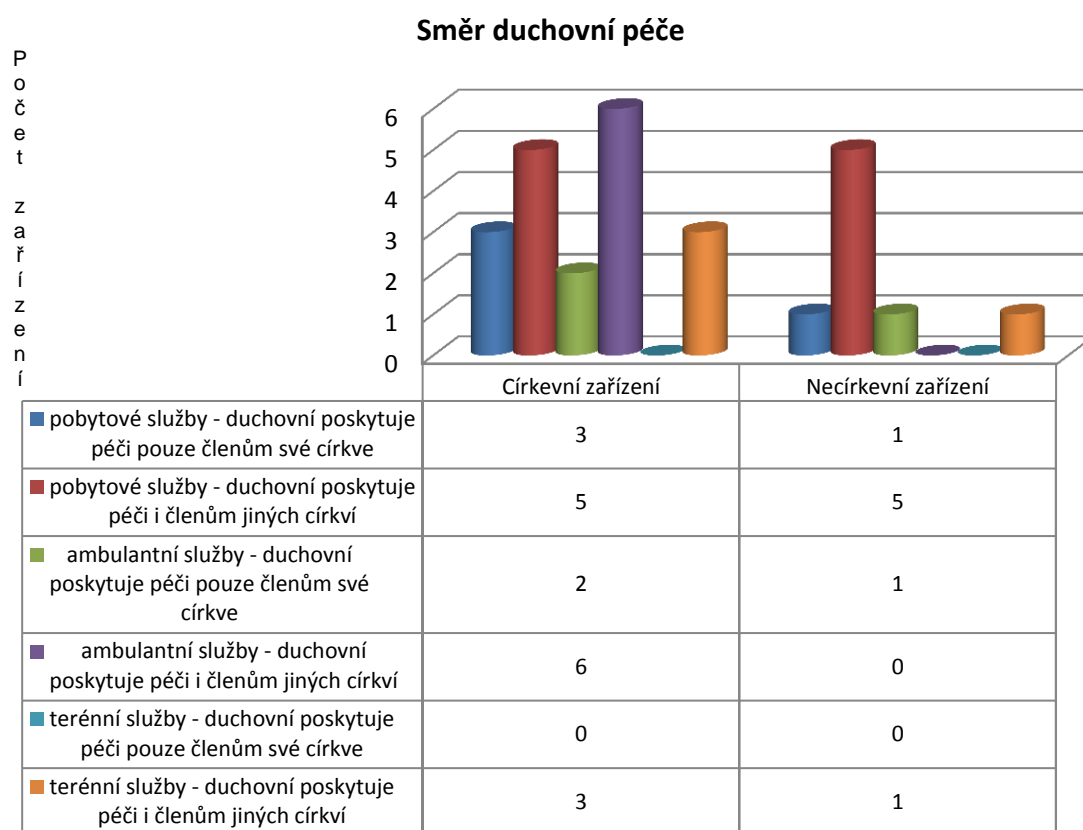


**Otázka č. 5: Duchovní péče je poskytována formou:**

**Forma poskytování duchovní péče**



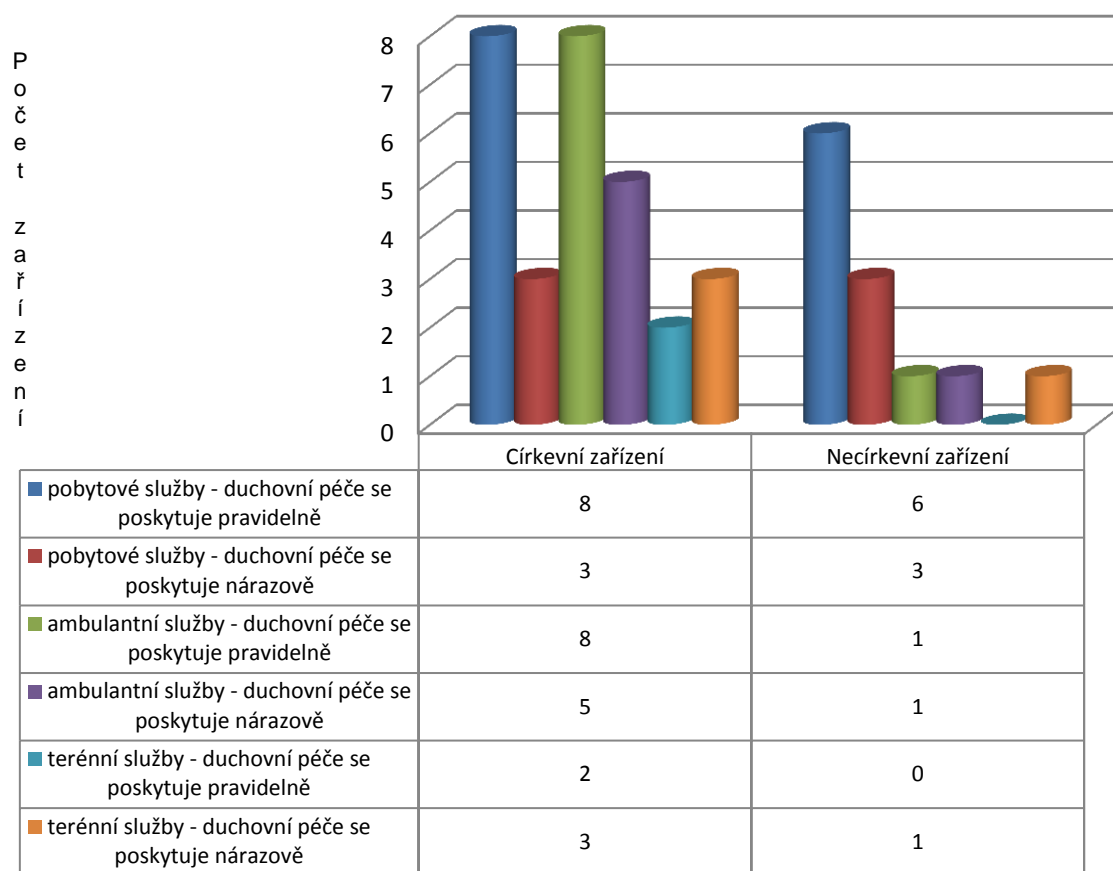
**Otázka č. 6: Duchovní péči v našem zařízení poskytuje duchovní:**



Jedno církevní zařízení terénní a ambulantní služby uvedlo, že neví odpověď na položenou otázku.

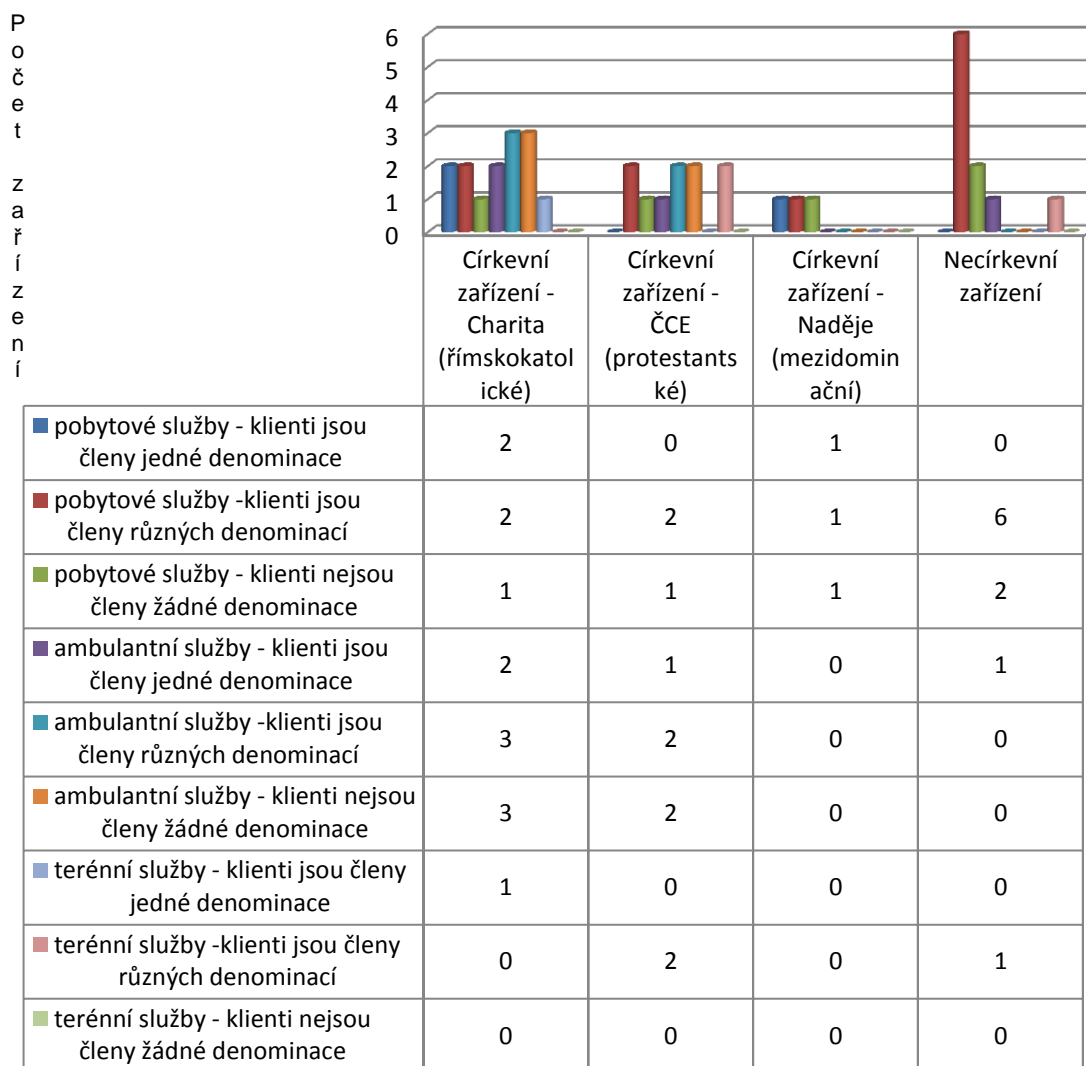
**Otázka č. 7: Duchovní péče se odehrává:**

**Intenzita poskytování duchovní péče**



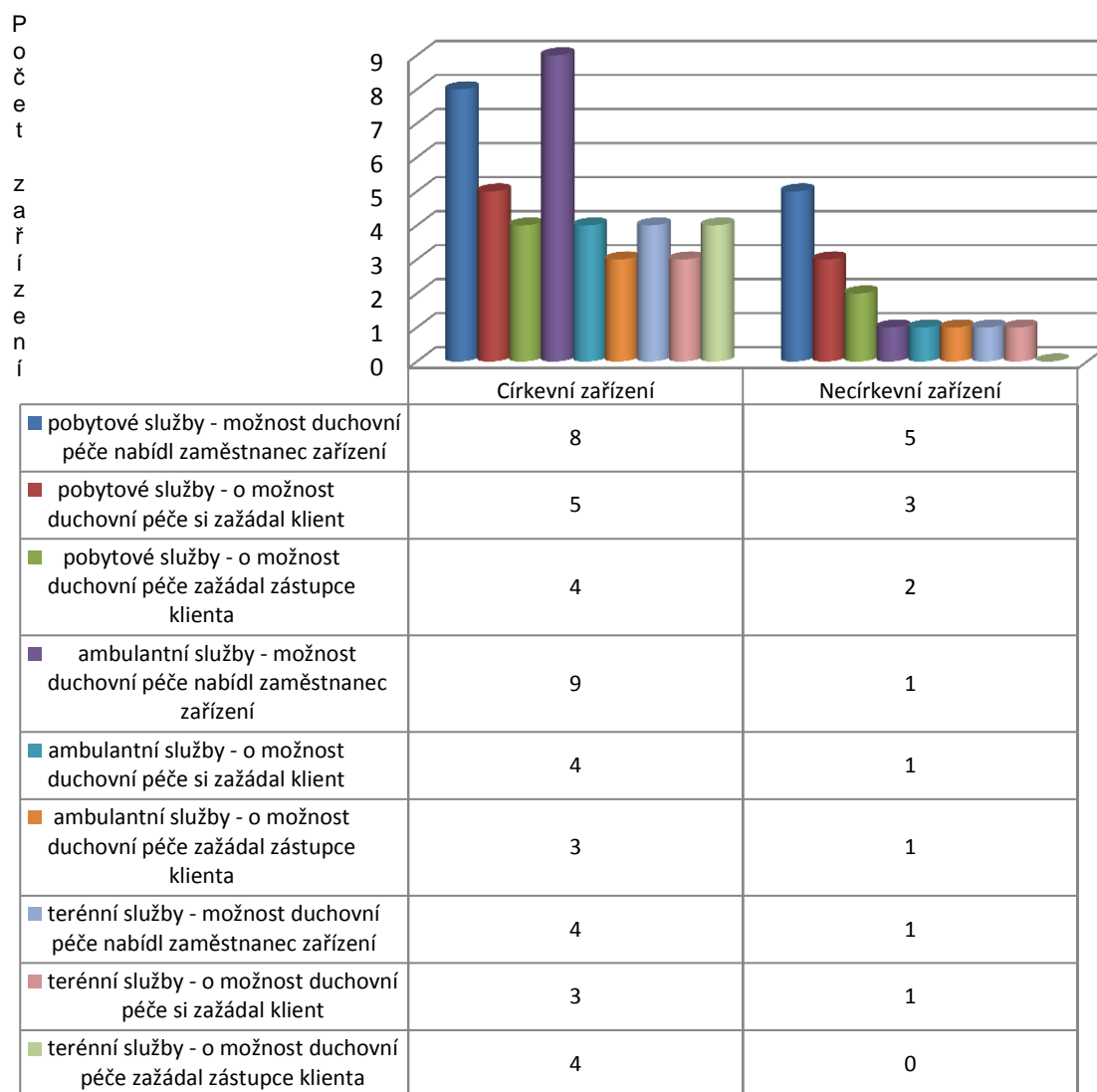
**Otázka č. 8. Seniori se SDM užívající našich služeb jsou členy:**

**Rozčlenění klientů dle denominací**

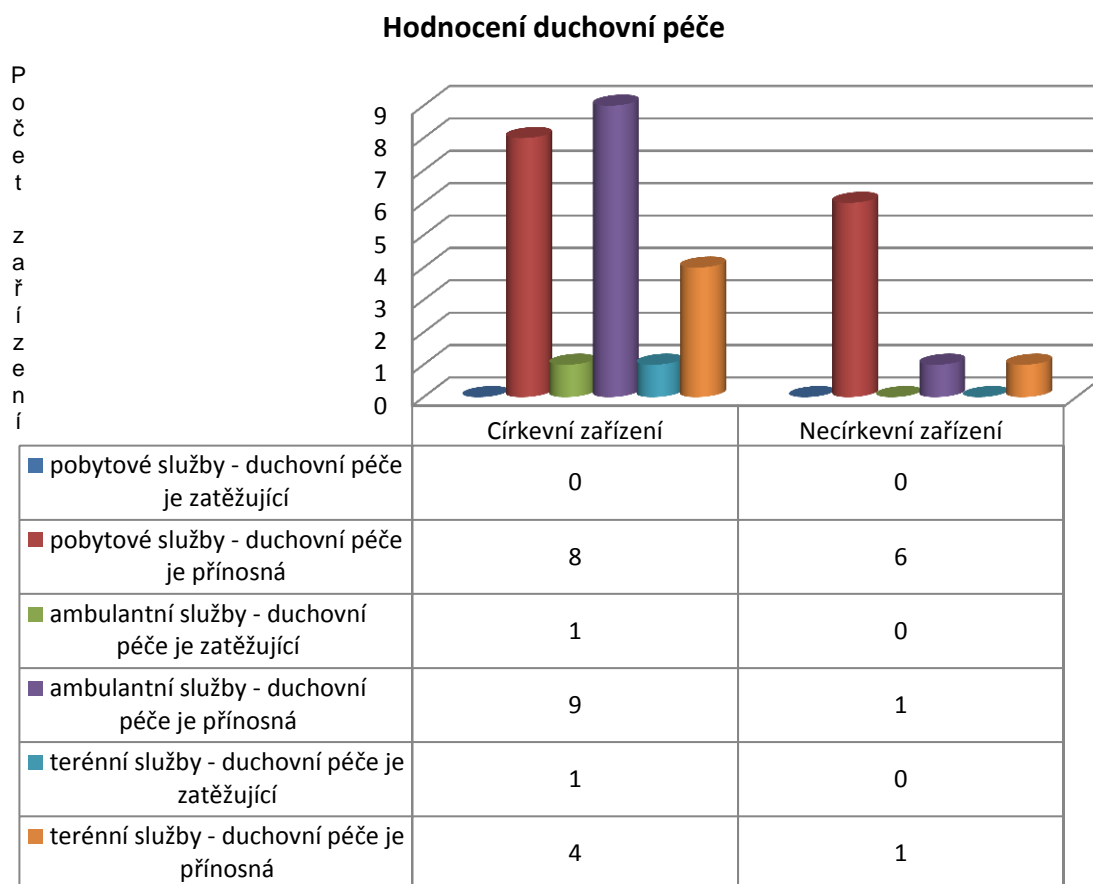


**Otázka č. 9: Možnost duchovní péče v našem zařízení:**

**Zájem o poskytování duchovní péče**



**Otázka č. 10: Z hlediska sociálních pracovníků je poskytování duchovní péče seniorům se SDM pro běžný provoz našeho zařízení:**



Jedno církevní zařízení ambulantní a terénní služby odpovědělo, že zátěží může být: „...někdy je nutný doprovod pracovníka knězi – tento čas nelze zahrnout do času některého námi poskytovaného úkonu – pečovatelka si tento čas nemůže vykázat, tudíž není tento čas ‚zaplacen‘.“

Mezi kladnými odpověďmi, tedy čím je poskytování duchovní péče seniorům se SDM v zařízeních sociálních služeb přínosné, se zmiňovali sociální pracovníci o následujícím:

- zařízení se snaží zajistit navazující služby, aby klienti měli zajištěné své potřeby tak, jak byli zvyklí z domácího prostředí (včetně duchovní péče)
- v první řadě jde o spokojeného klienta – duchovní služba je součástí naplňování jeho potřeb
- umožnění svátosti smíření, svaté přijímání, pomazání nemocných
- pomoc duchovního při řešení vztahových a jiných problémů klienta, které se nevztahují k poskytované sociální službě
- pozitivní reakce seniorů se SDM na duchovní slovo a zpívání duchovních písní
- vnitřní útěcha klientů

- duchovní péče je nedílnou součástí individuálního plánování
- pro seniory se SDM je duchovní péče vzpruhou, podporou, povzbuzením
- pro seniory se SDM je duchovní péče útěchou v tíživé situaci, povzbuzení v tom, že nejsou sami
- sociální integrace náboženských vyznání, pocit seniorů, že patří k nějakému společenství
- opakování modliteb, rituálů
- setkání s duchovním je pro seniora se SDM setkání s „někým novým“
- duchovní péče zpestřuje denní program seniora se SDM
- s duchovním klienti probírají diskrétnější záležitosti, poté jsou klidnější, lépe spolupracují
- duchovní péčí se prohlubuje sociální začleňování

Na závěr bych ráda citovala postřehy o přínosu duchovní péče sociálních pracovníků ze dvou zařízení sociálních služeb, které mne v souvislosti se seniory se SDM zaujaly.

*„Naše zařízení je ve Valašském kraji, kde víra je v lidech ještě pevně zakořeněna a je zcela přirozenou součástí jejich života. Za svou praxi jsem se tu setkala s lidmi, kteří trpěli Alzheimerovou chorobou a i v tom nejtěžším stadiu se dokázali zapojit do modlitby, dokázali udělat znamení kříže nebo se zapojovat do mše svaté.“*

*“Toto je jedna z oblastí potřeb, ve které se dá zcela viditelně pracovat se vzpomínkami uživatele, vycházet z jeho biografické anamnézy – modlitby, duchovní písně, zvyky z duchovní problematiky, např. při bohoslužbě má uživatel s demencí hluboko v sobě zakořeněny, např. zazní známá Mariánská píseň či koleda a uživatelé si ihned vybavují slova. Výše uvedené zkušenosti a poznatky z praxe jsou velmi přínosné pro další práci sociálních pracovníků a celého týmu pro kvalitní péči o seniory s demencí.“*

#### **4.6 Diskuze**

Z reakcí na dotazník bylo vidět, že se jedná o téma obtížně uchopitelné co do sestavení otázek o kvalitě poskytované/ nabízené duchovní péče v rámci sociálních služeb určených seniorům se SDM. Na kvalitě dotazníku se odrazila skutečnost, že vycházím z vlastních zkušeností v zařízeních pobytového a ambulantního charakteru, tudíž je velká pravděpodobnost, že spousta terénních služeb na samotný dotazník nereagovala z důvodu, že by se do něj tzv. nevešla. Proto vnímám jako úspěch fakt, že v rámci plošně rozeslaného

dotazníku 52% oslovených zareagovalo a buďto přímo vyplnilo dotazník či mi poskytlo zpětnou vazbu o svém názoru na něj.

V souvislosti s VH1 se nedá říci, že by se ve Zlínském kraji od sebe příliš lišila kvalita poskytované duchovní péče v necírkevních zařízeních sociálních služeb pro seniory se SDM od církevních (míněny otázky č. 3 – 9). Nicméně je z jednotlivých grafů patrné, že rozsah nabídky/poskytování duchovní péče je odvislý od typu sociální služby, zda se jedná o pobytovou, ambulantní či terénní. Tím se mi potvrzuje VH2, kdy pobytové a ambulantní služby mají svým způsobem navrch nad terénními (vyvozují tak zejména z odpovědí na otázky č. 1,2 a 10). Avšak na základě kladných reakcí terénních sociálních pracovníků je na zamyšlenou, nakolik je v praxi „neproveditelné“ realizovat nabídku duchovní péče seniorům se SDM skrze poskytovanou službu. K negativům tohoto počínu patří jistě skutečnost, že tento „úkon“ si terénní pracovník nemůže vykázat pro účely své výplatní pásky a navíc jej to může stát nějaký ten volný čas navíc. Naopak k pozitivům náleží fakt, že senior se může s někým chvíli pobavit o něčem jiném než o skladbě své denní stravy a hygieně. Navíc předpokládám, že není časově příliš náročné udělat si poznámku do spisu ke klientovi, že má přání setkat se s duchovním a pokusit se mu toto přání zprostředkovat.

Dále je zajímavé porovnat ve spojitosti s VH3 výsledky otázky č. 4 a 8. Zde bychom mohli dospět k závěru, že církevní zařízení sociálních služeb skutečně inklinují k jakési monopolní nabídce duchovní péče „pouze“ od zástupců jejich vlastní církve, ačkoliv sociální službu užívají v průměru klienti různých denominací. V praxi jsem se setkala s malým zařízením sociálních služeb pro seniory, kde pravidelně dochází katolický pan farář. Mezi klienty je však i člen ČCE. Když jsem se personálu ptala, zda dotyčnému nevadí, že poslouchá pravidelně katolického kněze, mi odpověděli: *„Za tu dobu, co tady je, tak už si na to zvykl. A dokonce si občas sám od sebe pobrukuje mariánské písně...“* Na jednu stranu hezký počín, na druhou stranu mne zaráží, že personál neprojevil více snahy mu dojednat duchovního z klientovy výchozí církve.

Vzhledem k počtu zúčastněných respondentů není možné výsledky vztahovat na všechna zařízení sociálních služeb určených seniorům se SDM ve Zlínském kraji. Přesto se z výsledků dotazníku dá odvodit představa o současné kvalitě poskytované duchovní péče výše popsané cílové skupiny.



## ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat místní a časovou dostupnost poskytovatelů sociálních služeb určených seniorům se syndromem demence ve Zlínském kraji, a kvalitu poskytované/nabízené duchovní péče právě v těchto zařízeních.

Po nastínění problematiky demence u seniorů, poskytování duchovní péče a rozsahu současných sociálních služeb dle platné legislativy v teoretické části práce jsem přistoupila k první fázi praktické části, k samotnému vyhledávání sítě zařízení sociálních služeb určených výše popsané cílové skupině. Přehled zařízení jsem sestavila na základě porovnání dat veřejně přístupných v Registru poskytovatelů sociálních služeb na webových stránkách MPSV se seznamem všech aktuálních sociálních služeb ve Zlínském kraji (zaslaném na žádost zaměstnankyní odd. Plánování a rozvoje sociálních věcí Zlínského kraje) a přímo s webovými prezentacemi jednotlivých zařízení. Vyhledávání bylo komplikované skutečností, že poskytovatelé sociálních služeb nemusí (kromě pobytové služby – domov se zvláštním režimem) konkrétně uvádět u cílové skupiny, zda je služba určená i seniorům se SDM. Z toho důvodu jsem si musela vymezit, že mezi mnou chtěnými poskytovateli sociálních služeb budou zahrnuta zařízení, jež ve své charakteristice uvádí, že cílovou skupinou klientů jsou nejen osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, ale i osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s chronickým onemocněním, osoby se zdravotním postižením, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením.<sup>99</sup> Výstupem šetření bylo zjištění, že v časovém rozmezí prováděného mapování (1. 8. 2011 – 15. 9. 2011), bylo ve Zlínském kraji ze sociálních služeb pro seniory se SDM určeno 22 zařízení pobytového typu (13 domovů se zvláštním režimem a 9 odlehčovacích služeb), 32 zařízení ambulantního typu (13 pečovatelské služby, 1 odlehčovací služba, 9 denních stacionářů, 3 odborné poradny, 1 intervenční centrum, 3 centra denních služeb a 2 sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s tělesným postižením) a 50 zařízení terénního typu (37 pečovatelských služeb, 1 odborná poradna, 10 asistenčních služeb, 1 odlehčovací služba a 1 intervenční centrum).

Pro druhou fázi praktické části, jejímž cílem bylo zachytit kvalitu poskytované/nabízené duchovní péče seniorům se SDM v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji, jsem využila výsledků první fáze. Na výše uvedená zařízení jsem elektronickou cestou rozeslala polostandardizovaný dotazník o deseti otázkách, na který mi z celkového počtu 104 zařízení

<sup>99</sup> Srov. § 32 – 70 zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách

zareagovalo, po dvou kolech žádosti o spolupráci, 54 zařízení (tzn. 52% ze souhrnného počtu oslovených).

Vzhledem k první stanovené hypotéze, že zařízení sociálních služeb, kde poskytovatelem je církevní společenství, nabízí z oblasti duchovní péče svým klientům více služeb než je tomu u necírkevních, jsem došlé odpovědi respondentů rozdělila na dvě základní skupiny – církevní (reagovalo 30 zařízení) a necírkevní (reagovalo 24 zařízení). Při porovnání grafů odpovědí na jednotlivé otázky (č. 3 – 9) jsem dospěla k překvapivému zjištění, že v rozsahu duchovní péče seniorům se SDM nehraje roli, zda poskytovatelem sociální služby je církevní společenství či ne.

Co se však potvrdilo, tak předpoklad druhé hypotézy, že rozsah nabízené/poskytované duchovní péče je odvislý od typu sociální služby (možné vysledovat z reakcí na otázky č. 1,2 a 10), kdy u pobytových a ambulantních služeb je jakoby „samozřejmé“, že duchovní péče je nedílnou součástí poskytované sociální služby z důvodu, že, dovolím si říci, simulují domácí prostředí seniora se SDM. Kdežto u terénních sociálních služeb je odlišná situace ve skutečnosti, že pracovníci sociálních služeb se na krátký časový úsek dostaví do domácnosti svého klienta k provedení předem „objednaných úkonů“. Musím podotknout, že pro mne osobně bylo zajímavé zjištění, že někteří poskytovatelé sociálních služeb ambulantního a terénního typu uvedli doslova, že *„otázka víry je považována za velmi citlivou osobní informaci, kterou nesmíme u uživatele zjišťovat“*. To je dle mého názoru diskutabilní, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, na který zřejmě poskytovatelé služeb narážejí, kromě citlivého údaje o náboženském a filozofickém přesvědčení uvádí i národnostní, rasový původ, zdravotní stav apod.<sup>100</sup> V důsledku by to tedy znamenalo, že poskytovatelé sociálních služeb by neměli právo u svých klientů zjišťovat ani míru zdravotního postižení – tedy míru potřebné sociální péče, zda vůbec mají právo žádat o sociální službu (k jaké národnosti se hlásí?) atd. Navzdory tomuto rozporuplnému tématu bylo příjemné zjištění, že jsou ambulantní a terénní zařízení sociálních služeb, kde se o duchovní oblast seniorů se SDM zajímají a spolupracují s duchovními jak profesionály, tak amatéry. Ráda bych citovala reakci z jednoho zařízení terénní služby o přínosu poskytování duchovní péče seniorům se SDM pro běžný provoz zařízení:

*„Klienti při rozhovoru s panem farářem probírají ještě diskrétnější záležitosti, než mohou s námi. Poté jsou klidnější, ještě mnohdy lépe spolupracují, prohlubuje se mezi námi daleko větší důvěra, protože vědí, že úzce spolupracujeme s místní farností. Také jsou pro naše klienty návštěvy velmi důležité, protože je navštěvuje někdo další než rodinní příslušníci a*

<sup>100</sup> Srov. § 4 b) z. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

*pracovnice pečovatelské služby. Prohlubuje se sociální začleňování a někteří senioři se také účastní posezení, které pravidelně pro seniory připravujeme.“*

Třetí hypotéza sledovala, zda církevní poskytovatelé sociálních služeb inklinují poskytovat/nabízet duchovní péči svým klientům pouze zástupci své církve. Výsledek vcelku potvrdil tento předpoklad, a navíc poukázal na to, že se tak děje navzdory skutečnosti, že klienty zařízení jsou převážně lidé různých náboženských společenství a nikoliv jednoho konkrétního (nebo nejsou členy žádného společenství či ateisté).

Předpokládám, že v návaznosti na tento projekt by mohl být zajímavý průzkum kvalitativního charakteru, v rámci jiné práce, časově náročnější, kdy by se tazatel osobně setkával s duchovními (profesionály, laickými či zaměstnanci zařízení sociálních služeb) a seniory se SDM, a dotazoval se na jejich poznatky, názory a dojmy v souvislosti s poskytovanou a přijímanou duchovní péčí v návaznosti na sociální služby.

Dle mého názoru byl záměr této bakalářské práce naplněn. Během jejího zpracování jsem sama objevovala pro sebe nové, cenné informace, odnesla si ponaučení o složitosti kvantitativního dotazování i vyhledávání v praxi a ujistila se o tom, že poskytování duchovní péče seniorům se SDM má v sociálních službách své místo. Doufám, že výsledky mapování dané problematiky budou přínosné pro všechny, kteří se seniory se SDM pracují/poskytují jim péči, i lidem, jež se o dané téma zajímají.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

### Literatura

Čermáková, K., Johnová, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 1. Vydání Praha: FOKUS, 2002. 112s. ISBN 80-85529-45-4

*Anglicko-český Česko-anglický slovník*, 7. doplněné Vydání Olomouc: FIN PUBLISHING, 2000. 1311s. ISBN 80-86002-69-1

Martinek, M., Opatrný, M., Kaplánek, M., Křišťan, A., Prázdna, R., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, 2. Vydání JABOK, 2010. 90s. ISBN 978-80-904137-6-4

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., Holmerová, I., Franková, V., Kalvach, Z., Konrád, J., Vaňková, H., Jarolímová, E., *Demence a jiné poruchy paměti*, 1. Vydání Praha: Grada, 2009. 164s. ISBN 978-80-247-2454-6

Vágnerová, M., *Vývojová psychologie*, 1. Vydání Praha: Portál, 2000. 444s. ISBN 80-7178-308-0,

Giddens, A., *Sociologie*, 1. Vydání Praha: Argo, 1997. 595s. ISBN 80-7203-124-4

Pidman, V., *Demence*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007. 183s. ISBN 978-80-247-1490-5

Křivohlavý, J., *Povídej – Naslouchám*, 2. Vydání Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. 135s. ISBN 978-80-7195-405-7

Venglářová, M., *Problematiké situace v péči o seniory*, 1. Vydání Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

Huub, B., *Demence*, 1. Vydání Praha: Portál, 2006. 134s. ISBN 80-7367-081-X

Pichaud, C., Thureauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, 1. Vydání Praha: Portál, 1998. 156s. ISBN 80-7178-184-3

Říčan, P., *Psychologie, Příručka pro studenty*. 1. Vydání Praha: Portál, 2005. 286s. ISBN 80-7178-923-2,

Opatrný, A., *Cesty pastorace v pluralitní společnosti*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 231s. ISBN 80-7192-930-1

Frankl, V. E., *Psychoterapie a náboženství*, Brno: Cesta, 2007. 87s. ISBN 80-7295-088-6

Křivohlavý, J., *Pastorální péče*, Praha: Oliva, 2000. 117s. ISBN 80-85942-42-9

Opatrný, M., Lehner, M., Bohlen, S., Doležel, J., Svoboda, R., Urban, D., Elichová, M., Maliňáková, L., *Teorie a praxe charitativní práce*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Teologická fakulta, 2010. 190s. ISBN 978-80-7394-214-4

*Bible, Překlad 21. století*, 1. Vydání Praha: Biblion, 2009. 1564s. ISBN 978-80-87282-00-7

Hanzlíková, A., a kol., *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české Vydání Martin: Osveta, 2007. 271s. ISBN 978-80-8063-257-1

Česká geriatrická revue 2009: 7 (3 – 4): *Výše příspěvků na péči u seniorů se syndromem demence*, M. Hermanová

### **Legislativa**

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

Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

### **Internetové zdroje**

<http://www.mpsv.cz>

<http://www.duchody- Duchodci.cz>

<http://www.demografie.info>

<http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz>

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

<http://www.europa.eu>

<http://www.czso.cz>

<http://web.practicus.eu>

<http://www.nicm.cz>

<http://www.psp.cz>

<http://jaryn.nwt.cz/usp/>

<http://www.domovrl.cz>

<http://www.citadela.cz>

<http://www.kr-zlinsky.cz>

<http://www.alzheimer.cz>

<http://www.pecujici.cz>

<http://geoportal.cuzk.cz>

<http://www.dementia-voice.org.uk>

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Domovy se zvláštním režimem .....	33
Tabulka 2 - Odlehčovací služby .....	34
Tabulka 3 - Pečovatelská služba .....	35
Tabulka 4 - Odlehčovací služby .....	37
Tabulka 5 - Denní stacionáře.....	37
Tabulka 6 - Odborné sociální poradenství .....	38
Tabulka 7 - Intervenční centra .....	39
Tabulka 8 - Centra denních služeb .....	39
Tabulka 9 - Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s tělesným postižením.....	40
Tabulka 10 - Pečovatelská služba .....	41
Tabulka 11 - Odborné sociální poradenství .....	44
Tabulka 12 - Osobní asistence .....	45
Tabulka 13 - Odlehčovací služby.....	46
Tabulka 14 - Intervenční centra .....	46

**PŘÍLOHY**

## Příloha č. 1

☐ Tragickým příkladem zneužití člověka trpícího vaskulární demencí je příběh protektorátního prezidenta Emila Háchy, uznávaného právníka a kultivovaného intelektuála. Když byl v roce 1938 zvolen prezidentem, bylo mu 66 let. Jeho zdravotní stav v té době nebyl ještě tak špatný, aby mu chyběl náhled na situaci. Cítil se sice stár a unaven, ale prezidentskou funkci chápal jako službu národu. Svůj souhlas s okupací rovněž odůvodňoval jako nezbytnou rezignaci za okolností, kdy by došlo ke zbytečným ztrátám na životech a situace neměla pozitivní řešení. Hácha v tomto období prožíval hlubokou depresi a chtěl spáchat sebevraždu. Za těchto okolností volil strategii drobných zisků, protože věřil, že může tímto způsobem vykonat celou řadu prospěšných věcí. Na jeho prosbu byli např. před Vánocemi propuštěni studenti z koncentračního tábora Sachsenhausen. Jeho duševní kompetence nebyly podstatným způsobem narušeny ani v roce 1941. Po nástupu R. Heydricha jako říšského protektora došlo k zatýkání. Hácha uvažoval, že podá demisi, kterou zdůvodňoval svým pokročilým věkem a zdravotním stavem. V této době došlo k určitému zlomu: E. Hácha žádal o milost pro ministerského předsedu A. Eliáše a pro bývalého ministra Havelku. Heydrich jej výměnou za osvobození Havelky přinutil k totální poslušnosti a loajalitě. Stresové situace, o něž nebylo nouze, přispěly podstatným způsobem ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Na jaře 1942 se začínají projevovat závažnější poruchy paměti. E. Hácha je v této době charakterizován jako „pesimista, který nemá vlastní vůli a k ničemu se neodhodlá. Je úplně neschopen si něco pamatovat. Nelze od něho očekávat už nic. Je to vrak, který strká náhoda, Němci a strach ze sebemenšího rozhodnutí. Lidé v takovém stavu jako on se prohlašují za nesvéprávné (Pasák, 1997, s. 181).“

Přestože už Hácha nebyl zcela kompetentní, některé situace dopadly lépe, než by se dalo předpokládat, paradoxně právě v rámci reakcí, typických pro jeho chorobu. Na počátku roku 1943 mohla být poslána česká vládní vojska na návrh E. Moravce a protektorátní vlády na frontu a Hácha byl vyslán, aby jel v této věci za K. H. Frankem. Prezident však neučinil Frankovi přímou nabídku, nýbrž se jej pouze dotázal, a tím celou záležitost politicky znehodnotil. (Neschopnost rozhodování patří k příznakům této choroby.) Z různých pramenů víme, že Hácha nebyl nikdy ani politik, ani diplomat. „Diplomatický“ dotaz „co dělat“ je naopak typickým projevem počínající vaskulární demence.

Na jaře roku 1943 byly projevy choroby čím dál nápadnější, v této době se stal dr. Hácha zjevně nezpůsobilý k výkonu úřadu prezidenta. Už ani nevěděl, co podepisuje. Když např. podepsal závěť, myslel si, že podepisuje abdikaci. Jeho rozhlasové projevy psali jiní (např. E. Moravec) a činili tak podle přání K. H. Franka. V listopadu 1943 nebyl Hácha schopen samostatné chůze, nevystupoval na veřejnosti ani v rozhlase. V době návštěvy K. H. Franka v květnu 1944 byl již inkontinentní, spavý a apatický. Jeho reakce popisuje např. svědectví K. Štrupa (Pasák, 1997, s. 240) – Hácha si stěžoval, že ztratil klíček od příruční pokladny. Za chvíli na to chtěl telefonovat s prof. Seemanem. Štrup tehdy odpověděl, že hned panu profesorovi zavolá, ale Hácha se rozzlobil: „Jakpak můžete telefonovat, když jsem ztratil klíček?“ Dále např. referovali Háchovi novinové zprávy o dalším ústupu na Ukrajině a Hácha se zeptal: „A kdo tam ustupuje?“ Oslavy svých narozenin v červenci 1944 již prakticky nevnímal. Zápis ze zprávy lékařů na podzim 1944 svědčí jednoznačně pro diagnózu vaskulární demence: občasné stavy zmatenosti, porucha paměti, ztráta zájmu, časová a místní dezorientace. Trpěl afázií (nedovedl se podepsat, nechápal obsah projevů), apraxií (nedovedl si obléknout kalhoty, boty si obouval obráceně apod.), v zimě roku 1944 prodělal další cévní mozkovou příhodu a přestal verbálně komunikovat. Nemohl chodit a nikoho nepoznával. V květnu 1945 byl zatčen a umístěn do vězeňské nemocnice. Nebyl schopen výslechu, nemluvil a na otázky nereagoval. Zemřel 27. června 1945. Národní soud rozhodl, že Hácha nebyl již nejméně od druhé poloviny roku 1943 za své činy trestně odpovědný.

Srovnej: Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 1. Vydání Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-214-9, s 144 - 145.



## Příloha č. 2

## 10.1 MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

**Orientace**

Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

**Jaké je dnešní datum?**

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

**Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.**

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

**Registrace**

Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

**Pozornost a počty**

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

**Paměť**

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.

19. klobouk
20. citron
21. auto

**Jazyk**

22. Ukažte pacientovi tužku.

**Můžete mi říci, co to je?**

23. Ukažte pacientovi hodinky.

**Můžete mi říci, co to je?**

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

**Žádná jestli, ano, nebo ale.**

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

**Pozorně poslouchajte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.**

**26. Přeložte ho napolovic.**

**27. A hodte ho na podlahu.**

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

**Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

**Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.**

**Praxe**

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

**Prosím, nakreslete stejný obrázek.**

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24–27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovny hrazena v rozmezí 20–12.

## Příloha č. 3

## NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ OBYVATELSTVA ČESKÉ REPUBLIKY – SČÍTÁNÍ LIDU 2011

Náboženské vyznání	1991 abs.	1991 v %	2001 abs.	2001 v %	Přírůstek +/- úbytek -/- proti roku 1991 /abs./	Index 2001/ 1991 v %
Obyvatelstvo celkem	10 302 215	100,0	10 230 060	100,0	-72 155	99,3
<b>Věřící celkem v tom:</b>	<b>4 523 734</b>	<b>43,9</b>	<b>3 288 088</b>	<b>32,1</b>	<b>-1 235 646</b>	<b>72,7</b>
Církev římskokatolická	4 021 385	39,0	2 740 780	26,8	-1 280 605	68,2
Českobratrská církev evangelická	203 996	2,0	117 212	1,1	-86 784	57,5
Církev československá husitská	178 036	1,7	99 103	1,0	-78 933	55,7
Náb. spol.Svědkové Jehovovi	14 575	0,1	23 162	0,2	8 587	158,9
Pravosl. církev v českých zemích	19 354	0,2	22 968	0,2	3 614	118,7
Slezská církev evangelická a.v.	33 130	0,3	14 020	0,1	-19 110	42,3
Církev bratrská	2 759	0,0	9 931	0,1	7 172	359,9
Církev adventistů sedmého dne	7 674	0,1	9 757	0,1	2 083	127,1
Církev řeckokatolická	7 030	0,1	7 675	0,1	645	109,2
Křesťanské sbory	3 017	0,0	6 927	0,1	3 910	229,6
Apoštolská církev	1 485	0,0	4 565	0,0	3 080	307,4
Bratrská jednota baptistů	2 544	0,0	3 622	0,0	1 078	142,4
Evangelická církev metodistická	2 855	0,0	2 694	0,0	-161	94,4
Starokatolická církev v ČR	2 725	0,0	1 605	0,0	-1 120	58,9
Federace židovských obcí v ČR	1 292	0,0	1 515	0,0	223	117,3
Novoapoštolská církev v ČR	<sup>427</sup>	0,0	449	0,0	22	105,2

Nábož. spol. českých unitářů	365	0,0	302	0,0	-63	82,7
Ostatní a nepřesně určené	21 085	0,2	221 801	2,2	200 716	1051,9
<b>Bez vyznání</b>	<b>4 112 864</b>	<b>39,9</b>	<b>6 039 991</b>	<b>59,0</b>	<b>1 927 127</b>	<b>146,9</b>
<b>Nezjištěno</b>	<b>1 665 617</b>	<b>16,2</b>	<b>901 981</b>	<b>8,8</b>	<b>-763 636</b>	<b>54,2</b>

Pozn.: zahrnuty všechny církve a náboženské společnosti zjištěné v roce 1991, pokud mají adekvátní protějšky v roce 2001.

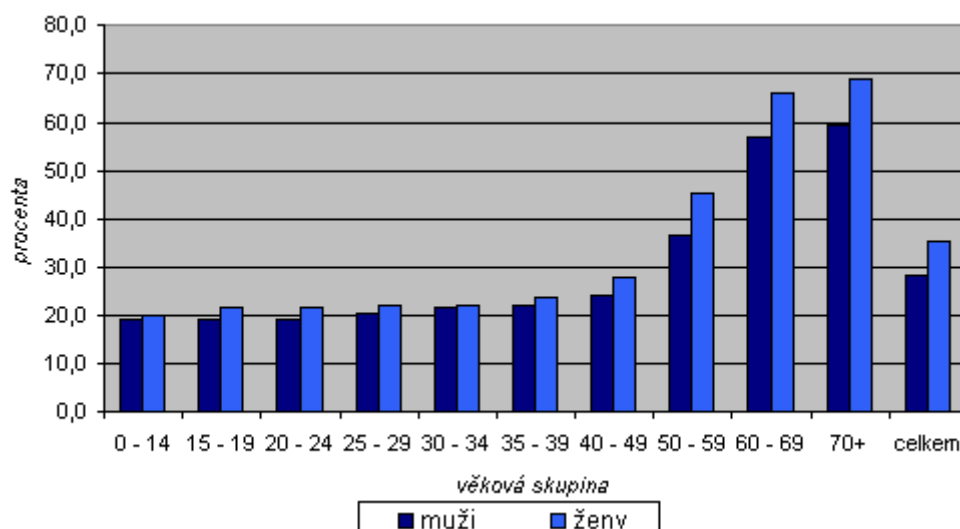
### Vliv pohlaví a věku

Jedním z nejdůležitějších demografických znaků charakterizujících podrobněji určitou skupinu či komunitu je členění podle pohlaví na muže a ženy spolu s jejich věkovou strukturou. **V případě náboženského vyznání stále platí, že religiozita žen je výrazně vyšší než mužů.** Zatímco věřících mužů bylo v roce 2001 sečteno 1 424 000 (28,6 % z jejich celkového počtu), věřící ženy dosahovaly vyššího počtu jak absolutně - 1 864 000, tak i relativně - 35,5 % z úhrnu. Ženy hlásící se k náboženství přitom představovaly ze všech věřících celkem 56,7 %.

**Za rozdílem mezi počtem žen a mužů se však skrývá vliv věkového rozdílu, neboť podíl věřících ve vyšších věkových skupinách stoupá a zároveň platí, že se ženy dožívají vyššího věku než muži.** I proto v České republice celkem žije více věřících žen než věřících mužů.

Sekularizační tendence vedou k výraznému poklesu osob hlásících se k náboženskému vyznání v první řadě u mladších věkových kategorií. K podstatnému zvýšení počtu věřících dochází až u kategorie 50 - 59letých. Podíl věřících v jednotlivých věkových skupinách zachycuje následující graf:

### Podíl věřících (mužů a žen) v jednotlivých věkových skupinách v %



Srovnej:

[http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske\\_vyznani\\_obyvательства\\_ceske\\_republiky\\_23\\_12\\_04](http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvательства_ceske_republiky_23_12_04), ze dne 29. 6. 2011

Příloha č. 4

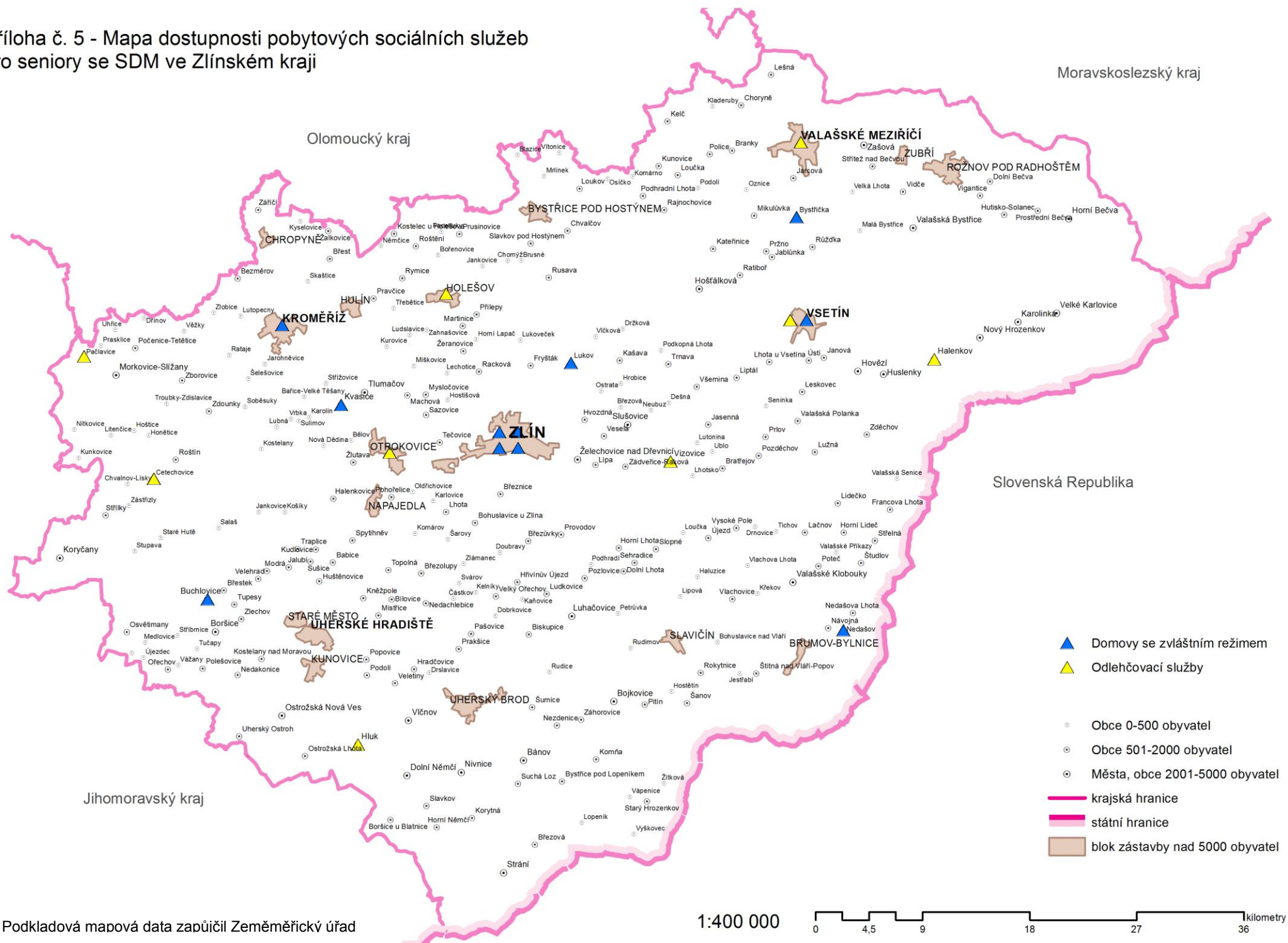
### **Podobenství o milosrdném Samaritánovi**

On (zákoník) se ale chtěl nějak ospravedlnit, a tak se Ježíše zeptal: „A kdo je můj bližní?“ Ježíš mu odpověděl: „Jeden člověk byl na cestě z Jeruzaléma do Jericha přepaden lupiči. Obrali ho, zbili, nechali ho tam ležet polomrtvého a odešli. Náhodou tudy šel jeden kněz; když ho uviděl, obloukem se mu vyhnul. Podobně to bylo s levitou, který se tam objevil; když se tam objevil; když ho uviděl, obloukem se mu vyhnul. Potom k němu přišel jeden Samaritán, který tudy cestoval; když ho uviděl, byl pohnut soucitem. Přistoupil, ovázal mu rány a polil je olejem a vínem. Naložil ho na svého mezka, dovezl do hostince a postaral se o něj. Druhého dne vytáhl dva denáry a dal je hostinskému se slovy: „Postarej se o něj. Cokoli bys vynaložil navíc, to ti zaplatím, až se vrátím.“ Co myslíš – kdo z těch tří byl tomu přepadenému bližním?“

„Ten, který mu prokázal milosrdenství,“ odpověděl znalec Zákona.

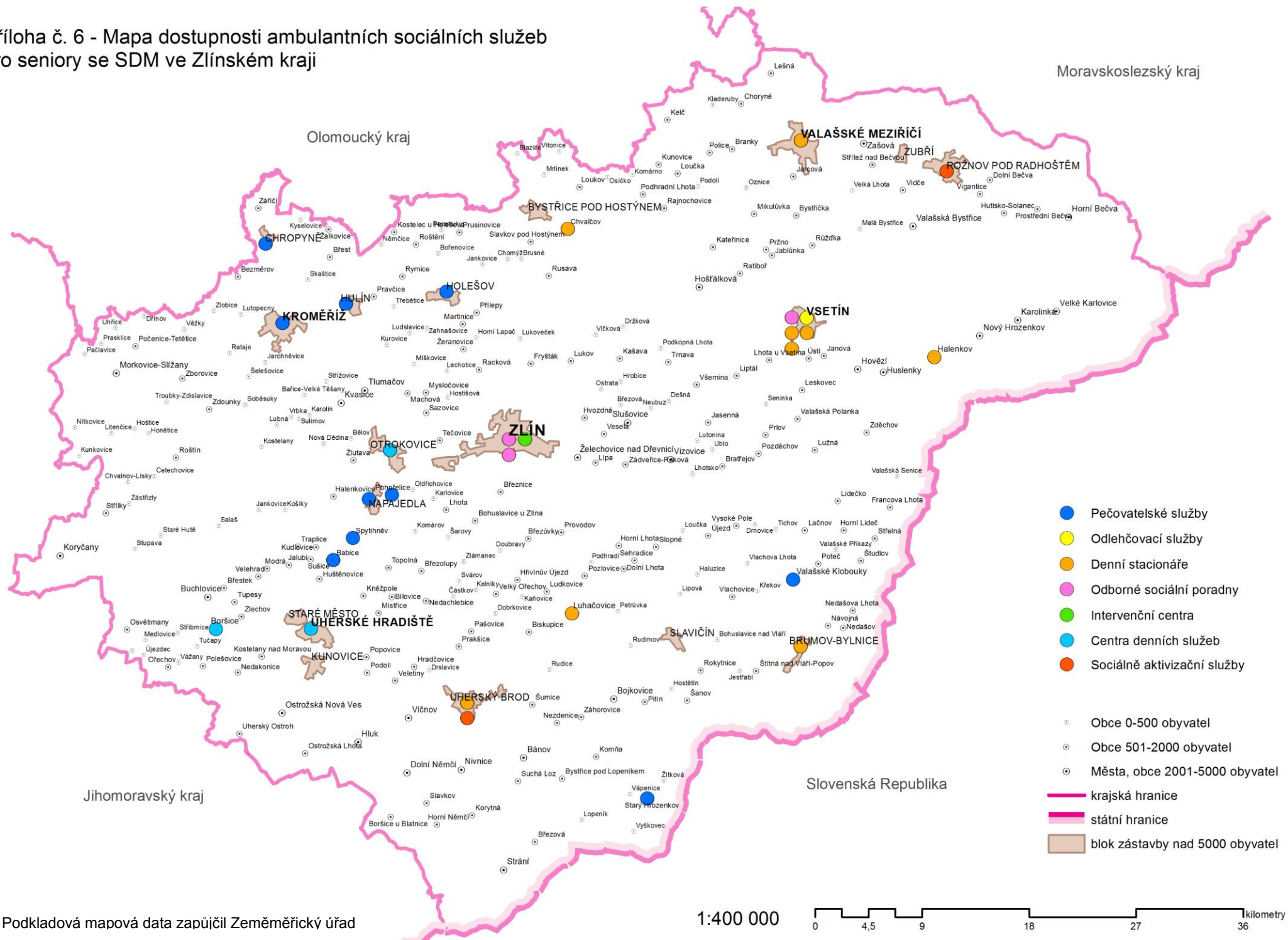
„Jdi a jednej tak i ty,“ řekl mu Ježíš.

Příloha č. 5 - Mapa dostupnosti pobytových sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji

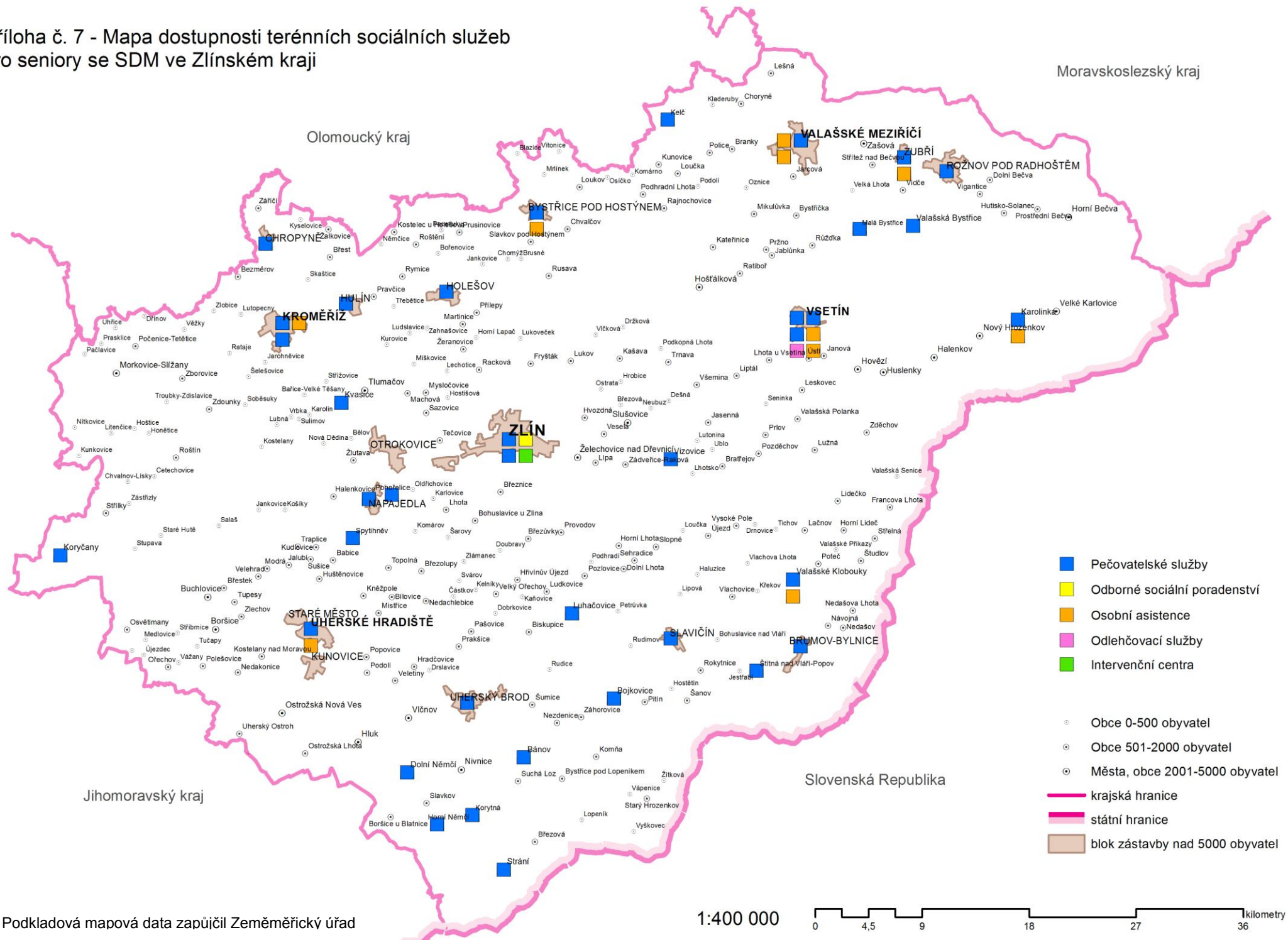




Příloha č. 6 - Mapa dostupnosti ambulantních sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji



Příloha č. 7 - Mapa dostupnosti terénních sociálních služeb pro seniory se SDM ve Zlínském kraji



## Příloha č. 8

Tazatel: Alžběta Luhan Fürstová, Pod Dubinou 169, Chvalčov, 768 72

Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky, distanční forma studia, obor: sociální práce

studijní skupina: Valašské Meziříčí, 3. Ročník/2009-12

e-mail: [erzabeth@centrum.cz](mailto:erzabeth@centrum.cz)

**Polostandardizovaný dotazník: Duchovní péče o seniory se syndromem demence (dále jen SDM) u poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji**

**Název zařízení, adresa, poskytovatel:** .....

**Forma poskytované služby:** .....

1. Využívají v rámci vašeho zařízení senioři se SDM služby duchovní péče?
  - c) ANO
  - b) NE
  
2. V našem zařízení senioři se SDM službu duchovní péče nevyužívají z důvodu:
  
3. Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje:
  - d) Profesionální duchovní (farář, kazatel..)
  - e) Laický duchovní (jáhen, diákon,..)
  - f) Zaměstnanec našeho zařízení
  
4. Duchovní péči seniorům se SDM poskytuje zástupce:
  - d) Římskokatolické církve
  - e) Protestantské církve (uveďte, prosím, které):
  
  - f) Jiného náboženského společenství (uveďte, prosím, které):
  
5. Duchovní péče je poskytovaná formou:
  - c) Skupinového setkávání (mše, modlitební setkání apod.)
  - d) Individuálního setkávání (duchovního s uživatelem služby v soukromí)
  
6. Duchovní péči v našem zařízení poskytuje duchovní:



