

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2018-2022

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Jméno a příjmení autora**

**Anna Horáková**

**Kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem  
Žatec**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Martina Karkošová Ph.D.**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2018-2022

**BACHELOR THESIS**

**Anna Horáková**

Quality of life of individual in Home with special care Žatec

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

**Mgr. Martina Karkošová Ph.D.**

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Martině Karkošové, Ph.D. za odborné vedení mé práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života jedinců v Domově se zvláštním režimem Žatec. Cílem této práce je zjistit, jaký je život pro lidi s demencí v tomto zařízení a popřípadě, co by pomohlo k jeho zlepšení. Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části této práce je vymezen pojem demence a její příčiny, zejména jedna z nejčastějších příčin, jíž je Alzheimerova choroba. Zaměříme se také na diagnostiku demence a její typy. Ve druhé kapitole se zaměříme na kvalitu života obecně, kvalitu života v různých pojetích a kvalitu života seniorů. Třetí kapitola v teoretické části zahrnuje postavení člověka s demencí v sociálních službách. Poslední kapitola v teoretické části popisuje Domov se zvláštním režimem, jeho činnost, systém péče o klienty a možné aktivizační činnosti pro klienty. Praktická část se skládá ze dvou hlavních kapitol. V první kapitole bude popsán cíl průzkumu, definovány průzkumné otázky a charakterizována metoda průzkumu, kterou je dotazníkové šetření. V druhé kapitole vyhodnotíme výsledky průzkumu pomocí grafů a v diskusi popíšeme jejich nejdůležitější myšlenky.

## **Klíčová slova**

Alzheimerova choroba, demence, Domov se zvláštním režimem, dotazníkové šetření, kvalita života, MMSE, příspěvek na péči.

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with quality of life of individuals in Home with special care Žatec. The purpose of this thesis is to find out what kind of life people with dementia have in this facility and what can be done to improve it, if needed. This thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part we define the term dementia and its most frequent cause which is Alzheimer's disease. Further on, we focus on diagnostics of dementia and types of dementia. In a second chapter we focus on quality of life in general, quality of life in different conceptions and quality of life of the elderly. The third chapter in the theoretical part consists of people with dementia and their position within the social services. The last chapter in the theoretical part describes Home with special care, its activity, system of care for people with dementia and activities which they can enjoy. The practical part consists of two main chapters. In the first chapter we define aim of the research questions and characterize the questionnaire survey method. In the second chapter we evaluate results of research using graphs and after that we use the most valuable thoughts and discuss it.

## **Keywords**

Alzheimer disease, dementia, care allowance, Home with special care, MMSE, quality of life, questionnaire survey.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1    DEFINOVÁNÍ POJMU DEMENCE.....</b>	<b>11</b>
1.1    Příčiny demence.....	12
1.2    Diagnostika demence.....	12
1.3    Typy demencí.....	13
1.3.1    Alzheimerova choroba.....	13
1.3.2    Demence při Parkinsonově chorobě.....	14
1.3.3    Huntingtonova choroba.....	14
1.3.4    Frontotemporální demence.....	15
1.3.5    Demence s Lewyho tělísky.....	16
1.3.6    Vaskulární demence.....	17
<b>2    KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>18</b>
2.1    Definování kvality života.....	18
2.1.1    Kvalita života z ekonomického pohledu.....	19
2.1.2    Kvalita života seniorů.....	20
<b>3    POSTAVENÍ ČLOVĚKA S DEMENCÍ V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>22</b>
3.1    Zákon č. 108/2006 Sb. ....	22
3.2    Stáří a politika stárnutí ČR.....	24
<b>DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŽATEC.....</b>	<b>25</b>
3.3    Popis činnosti.....	25
3.3.1    Paliativní péče.....	26
3.3.2    Aktivity v domově.....	27
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>29</b>
<b>4    CÍL PRŮZKUMU.....</b>	<b>29</b>
4.1    Průzkumné otázky.....	29
4.2    Průzkumné metody.....	29
4.2.1    Dotazníkové šetření.....	29
4.3    Charakteristika průzkumu.....	30
<b>5    VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....</b>	<b>31</b>

5.1	Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	31
5.2	Diskuze .....	48
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>		<b>50</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>54</b>



## ÚVOD

Populace stárne a s tím přicházejí různá úskalí. Ať se jedná o ztrátu fyzické kondice, pokles kognitivních funkcí nebo narušení psychické pohody. Lidé stárnou a nejsou na to připraveni, to může vygradovat v deprese a nechuť k životu. Ve většině případů platí, že pokud se o sebe člověk stará po všech stránkách, neměl by na tom ve stáří být špatně. Avšak ani to nemusí znamenat, že pro ně stáří nebude náročné. Existuje však ještě jedna skupina lidí, která to má ještě těžší, a tou jsou lidé trpící demencí. Lidé si mohou myslet, že se zase nemají tak špatně, když na všechno zapomněli a „nemá je, co trápit“. Avšak opak je pravdou. Lidé trpící demencí žijí, ve většině případů, v neustálém strachu a depresích, jsou agresivní a mnohdy nechápou podněty okolí, a ani nemusí poznat své blízké.

Na světě máme různé typy demence, ale jedna z nich je tou nejčastější, jedná se o Alzheimerovu chorobu. Alzheimerova choroba narušuje kognitivní funkce v mozku, jako je paměť, myšlení a úsudek. Má pomalý náběh, nejdříve odchází krátkodobá paměť, takže si ze začátku ani nemusíme všimnout, že jí jedinec trpí. V současnosti ji trpí více než 7 milionů obyvatel Evropy.

K tématu lidí s demencí se váže i jistá otázka, jaká je jejich kvalita života, zejména jaká je jejich kvalita života, pokud jsou ubytováni v některých ze specializovaných zařízeních. Jedním z těchto zařízení je i Domov se zvláštním režimem Žatec (dále Domov), který je pro výkon této práce stěžejní, jelikož právě v tomto Domově vyhodnotíme průzkum kvality života jedinců v něm ubytovaných.

Tato práce sestává ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá pojmem demence, jeho diagnostikou, typy a příčinami. Definuje kvalitu života v různých pojetích a zaobírá se postavením člověka s demencí v sociálních službách. Poslední část teoretické práce sestává z informací o Domově se zvláštním režimem Žatec, péči, kterou poskytují klientům a aktivizační činnostmi.

V praktické části máme dvě stěžejní kapitoly. První z nich je cíl průzkumu, ve které cíl definujeme spolu s průzkumnými otázkami a popisem metody sběru dat, dotazníkového šetření. V další kapitole se zaměříme na výsledky dotazníkového šetření, které je vyznačeno grafy, jejichž data využijeme v následující podkapitole diskuzi.

Cílem práce je zjistit jaká je kvalita života jedinců v Domově se zvláštním režimem v Žatci, popřípadě jak by se dala kvalita jejich života zlepšit.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DEFINOVÁNÍ POJMU DEMENCE

Demence je vážné degenerativní onemocnění, postihující mozek, zejména jeho nejzranitelnější část, mozkovou kůru. Je to důsledkem chorobného či jiného procesu např. traumatu, otravy. Při onemocnění dochází k poruše a zničení nervových buněk zvláště v oblasti mozkové kůry a s tím související poškození mozku. Probíhající změny v mozku jsou stejné jako při stárnutí. Klesá objem a hmotnost mozku, dochází k rozšiřování mozkových komor a snižuje se mozková kůra. To vede k postupnému úbytku kognitivních funkcí, jako jsou paměť, intelekt a motivace. Nejvíce ohrožuje osoby starší 60 let a její výskyt s věkem přibývá. Nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba a hned po ní následují poruchy cévního zásobení mozku např. multiinfarktová demence.

Demence ovlivňuje naši schopnost řešit problémy a zabraňuje vzpomenout si, jak vykonávat běžné činnosti a v jakém pořadí. Dále přichází deprese, smutek a neochota se socializovat. Lidé s touto chorobou často trpí i nespavostí, bývá to jeden z hlavních příznaků, ale jelikož starší lidé, tak jako tak mají se spánkem problémy, nepřikládají tomu velkou váhu. Prakticky u všech lidí s demencí se vyskytují psychické příznaky jako nejistota, strach, deprese, úzkost, spolu s tím poruchy chování jako neobvyklé chování, neklid, přecházení, apatie a agresivita. Tyto příznaky jsou většinou reakcí na situaci, které jedinec nerozumí. (KOUKOLÍK & JIRÁK, Roman , 1998)

Důležité je podotknout, že demence je vždy výsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí. Často můžeme slyšet pojem „senilní či stařecká demence“, ale je to chybné tvrzení. Stáří nepřináší kognitivní poruchu ani demenci.

Jako při většině onemocnění je důležitá prevence. Bránit se lze zdravým životním stylem, pravidelnou psychickou i fyzickou aktivitou a kvalitní stravou. Vyhýbat se látkám jako je nikotin a alkohol.

## 1.1 PŘÍČINY DEMENCE

Demenci může způsobit mnoha příčin. Mezi nejčastější příčinu demence patří Alzheimerova choroba, která je diagnostikována u 6 případů z 10. U demence je důležité včasné rozpoznání, jelikož je toto onemocnění nevléčitelné, lze pouze oddálit následky. K dalším příčinám můžeme zařadit narušení cévního zásobení mozku, což může souviset se zvýšeným krevním tlakem nebo postižení způsobené mozkovou mrtvicí. Demence doprovází i určitá tělesná postižení, jedná se například o Parkinsonovu chorobu či Huntingtonovu chorobu nebo je následkem infekčních chorob, dýchacího onemocnění, srdečního či jaterního selhání a v neposlední řadě i pokročilého nádorového onemocnění. (BUIJSSEN, 2006)

## 1.2 DIAGNOSTIKA DEMENCE

Zatím neexistuje specifický test, který by okamžitě demenci odhalil. Z počátku je tedy důležité seznámit se s osobní a rodinnou anamnézou pacienta a poté je stěžejní vyhodnotit test změn kognitivních funkcí, paměti a chování za posledních pár měsíců i let.

Nejpoužívanějším testem je Mini-Mental State Examination (MMSE), jedná se o krátké vyšetření mentálního stavu, pomocí několika úkolů se dá zjistit, jak jsou na tom různé kognitivní funkce ve velice krátkém čase, tj. 5-10 minut. Lze ho používat ze začátku z důvodu zjištění stavu či průběžně, aby se tím analyzoval stav klienta a vývoj nemoci. Test zahrnuje několik dílčích zkoušek, jedná se o časoprostorovou orientaci, paměť, řečové schopnosti, čtení, psaní, zrakově-prostorové schopnosti, pozornost a kalkuli. Tento test je velice účinný při zjišťování rozdílu u středně těžké demence a normálního průběhu stárnutí, avšak neodhalí lehkou demenci, jelikož jsou otázky velice nenáročné a jedinci s lehčí demencí na ně zvládnou odpovědět. Diagnostika této nemoci souvisí i s klinickým vyšetřením a určitými laboratorními testy, které mají za úkol vyřadit jiné příčiny kognitivního onemocnění, spolu s vyšetřením pomocí tomografu a magnetické rezonance.

## 1.3 TYPY DEMENCÍ

V této podkapitole se budeme zaměřovat na určité typy demencí, zejména tedy na tu nejčastější, jíž je Alzheimerova choroba, jako dalším nejčastějším typem je vaskulární demence a frontotemporální demence. Dále je tu demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova choroba a demence s Lewyho tělísky.

### 1.3.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba byla poprvé popsána v roce 1907 německým lékařem Aloisem Alzheimerem, v té době byla nemocí velice vzácnou, ale nyní ji trpí více než sedm milionů obyvatel Evropy. Alzheimer při vyšetřování mozku zesnulé paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence, zjistil, že „miliární ohniska“ neboli senilní plaky prostupují horní vrstvy kůry tak masivně, že jsou viditelné dokonce v nebarvených preparátech. (KOUKOLÍK & JIRÁK, Roman , 1998)

Alzheimerova choroba narušuje část mozku a způsobuje pokles tzv. kognitivních funkcí – myšlení, paměť, úsudek a je jednou z nejčastějších příčin demence. Má pomalý nástup, jako první odchází krátkodobá paměť a postupně se jedinec není schopen postarat o základní potřeby. Jako jedna z metod, při které se zjistí, že jedince trpí touto chorobou je pokyn, aby nakreslil hodiny a jedinec toho není schopen, i když se mnohdy zdá zdravý.

Postup nemoci není u všech jedinců stejně dlouhý, záleží na spoustě vnějších i vnitřních faktorů. Postupně po krátkodobé paměti odchází i schopnost se vyjadřovat a rozhodovat se, jedinec nedokončuje myšlenky, a je čím dál více zmatenější. Stále se ptá na stejné věci a stejné věci opakuje. K předmětům nedokáže přiřadit jejich název např. místo sklenice řekne: „to z čeho piji“ apod. Přestává se orientovat v prostoru i čase a jeho osobnost se úplně mění. Nevidí potěšení v činnostech, které dříve dělával rád. Většina nemocných se cítí v neustálém strachu, a proto bývají i často agresivní, mají potřebu se bránit.

Tato choroba je progresivního typu, tudíž se její příznaky zhoršují a s postupným rozvojem nemoci se jedinec o sebe nedokáže postarat sám a potřebuje nepřetržitou péči. V nejtěžším stádiu nemoci se jedinec bez cizí pomoci ani nenají, v některých případech se musí používat i nitrožilní výživa, jelikož jedinec není schopen polykat.

Pokud se to u jedince nezjistí včas, může hrozit, že jedinec zapomene zavřít plyn, vypnout žehličku apod. Kvůli snížené orientaci může dojít k tomu, že se jedinec ztratí a poté může vyhladovět nebo prochladnout. Alzheimerova choroba rovněž snižuje obranyschopnost nemocného, a i obyčejné nachlazení může být smrtelné. Jelikož je Alzheimerova choroba kognitivní poruchou, je nutné u jedinců, kteří jí trpí, udržovat aktivitu v rámci komplexní rehabilitační péče.

### **1.3.2 DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ CHOROBĚ**

Parkinsonova choroba je již známá od starověku, ale poprvé byla popsána v roce 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem.

Parkinsonova choroba (progresivní motorická porucha v dospělosti), je nevléčitelné neurologické onemocnění, při kterém nezávisí na životním stylu či z jaké sociální vrstvy pocházíte. Většinou postihuje lidi po padesátce, ale může se objevit i dříve. 10 % lidí s tímto postižením jsou jedinci mladší 40 let. Podle provedených statistik jsou více postihnuti muži ve věkovém rozmezí 55. a 62. rokem života. Jedná se o onemocnění nervové soustavy a její charakteristické rysy jsou poruchy motorických funkcí. Tyto poruchy mají příčinu v odumírání mozkových buněk, které mají u zdravých lidí za úkol tvoření látky, která je potřeba k přenosu informací mezi neurony. (HORT, JIRÁK, Roman , 2007)

Většina lidí příznakům nepřikládá velkou váhu, jelikož přicházejí pozvolna a nelze je rozeznat od běžných nemocí. Mezi nejčastější příznaky patří rychle nastupující únava, pocit tuhosti, pocit těžkých končetin křeče, zpomalená chůze a zvýšená tvorba slin, slz a potu. Průběh nemoci je velice individuální, příznaky jsou typické i pro jiné onemocnění, tudíž je těžší tuto chorobu odhalit. Choroba má progradující tendenci, což znamená, že se časem zhoršuje. Jedinec prochází 4 fázemi – adaptační, ustálenou, gradující a finální stádium nemoci. Parkinsonova choroba je nevléčitelná a její příznaky lze pouze tlumit a oddalovat poslední fázi pomocí léků, rehabilitace a pravidelného pohybu.

### **1.3.3 HUNTINGTONOVA CHOROBA**

Huntingtonova choroba neboli dříve známá jako „Huntingtonova chorea“ byla poprvé popsána v roce 1872 americkým lékařem Georgem Huntingtnem. V druhé polovině

dvacátého století by zjištěn jeden kauzální gen, to znamená, že nemoc je způsobena jedním genem, tímto zjištěním se Huntingtonova choroba stala jedním z prvních genetických onemocnění. Díky tomuto objevu mohli být lidé testováni a na nemoc se přišlo včas.

Jedná se o vzácné neurodegenerativní onemocnění mozku, která je charakteristické trhanými pohyby těla a snížením mentálních schopností. Nemoc sama o sebe není smrtelná, ale jejím důsledkem je snížená imunita, která zapříčiňuje zkrácení délky života.

Nejběžnější výskyt této nemoci je mezi dvacátým a čtyřicátým rokem a může postihnout obě pohlaví. Pokud jedince onemocnění touto chorobou před 20. rokem života, označuje se to jako **juvenilní** (vyskytující se v mládí) **Huntingtonova choroba**.

Prvními příznaky bývají psychické poruchy, kdy jedinec pociťuje zhoršení koncentrace a má problém s organizací myšlenek, postupně ztrácí vůli, cítí se frustrovaný, jeho chování začíná být impulzivní, myšlení se zpomaluje a v posledních stádiích přichází demence. Co se týče fyzických poruch, objevují se u jedince mimovolné kroutivé pohyby na různých místech, ruší jedince, jak v klidu, tak i při pohybu. Tyto pohyby se vyskytují především na končetinách, trupu a obličeji. Prvotně jsou postihovány malé a jemné svaly, které ovládají jazyk, hrdlo či plíce. V tomto ohledu zabředneme do logopedii, jelikož se tato porucha nazývá dysartrie, jejíž léčbu má na starost právě logoped. Problém nemá pouze s řečí, ale dělá mu potíže i polykání a příjem potravy. Dosud není známá žádná účinná léčba, jako u většiny typů demence se i tu setkáváme s léky, které mají hlavně vliv na oddálení nemoci. V tomto případě se používají hlavně benzodiazepiny, které mají ale bohužel nepříjemné vedlejší účinky, patří mezi ně únava, zpomalení pohybů a deprese. Z tohoto důvodu většina jedinců navštěvuje celou řadu lékařů a chodí do speciálních center, kde je připravují na život s touto chorobou a na její další fáze. (KOUKOLÍK & JIRÁK, Roman , 1998)

### 1.3.4 FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE

Frontotemporální demence, jejíž nejznámější formou je Pickova choroba, je druhým nejčastějším degenerativním onemocněním mozku. Byla popsána koncem devatenáctého století psychiatrem a neurologem Arnoldem Pickem.

Často bývá zaměňována za Alzheimerovu chorobu, jelikož si lidé stěžují na zapomínání, deprese a náhlé změny nálad, ale u této nemoci je možné, že kognitivní funkce (myšlení a paměť) zůstanou dlouhou dobou nepostiženy.

Tato choroba na rozdíl do Alzheimerovy choroby napadá daleko mladší jedince, cca okolo 50. věku života. Velký rozdíl je zde v symptomech, kdy nezačíná jako u ostatních demenci, ale její začátek je plíživý, projevují se zde těžce zpozorovatelné změny chování a charakteru člověka, mění se jeho nálady a způsob uvažování. To je zapříčiněno tím, že nemoc napadá čelní oblast mozku, která má tyto činnosti na starost.

Lidé trpící touto chorobou si často uvědomují změny, kterými prochází, ale místo, aby byli znepokojeni, zůstávají apatičtí, necítí potřebu problémy řešit. Je totiž známo, že se s postupem nemoci cítí lehkomyšlnými, nezaujatými vážnými problémy jejich života.

Nemoc byla popsána lékaři v Lundu a Manchesteru následujícím způsobem:

*„Jde o ztrátu sebekontroly a společenské způsobilosti v relativně mladém věku, tedy jakási „odbržděnost“, ztráta schopnosti myslet operativně a flexibilně, ztráta řešit nové situace a přizpůsobovat své názory změněným podmínkám, názorová rigidnost, nekontrolovatelná upovídání, stereotypní a nutkavé jednání, těkavost, roztržitost, nevybíravé a společensky nevhodné způsoby, impulzivnost.“ (HORT, JIRÁK, Roman , 2007)*

Dalo by se to zestručnit do **triády**, ve které se jedinec emočně nachází, jedná se o **apatii, povznesenou náladu a vypjatou emocionalitu**. Aby se to dalo klasifikovat jako frontotemporální choroba je potřeba, aby tyto rysy byly u jedince nevšední a neodpovídající jeho charakteru. Spousta rodin si totiž může myslet, že to jedinec dělá naschvál a nepřisuzuje to takto vážnému onemocnění.

### 1.3.5 DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, které má společné příznaky s Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou, bývá často i za tyto onemocnění zaměňováno, v průměru je touto chorobou diagnostikováno 4 % postižených.



Charakteristickým rysem je přítomnost tzv. Lewyho tělísek v mozkových buňkách v některých oblastech kůry a podkoří, jsou pojmenované podle Friedricha Heinricha Lewyho, který tělíška objevil. Prvotní příznaky jsou kolísání pozornosti a vizuospeciální (zrakově-prostorové) poruchy, tj. potíže v prostorové orientaci, povědomí o okolí a prostorových vztazích apod. Pro tuto poruchu jsou specifické zrakové halucinace. Onemocnění postihuje více muže než ženy. (KALVACH, 2008,s. 25)

### **1.3.6 VASKULÁRNÍ DEMENCE**

Vaskulární demencí trpí 15 - 30 % osob s demencí. Jedná se o poškození mozku infarkty. Většinou začínají náhle a příznaky se stupňovitě zhoršují. Nemoc má zdlouhavý průběh a jedinec si uvědomuje, že je nemocný, což vede k depresím. Častými příznaky je porucha chůze, závratě, fokální postižení (např. asymetrie reflexů), senzorické poruchy (výpady zorného pole).

## 2 KVALITA ŽIVOTA

### 2.1 DEFINOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA

Kvalita života je velice subjektivní pojem, záleží na každém jedinci, jak ji bude vnímat. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem.“ Dalo by se to vysvětlit jako rozdíl mezi nároky jedince a skutečností, čím více jsou tyto dvě kritéria v souladu, tím vyšší je kvalita života. Kvalitu života určuje zdraví, vzdělání, práce a kvalita pracovního prostředí, volný čas a čas obecně, psychické prostředí, osobní práva na svobodu a právní stát, možnost užívat majetek a služby, rovnost šancí na účast veřejném na životě.

Definice kvality života podle Renneberga a Lippkeho (2006, s. 35): *„Kvalita života ve vztahu ke zdraví zahrnuje tělesné, psychické a sociální postavení a schopnost bytí. Je to vícedimenzionální souhrn, založený na subjektivním hodnocení. Uplatní se tím víc, čím lépe určitá osoba pochopí svůj zdravotní stav. Souhrn by měl být doplněn medicínsko-technickými údaji, aby bylo možno vyhodnotit zvýšení péče a zdraví.“*

Termín kvalita života je posuzován v mnoha směrech, prvotně se začal objevovat v humanitních vědách, poté se termín začal aplikovat do ekonomie, politologie, sociologie, teologie, sociální práce, psychologie, pedagogiky a medicínských oborů, jako poslední se dostal do biologických disciplín a ekologie. V každých z těchto oborů znamená kvalita života něco jiného. Ke jistění kvality života byla nejdříve používána kvantitativní metoda, ale posléze se zjistilo, že je potřeba používat i kvalitativní metodu. Z počátku se kvalita života posuzovala z pohledu nemocného člověka, kdy byla snaha o zmírnění jeho útrap, později se začalo soustřeďovat na spokojenost v práci, celkový pohled na život, který souvisí s uspokojováním potřeb.

## Maslowova pyramida potřeb:

Vychází z uspokojování základních potřeb, poté se postupuje po pyramidě nahoru, jakmile jsou uspokojeny základní potřeby, můžeme se posunout nahoru. Potřeby jsou děleny na biologické (potrava, spánek, dýchání) a sociální (vzdělání, radost, štěstí, láska). (Maslow, 2014, s. 20)



### Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Ve zdravotnictví mají pro kvalitu života svůj název **HRQOL** (health-related quality of life). Soustředí se zejména na to, jaký vliv má zdraví pro prožití plnohodnotného života. Zaměřuje se na více oblastí – fyzická a psychická stránka člověka, jeho fungování ve společnosti a well-being (osobní pohoda). Měření HRQOL pomáhá pochopit možné následky související s nemocí, úrazem či znevýhodněním a ovlivnit jejich rizikové faktory.

#### 2.1.1 KVALITA ŽIVOTA Z EKONOMICKÉHO POHLEDU

Ekonomické obory byly jedny z prvních, v níž byla aplikovaná metoda zjišťování kvality života. Po 2. světové válce se díky industrializaci zvyšovala životní úroveň obyvatel. K měření kvality života byl zejména používán hrubý domácí produkt (HDP).

Po čase bylo zjištěno, že toto měření určuje jeden jediný aspekt z velké škály lidských potřeb, a že i přesto, že na tom jsou lidé ekonomicky dobře, neznamená to, že jejich kvalita života je dostačující v jiných oblastech.

### **2.1.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ**

Kvalita života seniorů se odráží od individuálních vlastností každého z nich. Záleží, jak se o sebe starají, zda jsou fyzicky zdatní, dobře se stravují a hlavně, zda jsou smířeni s procesem stárnutí, který přináší určitá úskalí a je velmi pravděpodobné, že jedinec nebude moci fungovat jako předtím. V této fázi je důležité si uvědomit, že existují jiné možnosti a aktivity, kterým se mohou věnovat.

Existuje několik faktorů, které ohrožují kvalitu života seniorů, jedná se o fyziologické, psychologické a sociální změny.

#### *Fyziologické změny*

- Zhoršení zraku
- Zhoršení sluchu
- Rovnováha
- Hybnost
- Inkontinence

#### *Sociální změny*

- Pocit osamocení
- Potřeba pozornosti a zájmu okolí
- Odchod dětí (syndrom opuštěného hnízda)
- Změna bydlení
- Smrt partnera, přátel

#### *Psychologické změny*

- Myšlení
- Paměť
- Mění se hodnoty

- Podezíravost a nedůvěra
- Naivita
- Negativní pohled na svět

(Smékal, Hobzová, 2008, s. 120)

Kvalita života seniorů se liší zejména od prostředí, ve kterém se nacházejí. Většina studií, která se tímto problémem zabírají vychází z toho, že starším osobám se nejlépe žije v domácím prostředí, obklopeni svými blízkými, ať rodinou či přáteli. Velmi dobře na tom jsou také senioři, žijící v penzionech pro seniory, jedná se zařízení, ve kterém jsou většinou byty 1kk a 2kk, byty mají vlastní sociální zázemí a kuchyňku, toto zařízení nechává starším občanům možnost zůstat, co nejvíce autonomními a soběstačnými. Jako nejnižší hodnocený je pobyt v domovech pro seniory, není to tak všude, ale v porovnání s ostatními možnostmi ano. Je to hlavně z toho důvodu, že odchod do domova většinou není chtěný, ale je to spíše nutností, ať se jedná o zhoršení zdravotního stavu nebo jiného závažného problému.

Při určování kvality života seniorů je důležité se zaměřit na jejich potřeby, které se při procesu stárnutí mění. Zároveň přibývá potřeb, které před tím nemuseli řešit. Mezi tyto potřeby patří například sexualita, mnoho seniorů se bojí navázat další vztah poté, co ztratí svého partnera, cítí stud, že už to není nic pro ně, že to není společností akceptováno.

#### **Jak udržet kvalitu života ve stáří a pozitivní pohled na svět:**

- dostatečně relaxovat
- vybavit si hezké vzpomínky
- obklopovat se pozitivními lidmi – vyvarovat se tzv. toxickým lidem
- uvolňujte emoce – smích, pláč
- rozvíjejte své koníčky nebo se učte novým věcem
- zdravý životní styl
- pamatovat si, že věk je jenom číslo a nikoho nedefinuje

### 3 POSTAVENÍ ČLOVĚKA S DEMENCÍ V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

#### 3.1 ZÁKON Č. 108/2006 SB.

Jedná se o činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začleňování nebo prevenci sociálního vyloučení. Sociální služby jdou často ruku v ruce s veřejnými službami, jejichž účelem je zejména prospěch veřejnosti. Sociální služby, v širším měřítku, zahrnují vzdělávací, zdravotnické a administrativní služby a jejich cílem je zlepšit kvalitu života sociálně znevýhodněných a v maximální možné míře je do začlenit do společnosti, či chránit společnost před riziky, které představují.

##### **Znění zákona:**

*(1) Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.*

*(2) Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.*

*(3) Tento zákon se použije na právní vztahy, které nejsou upraveny přímo použitelným předpisem Evropské unie<sup>54</sup>(PIKOLA, Pavel a Milan ŘÍHA., 2010. s.15)*

## Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které jsou z dlouhodobého hlediska závislé na pomoci jiné osoby z důvodu zdravotního stavu. Pomocí je myšleno poskytování sociálních služeb a pomoci ve zvládnutí základních životních potřeb, v tomto případě hraje roli stát, který tyto služby hradí. Příspěvek je přidělován na základě již zmíněném zákonu o sociálních službách a dále pak vyhlášky č. 505/2006 Sb. Osobami pečující o jedince zdravotně znevýhodněné jsou většinou členové rodiny nebo vyškolení pracovníci (např. asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, zapsaný v registru poskytovatelů). Aby měla osoba nárok na příspěvek, musí se zhodnotit různé aspekty zvládnutí základních životních potřeb. Mezi tyto aspekty patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (posuzována u lidí nad 18 let). (společnost, 2009)

### **Výše příspěvku pro osoby starší 18 let je posuzována podle následujících stupňů:**

1. stupeň – lehká závislost **880 Kč**
2. stupeň – středně těžká závislost **4 400 Kč**
3. stupeň – těžká závislost **8 800 Kč**, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, **12 800 Kč** v ostatních případech.
4. stupeň – úplná závislost, **13 200 Kč**, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, **19 200 Kč** v ostatních případech.

## 3.2 STÁŘÍ A POLITIKA STÁRNUTÍ ČR

Stáří je branné jako poslední fáze života. Jedná se o výsledek procesu stárnutí (involuce). Nemůžeme přímo definovat hranici, ve kterém stáří nastává, jelikož je to velice individuální. Dalo by se všeobecně říci, že nastává okolo 60. roku života. Hranice se však stále posouvá a lidé se dožívají čím dál vyššího věku, než tomu bylo v minulosti. Je to dáno zejména stavem společnosti, čím vyspělejší je společnost, tím déle lidé žijí. V dávných dobách se lidé, kteří dovršili 40. roku života brali jako senioři, kdybychom toto chtěli aplikovat v současné době V současnosti jsou zpravidla považováni za staré ti, kteří pobírají starobní důchod. Existuje mnoho aspektů, podle kterých se dá stáří definovat, nejdůležitější je však fyzický stav jedince. „*Stárnoucí populace nejsou rozhodně populace postižené demografickou krizí, jak o tom hovoří někteří ekonomové, ale snižování úmrtnosti ve vyšším věku a ve velkém měřítku je dalším historickým úspěchem vývoje lidstva.*“ (Rychtaříková, 2002, s.46)



# DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŽATEC

## 3.3 POPIS ČINNOSTI

Domov pro seniory je příspěvkovou organizací města Žatec. Rozděluje se na 3 hlavní části. Domov pro seniory, Pečovatelská péče a Domov se zvláštním režimem. (Žatci, 2014)

### **Domov pro seniory**

V domově pro seniory jsou poskytovány služby lidem se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku. Lidé zde bydlí v pokoji většinou po dvou a pečovatelky se starají o každého podle jeho individuálních potřeb. Snaží se je však vést k soběstačnosti, pokud je to v rámci jejich možností. (Žatci, 2014)

### **Pečovatelská služba**

Dále je tu Pečovatelská služba, která se skládá ze samostatných bytových jednotek, kde jejich obyvatelé musí využívat alespoň jednu z nabízených služeb, aby tam mohli bydlet. Toto zařízení se výrazně liší od dalších dvou, a to tím, že zde nebydlí pouze senioři, ale i lidé, kteří například pobírají státní sociální podporu nebo mají nějaké znevýhodnění, které jim brání se zařadit do pracovního procesu a nemohou si dovolit bydlení jinde. (Žatci, 2014)

### **Domov se zvláštním režimem**

Poslední částí je Domov se zvláštním režimem, kde jsou ubytováni lidé s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence. Toto zařízení je nejnovější, bylo vybudováno v roce 2012. Roku 2013 toto zařízení obdrželo prestižní certifikát „VÁŽKA“, které je udělováno Českou alzheimerovskou společností za poskytování kvalitní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. (Žatci, 2014)

## Z Péče a podpora o osoby s demencí

V Domově se zvláštním režimem (dále Domov), jsou ubytovány osoby s demencí starší 50 let, nejvíce případů je zde evidováno s Alzheimerovou chorobou. Cílem tohoto zařízení je dopřát plnohodnotné, důstojné a bezpečné stáří. Snaží se vést klienty k soběstačnosti, pokud je to možné. Obecně platí, že podpora a péče klienta začíná tam, kde mu nezbývají síly. Podporují vztahy s rodinnou a snaží se rodinu do života jejich blízkých zapojovat, ať už se jedná o časté návštěvy nebo akce pořádané Domovem. Dále je důležité i zvyšování odbornosti personálu a jejich časté školení, které spočívá jak v pečovatelské praxi, tak i v její sociální stránce, je důležité si pamatovat, že ačkoliv jsou v Domovech umístění nemocní klienti, neznamená to, že je to zdravotnické zařízení. Domov je doslova jejich novým „domovem“, a tak se k tomu musí i přistupovat.

*Zařízení se řídí určitými zásadami:*

- Individuální, vlídný a srozumitelný přístup ke klientům
- Respektovat jejich přání a potřeby
- Zajišťovat bezpečné prostředí
- Dodržovat základní práva a svobody s respektováním důstojnosti klienta
- Informovanost klienta a rodinu o poskytování služeb
- Kvalitní týmová spolupráce s důrazem na speciální potřeby klientů

### 3.3.1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je zaměřená na kvalitu života a péči o osoby s nevléčitelným onemocněním, zahrnuje i osoby blízké. Zaměřuje se na kvalitní a důstojné prožití života jedinců až do posledního okamžiku. Důležité je pochopení, že umírání je součástí života a je bráno jako přirozená věc. (Žatci, 2014)

*Paliativní péče má za úkol:*

- Respektovat přání umírajícího
- Pečovat o bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince

- Poskytovat útěchu bolesti
- Vyžadovat adekvátní lékařské postupy s ohledem na vývoj zdravotního stavu tzn. jedinec není hospitalizován ani nepodstupuje zákroky, jelikož to nepřispívá ke kvalitě života
- Vyžadovat správně nastavenou léčbu symptomů nemoci
- Reagovat na aktuální stav nemocného
- Útěšná funkce – např. práce s blízkými
- Poskytovat komplexní péči v důstojném prostředí

### 3.3.2 AKTIVITY V DOMOVĚ

Na každý den jsou v Domově naplánované aktivity. Pokud je hezké počasí klienti mohou vyjít na procházky. Většinou chodí s jednou z pečovatelek, ale pokud jim to zdraví dovolí mohou se vydat i sami. Toto platí zejména pro obyvatele Domova pro seniory, kde jsou lidé soběstačnější. Co se týče Domova se zvláštním režimem, klienti nemohou opouštět areál bez doprovodu buď pečovatelky nebo rodinného příslušníka. Každé úterý mají také možnost navštívit mši, kterou místní farář provádí přímo v Domově, kde mají vlastní modlitebnu. V té samé budově, kde se tato modlitebna nachází mají vytyčené místnosti i pro ergoterapii, zooterapii a kurzy vaření. O všechny tyto aktivity se v Domově starají specializované pracovníce. Většinou jsou to externí pracovníce, které docházejí do různých zařízení. (Žatci, 2014)

#### **Zooterapie:**

Tato terapie probíhá prakticky neustále, jelikož Domov má k dispozici papouška, za kterým mohou klienti docházet. Kromě toho za nimi 3 dny v týdnu dochází specializovaná pracovníce se psem či králíky. Tato terapie je brána jako jedna z nejúčelnějších a nejoblíbenějších, klienti na zvířata dobře reagují a má to pozitivní vliv na jejich náladu.

#### **Ergoterapie:**

Pro tento druh terapie je v Domově vystavěna dílna, která sestává z kuchyňky a několika pracovních stolů. Klienti tu vaří, šijí, malují, pracují s keramikou, vytvářejí vánoční ozdoby apod.

### **Muzikoterapie:**

Klienti se většinou sejdou v jedné místnosti a specializovaná pracovnice jim pustí hudbu a zpívají si písničky jejich mládí, mnohdy do toho zapojí i paměťové cvičení, při němž si klienti vybavují text či název dané písničky.

### **Boccia:**

Boccia procvičuje hlavně tělesnou stránku. Klienti jsou rozděleni do dvou skupin po 4, každý dostane dva barevné míčky, při čemž každý tým má svoji barvu, do středu místnosti se umístí bílý míček, a ten tým, který k němu dohodí nejbliže, vyhrává.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu je zjištění kvality života jedince v Domově se zvláštním režimem Žatec, popřípadě zjistit, co by vedlo k jeho zlepšení. Lidé trpící demencí to nemají lehké a je potřeba k nim přistupovat individuálně. Důležité je tedy zjistit, jak klienti nahlíží na různé aspekty života a najít v nich něco pozitivního, čeho se můžeme při komunikaci s nimi chytit. Cílem je zjistit, jak jedinec pohlíží na život a vnímá jeho kvalitu. Jak je spokojen v Domově, a co by se dalo změnit, aby mu bylo lépe.

### 4.1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

K dosažení cílů byly stanoveny průzkumné otázky

1. **Otázka:** Jsou klienti v Domově spokojeni?
2. **Otázka:** Jak klienti vnímají svoji kvalitu života?
3. **Otázka:** Jak by se dala kvalita jejich života zlepšit?

### 4.2 PRŮZKUMNÉ METODY

Ke zjištění kvality života jedinců v Domově se zvláštním režimem Žatec byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat – dotazníkové šetření. Otázky byly odpovězeny ve spolupráci s klíčovými pracovníky zvolených klientů. Dohromady se zúčastnilo 40 respondentů, což odpovídá počtu ubytovaných.

#### 4.2.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Jedná se o nejčastější metodu sběru dat. Využívá se zejména v sociologii, v psychologii, marketingu a podobných vědách. Tato metoda je účinná zejména, pokud potřebujeme oslovit velkou skupinu respondentů. Většinou se jedná o písemnou formu, ale otázky mohou být sděleny i ústně. V této moderní době se zejména využívá elektronická forma dotazníku, je méně náročnější, co se týče času a také je ekonomicky a ekologicky výhodnější. Výhodou dotazníku je i to, že ho můžeme podávat opakovaně pro srovnání výsledků.

V dotazníku nesmí chybět úvod, ve kterém představíme autory a důvod výzkumu, také musíme účastníkům sdělit, že dotazník bude anonymní a k čemu budou sloužit nasbírané informace. Otázky by měly být srovnané od nejlehčích po nejsložitější. Měly by být tak srozumitelné, aby je cílová skupina pochopila a mohla na ně bez problémů odpovědět. Je více než jasné, že není možné dotazovat celou populaci, a z toho důvodu se vybírá tzv. reprezentativní vzorek, jedná se menší část skupiny. V případě této práce jsme zaměřeni pouze na jedno zařízení místo zkoumání všech zařízení tohoto typu v celé zemi. Na konci dotazníku by měly být otázky jednoduššího či oddechového charakteru, a na závěr poděkování.

### **4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU**

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na klienty v Domově se zvláštním režimem. Toto zařízení se specializuje na péči o klienty s jakýmkoliv typem demence, která se vyskytuje u seniorů. Cílem výzkumu je zjistit, jaká je kvalita života jedinců v Domově, popřípadě, co by se mohlo zlepšit, aby se cítili lépe. Průzkum probíhal od ledna 2021 do února 2021. Dotazník obsahuje 17 otázek, které se zaměřují na určité aspekty života. Otázky v dotazníku jsou polostrukturované, jelikož se v něm nachází, 16 uzavřených otázek a 1 otevřená. Z celkového počtu uzavřených otázek, je jich 7 dichotomických (tzn. pouze dvě odpovědi).

Základní soubor: kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem.

Výběrový soubor: 40 respondentů z Domova se zvláštním režimem v Žatci, (dotazníkové šetření), výběr respondentů byl pravděpodobnostní.

Místo průzkumu: Domov se zvláštním režimem Žatec

## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

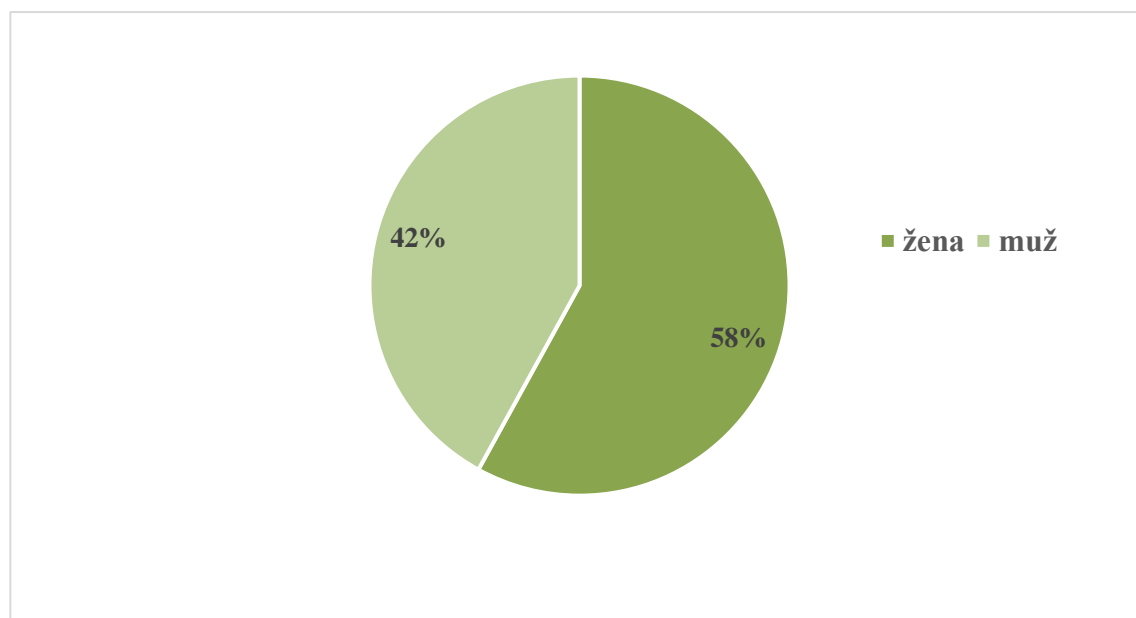
Ke zjištění informací k danému tématu byla zvolena metoda formou dotazníku, který je součástí přílohy 1. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 40 respondentů, což je celkový počet klientů v celém zařízení. Dotazníky vyplňovali s klienty klíčoví pracovníci. Klíčoví pracovníci mají za úkol koordinovat poskytované služby konkrétnímu klientovi. Každému klientovi je po příchodu do Domova klíčový pracovník přiřazen.

Otázky v dotazníku byly sestaveny tak, aby splňovaly zjišťovaná kritéria, a aby byly srozumitelné i pro jedince s demencí, pokud něčemu nerozuměli, pomohli jim klíčoví pracovníci, kteří vědí, jak s klienty komunikovat. Dotazník byl inspirován testem QOLAD (Quality of life in Alzheimer's Disease).

### 5.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

#### Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů

Graf 1: Pohlaví respondentů



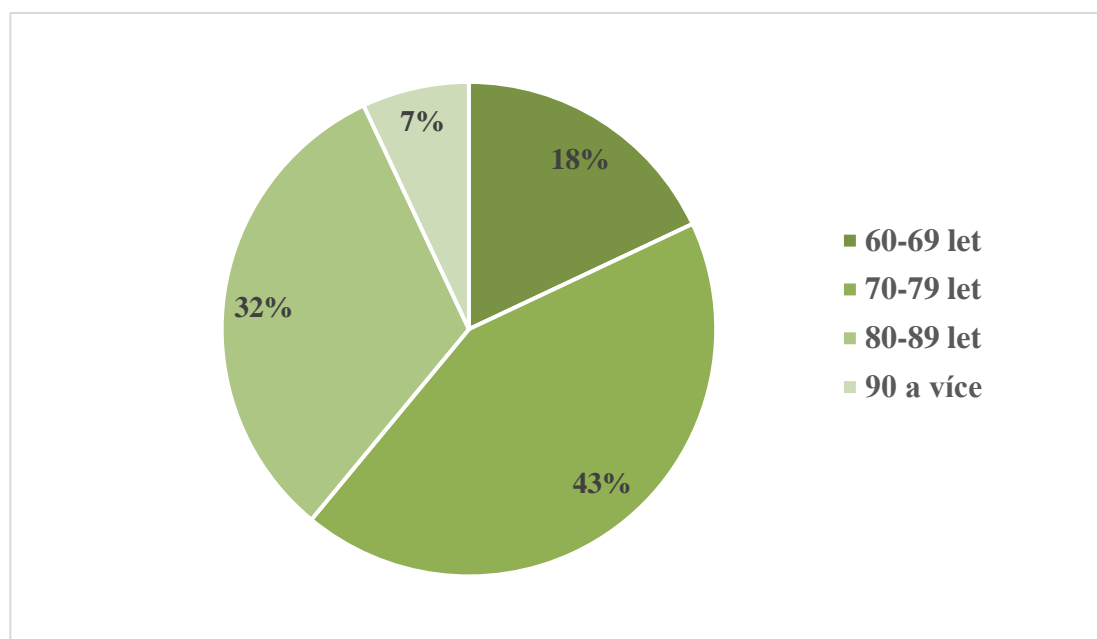
Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

První otázka byla zaměřena na pohlaví respondentů. Z grafu je zřetelné, že v Domově jsou převážně ubytované ženy s počtem 23 a muži s počtem 17. Ženské pohlaví převládá

v tomto zařízení zejména z toho důvodu, který je obecně známý, ženy se dožívají déle než muži.

## Otázka č. 2 - Věk respondentů

Graf 2: Věk respondentů



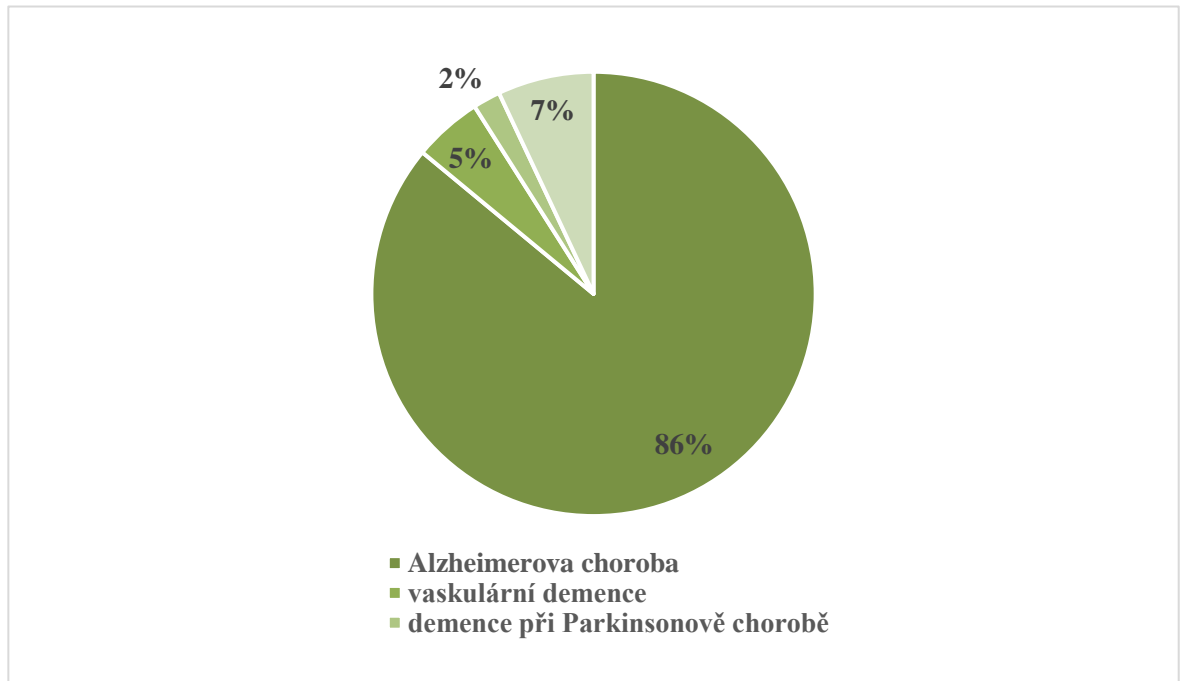
Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Druhá otázka zjišťovala věk respondentů, největší zastoupení tu mají klienti ve věku 70-79 let, druhou nejčastější věkovou skupinou jsou lidé ve věku 80-89 let a nejméně je tu klientů okolo 60. roku života a 90.

## Otázka č. 3 – Diagnóza respondentů



**Graf 3: Diagnóza respondentů**

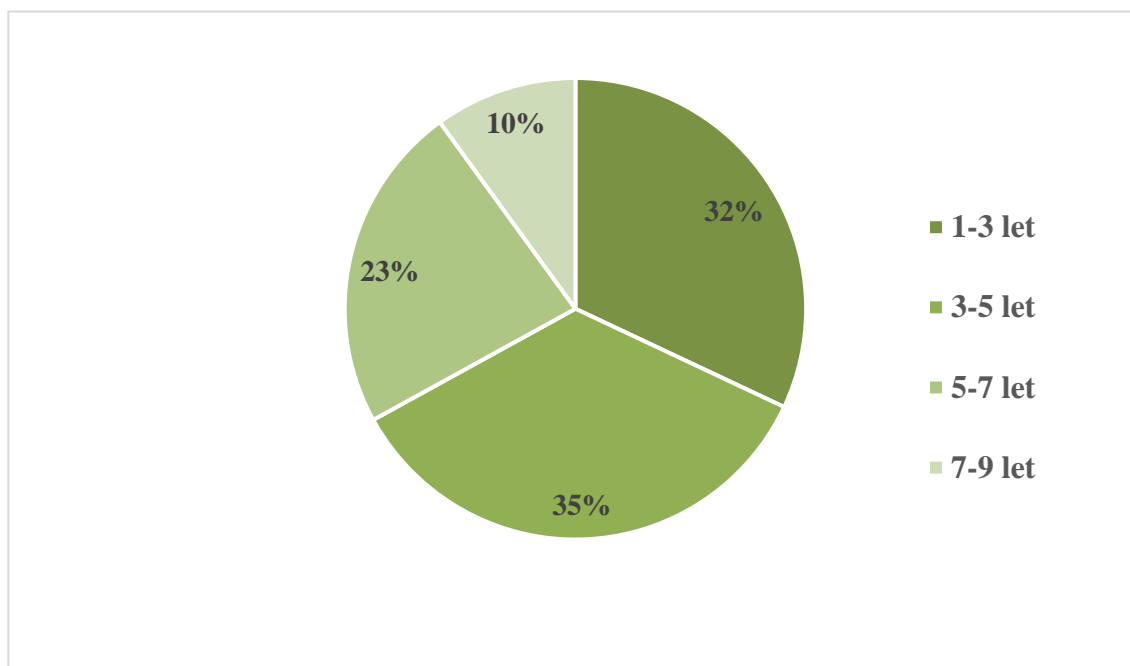


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Největší zastoupení tu mají klienti s diagnostikou Alzheimerova choroba, což potvrzuje fakt, že tento typ demence je tou nejčastější. Další typy demencí jsou tu ojedinělé.

**Otázka č. 4 – Jak dlouho jste v Domově se zvláštním režimem?**

**Graf 4: Délka pobytu v zařízení**

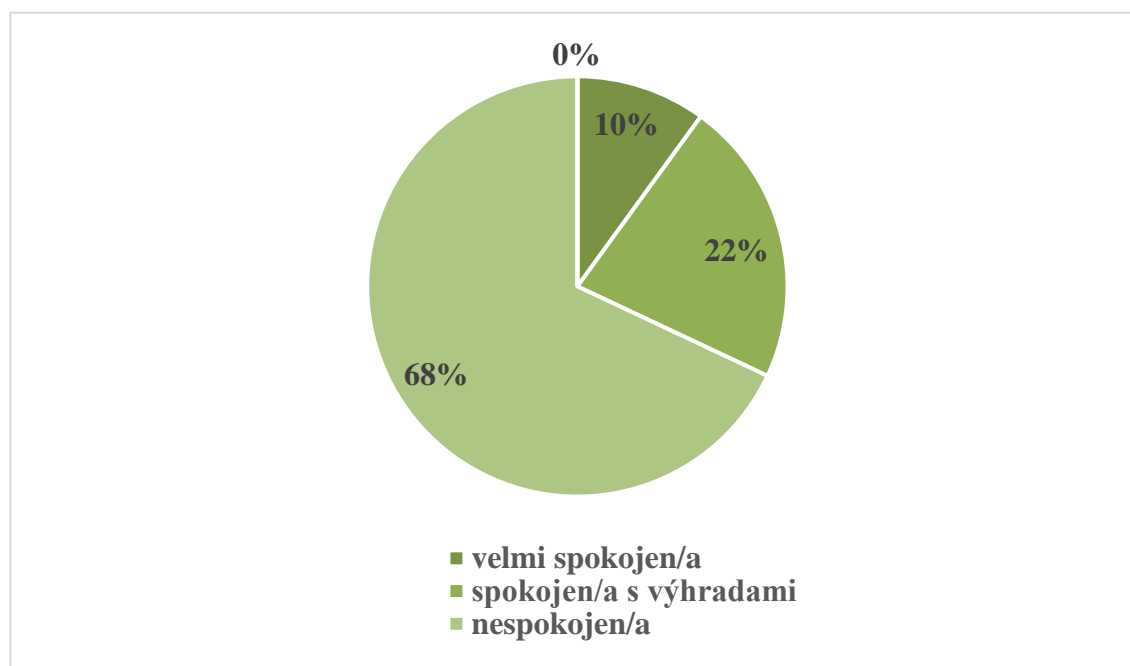


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Délka pobytu v zařízení je velice individuální, záleží na mnoha faktorech, například v jakém stavu klient přišel do zařízení, jaká další nemoc ho sužovali po dobu pobytu. V Domově je veliká fluktuace klientů, je dané tím, že většina jedinců tam přijde už ve vysokém stádiu nemoci a bohužel už tam i zůstanou.

## Otázka č. 5 – Jak jste spokojeni se svým zdravím?

Graf 5: Fyzické zdraví

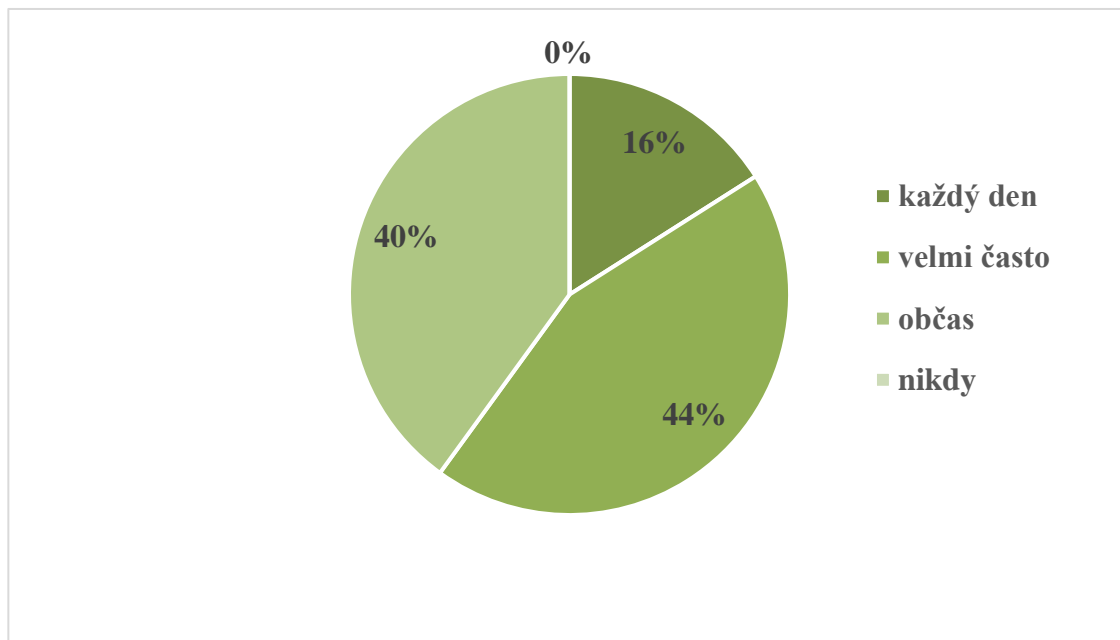


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Demenci provází i spousta fyzických potíží. Z grafu je patrné, že tento diskomfort, doprovázející tuto chorobu, pociťuje větší část ubytovaných. Nespokojeno se svou zdravotní stránkou je 68 % klientů, ale zároveň je 22 % spokojených, sice s výhradami, ale i to je pozitivní věc. Procento nespokojenosti by se mohlo očekávat vyšší.

**Otázka č. 6 – Jak často prožíváte negativní pocity? (např. úzkost, deprese, strach, beznaděj, rozmrzelost apod.)**

**Graf 6: Negativní pocity**

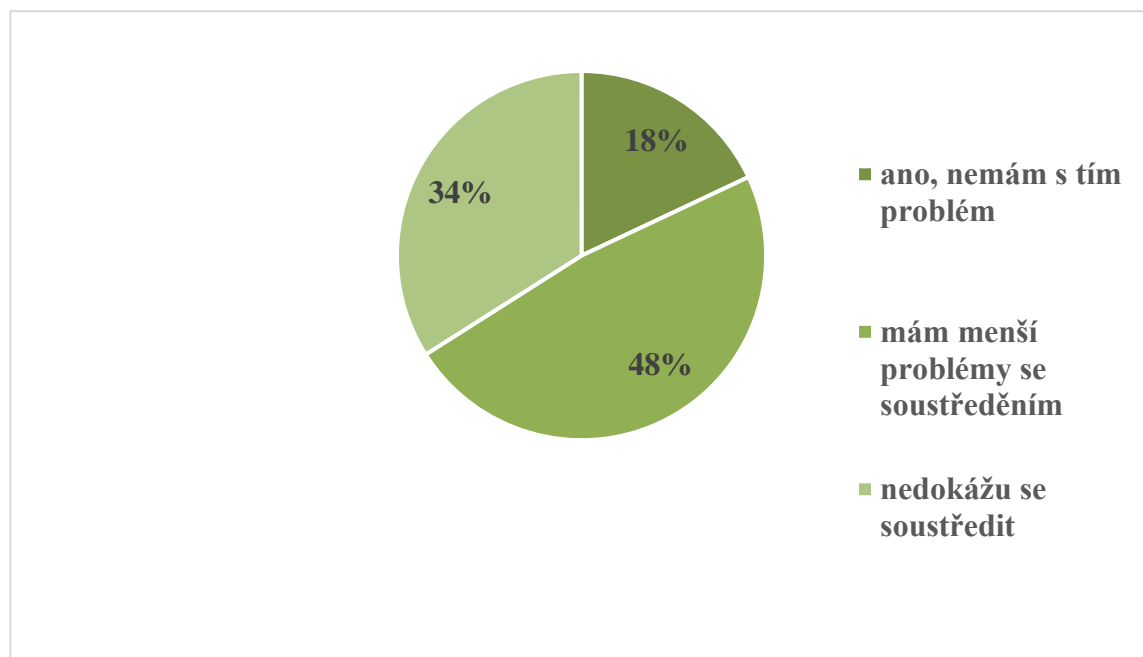


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Na tomto grafu můžeme vidět, že většinu klientů velmi často sužují negativní pocity. Zejména je to tedy strach, úzkost, hněv a deprese. Ve vyšším stádiu nemoci klienti nechápou, co se s nimi děje. Cítí všechny tyto pocity, ale vlastně neví proč. Je to jeden z důvodů, proč bývají často agresivní.

## Otázka č. 7 – Dokážete se soustředit?

Graf 7: Soustředění

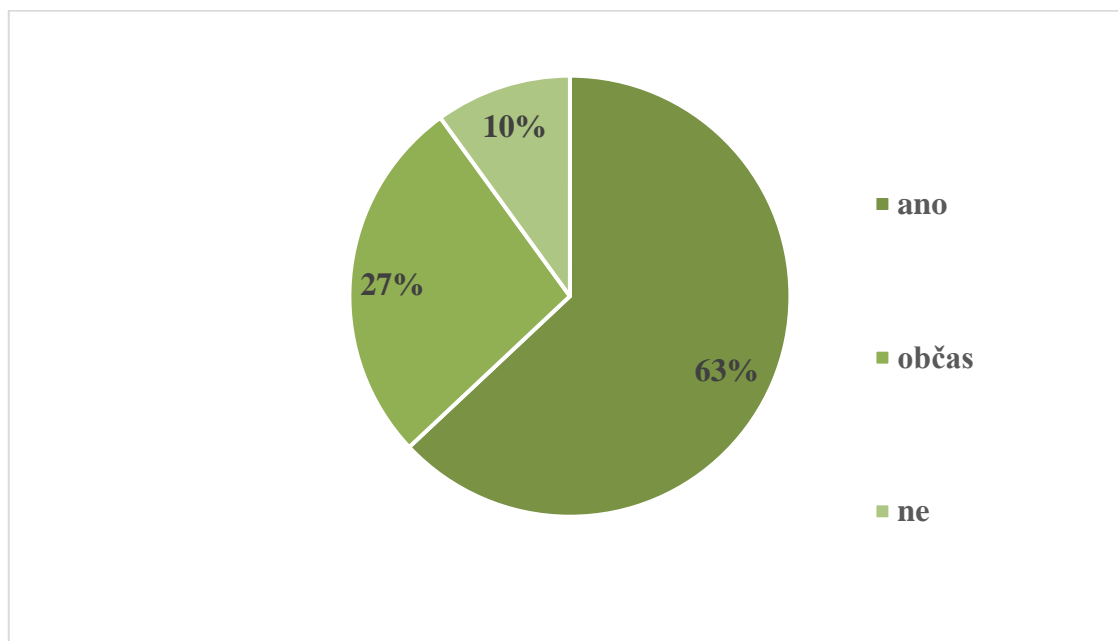


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

V tomto grafu můžeme vyčíst, že většina lidí s demencí není schopna se soustředit. V praxi je to zřejmé například v konverzaci, kdy se jich na něco zeptáte, a oni buď neodpoví nebo utíkají myšlenkami jinam, většinou to bývá do minulosti, jelikož jsou jejich vzpomínky, které jsou ukryty v dlouhodobé paměti silnější než jejich krátkodobá paměť, která je porušena při prvních příznacích.

## Otázka č. 8 – Jste v zařízení spokojeni?

Graf 8: Spokojenost se zařízením

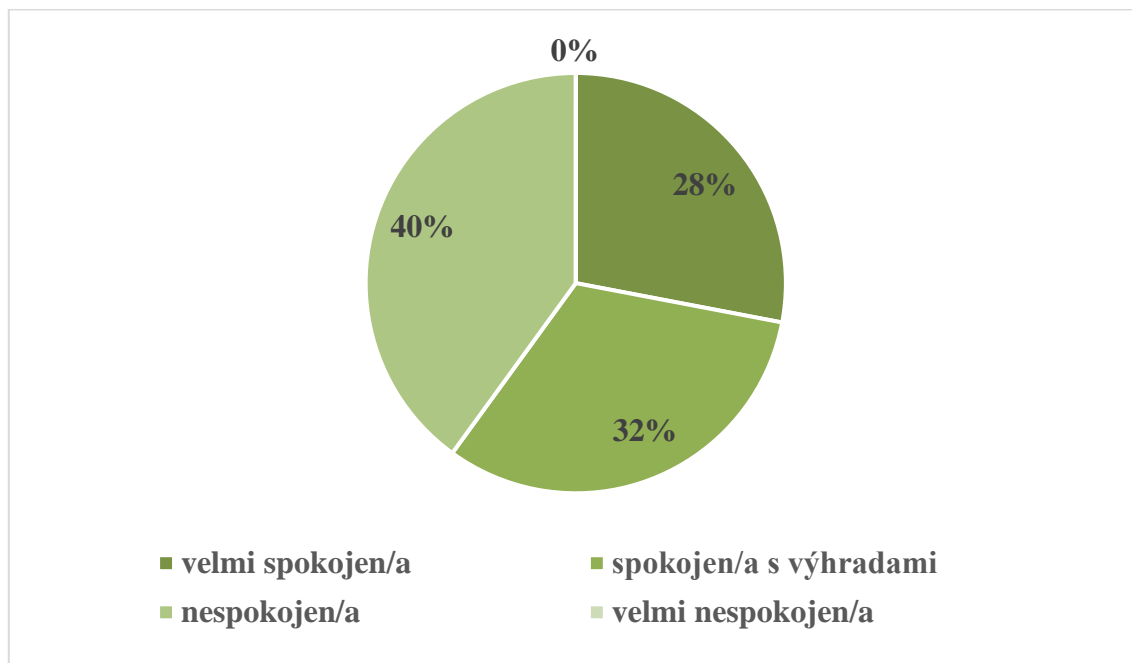


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Většina klientů v zařízení není spokojena, na grafu můžeme vidět, že je 63 % klientů z celkového počtu 40 dotazovaných. Je to zejména tím, že byly vytrženi ze svého prostředí a svých blízkých a adaptace je pro mnoho z nich velmi těžká. Velkou roli v nespokojenosti může hrát i nynější koronavirová situace, kdy do Domova nemůžou chodit návštěvy a toto velice zasahuje do nálady klientů. Většina z nich je z toho důvodu smutná, rozmrzelá i agresivní.

## Otázka č. 9 – Jste spokojeni s Vašimi osobními vztahy?

Graf 9: Osobní vztahy

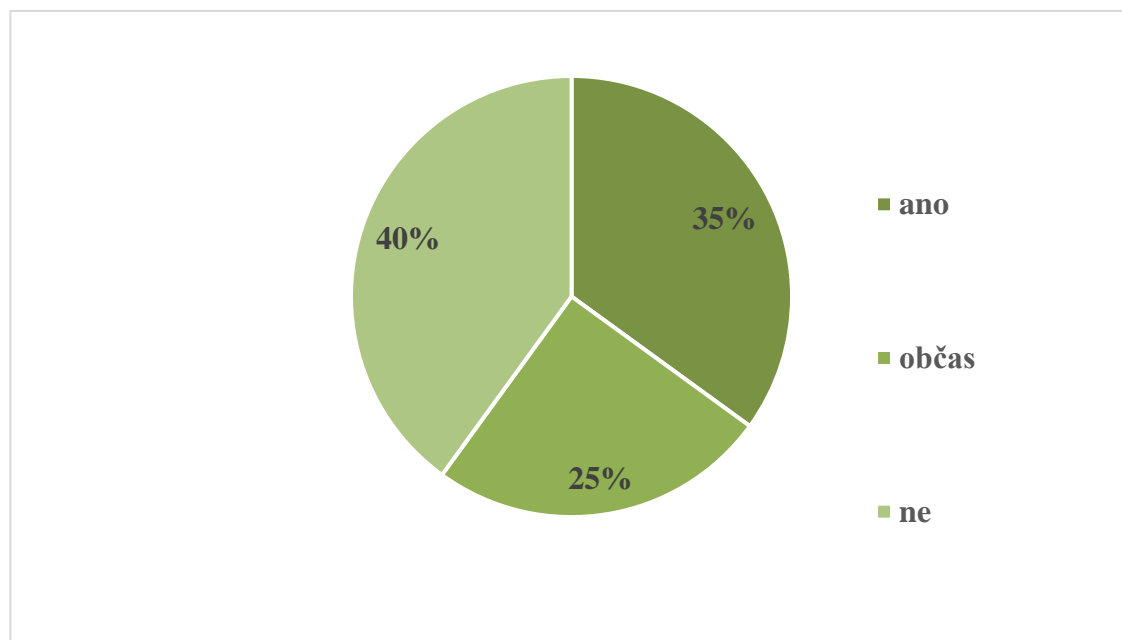


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Z grafu vyplývá, že většina klientů je se svými osobními vztahy spokojena. 32 % dotazovaných odpovědělo, že jsou spokojeni s výhradami a 28 % je velmi spokojených. Avšak máme tu i 40 % nespokojených klientů, je pravděpodobné, že tyto klienti ji nemají žádné známé či rodinu nebo s nimi nemají dobrý vztah. I tady můžeme podotknout, že odpovědi mohli být ovlivněny nynější koronavirovou krizí, která dala stop návštěvám a někteří klienti nemusí pochopit, co se vlastně děje a myslí si, že na ně rodina či blízcí zapomněli.

## Otázka č. 10 – Těší Vás život?

Graf 10: Radost ze života



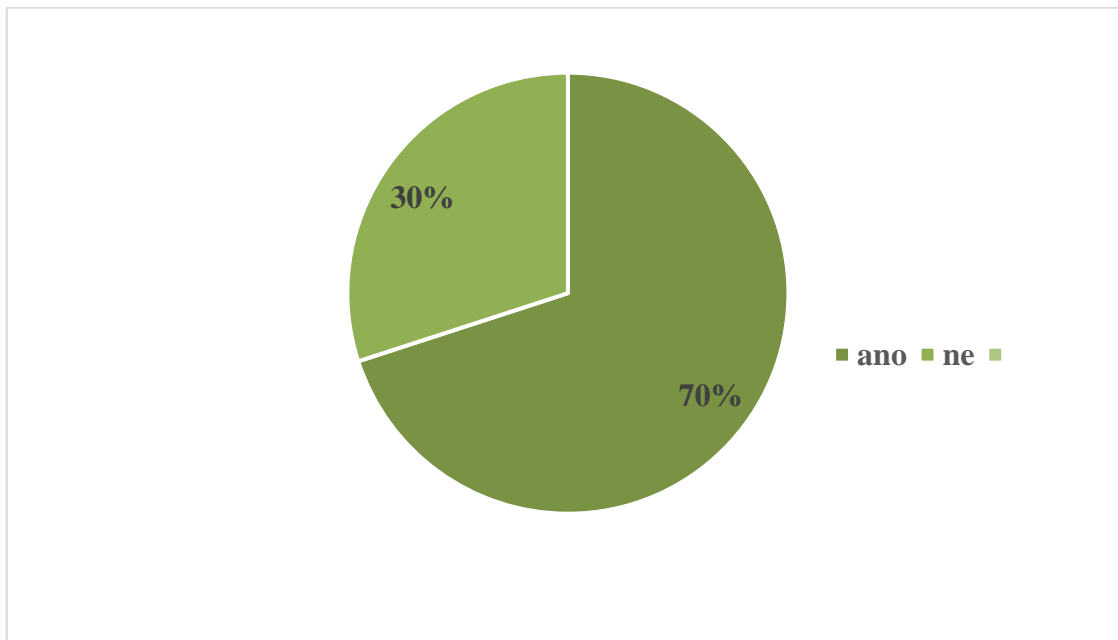
Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Na otázku, zda klienty těší život, odpověděli respondenti ve 35 %, že ano, ve 25 % občas a ve 40 % je život netěší. U této otázky záleží, v jakém rozpoložení klient zrovna je, znovu můžeme zmínit onu nepříjemnou koronavirovou situaci, při které trpí jejich osobní vztahy.



### Otázka č. 11 – Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Graf 11: Finance

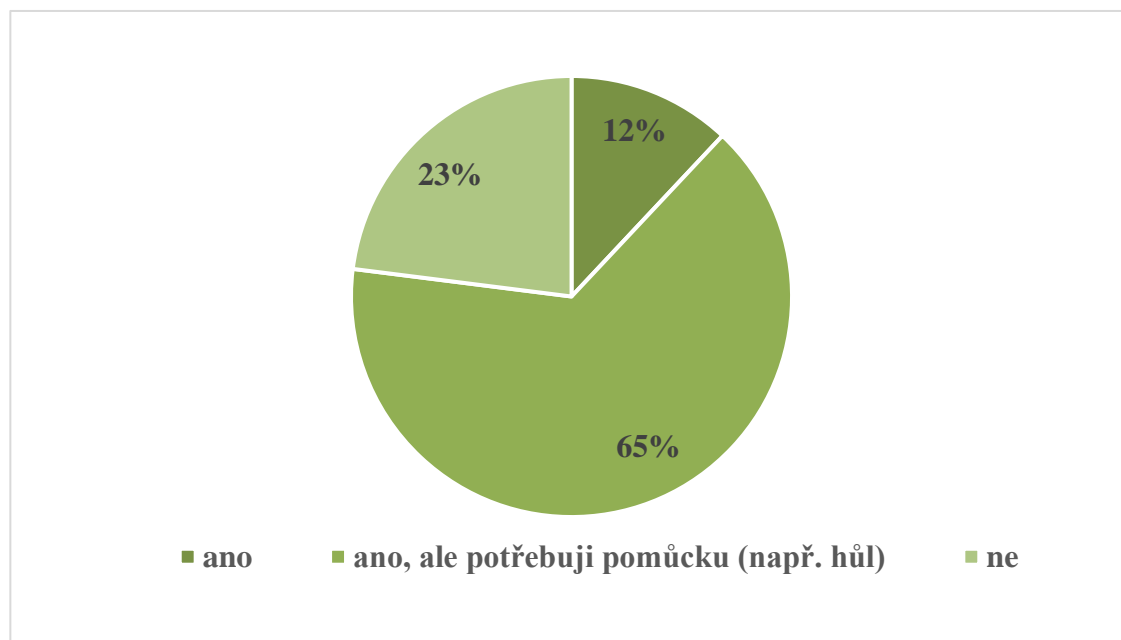


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Z grafu vyplývá, že velká většina má dost peněz, aby uspokojila své potřeby, z celkového počtu 40 respondentů jich 70 % odpovědělo, že peníze mají, 30 % respondentů odpovědělo, že peníze nemají. Je dost možné, že klienti nedosáhnou důchodem na částku, kterou stojí pobyt v Domově, tudíž musí doplácet rodinu. Pokud rodina z nějakých důvodů doplácet nemůže nebo nechce, sociální pracovníce zařídí příspěvek na péči, který dorovná částku, která má být zaplácena.

## Otázka č. 12 – Dokážete se pohybovat bez pomoci?

Graf 12: Pohyb

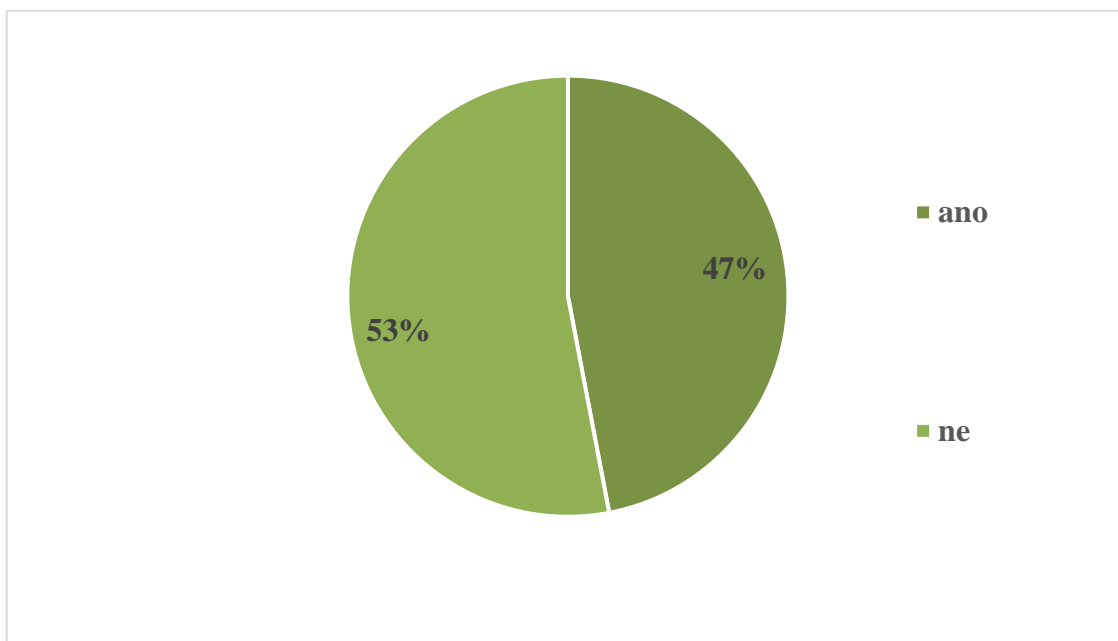


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Na otázku ohledně pohybového aparátu odpovědělo 65 %, že chodí sami, ale jen s pomůckou, 12 % odpovědělo, že můžou chodit bez pomoci a 23 % lidí chodit nemůže.

### Otázka č. 13 – Jste spokojeni se svým spánkem?

Graf 13: Spánek

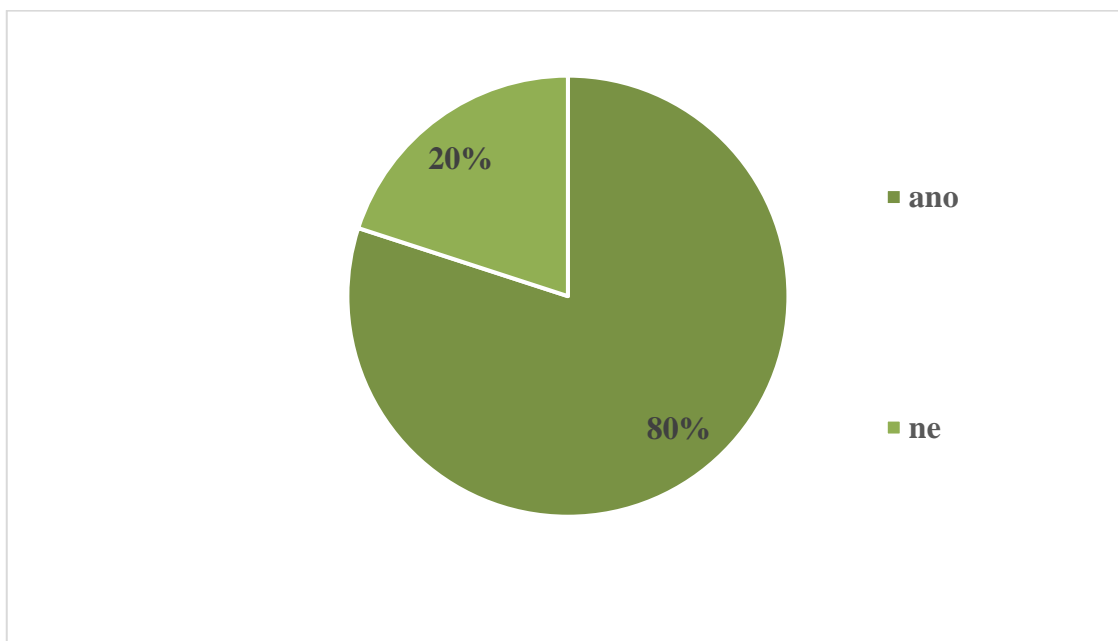


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Senioři mívají často problémy se spánkem, o to je to horší, když někdo trpí demencí. Zároveň je úroveň spánku individuální. Z grafu vyplývá, že 53 % dotazovaných má problémy se spánkem a 47 % usíná v pořádku.

### Otázka č. 14 – Jste spokojeni se stravováním v zařízení?

Graf 14: Stravování

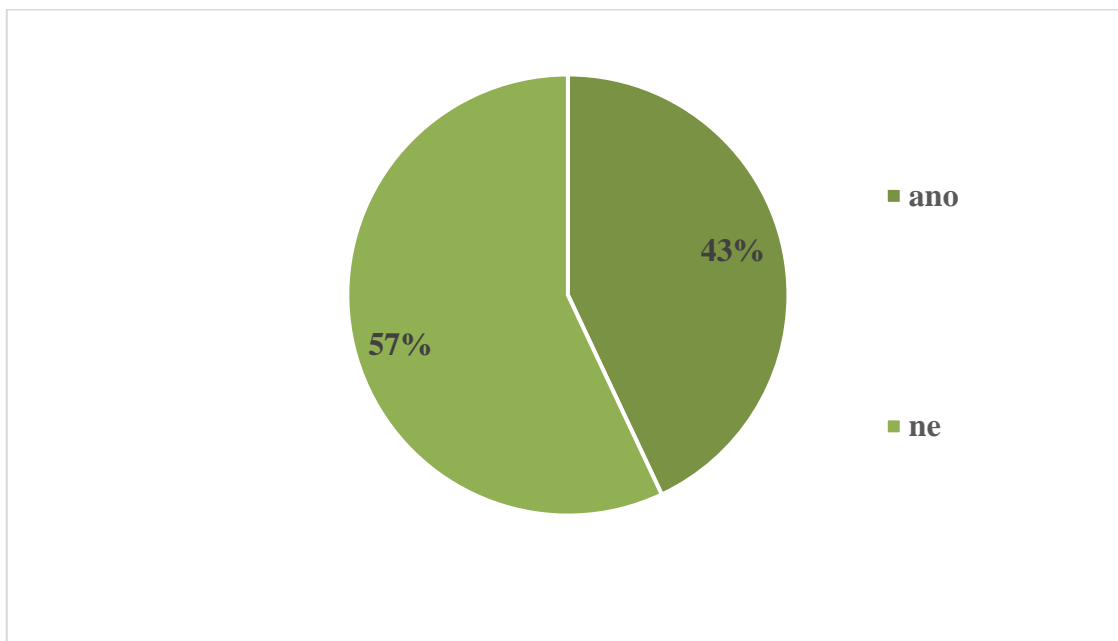


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Většina respondentů na tuto otázku odpověděla kladně a to v 80 %, pouze 20 % odpověděla záporně. Z toho vyplývá, že jsou se stravou v zařízení spokojeni. Ač se zdá otázka kvality stravy bezvýznamnější vůči obsáhlejšími otázkám, je to dobrý faktor spokojenosti, protože strava je základ.

### Otázka č. 15 – Jste spokojeni s Vašimi schopnostmi zvládat každodenní činnosti?

Graf 15: Každodenní činnosti

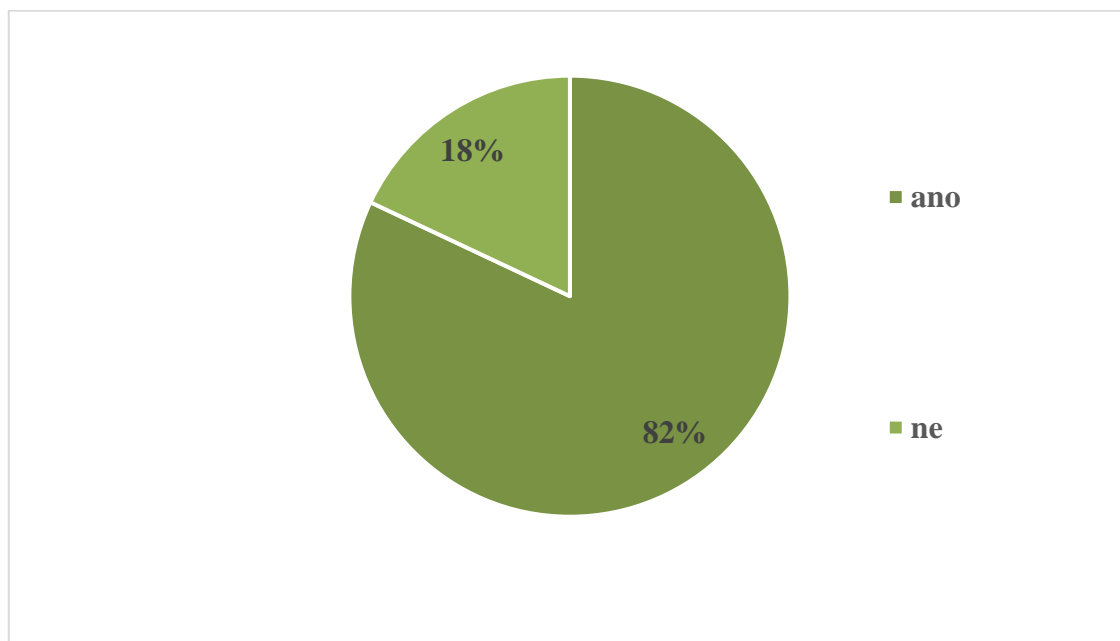


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

43 % respondentů je spokojeno se svými schopnostmi zvládat každodenní činnosti a 57 % je nespokojeno. I když převládá nespokojenost, obě strany jsou přiměřeně vyrovnané. Zaleží samozřejmě, na jaké každodenní činnosti je jedinec zvyklý.

### Otázka č. 16 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Graf 16: Záliby

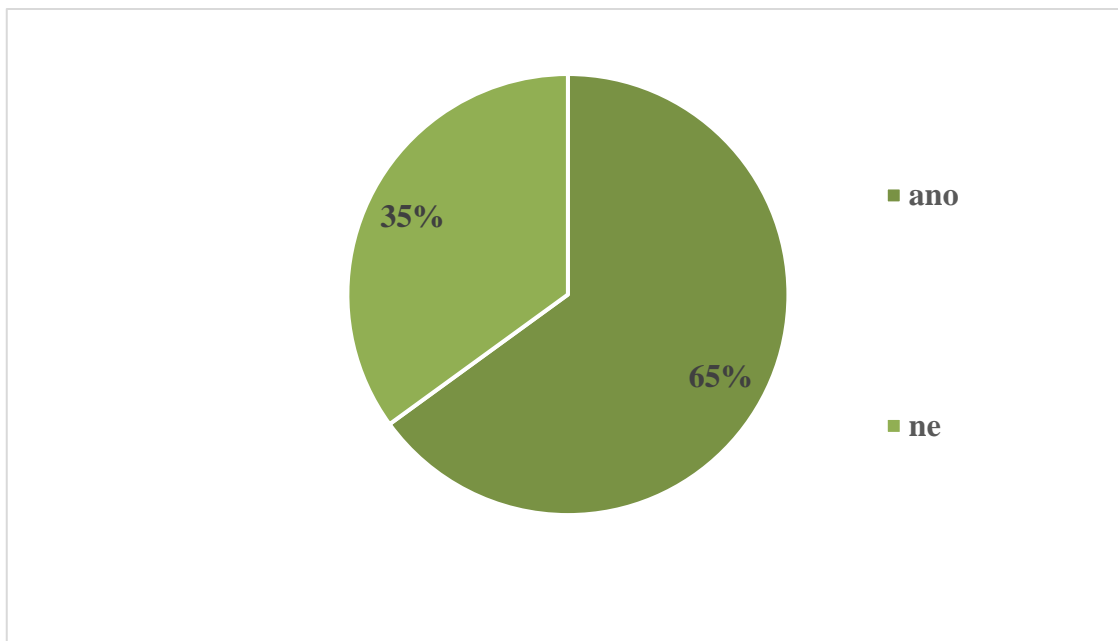


Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

Z grafu je jasné, že převažuje kladná odpověď ano, je možné věnovat si svým zálibám odpovědělo 82 % z dotazovaných a 18 % odpovědělo záporně. Samozřejmě záleží, jaké má určitý klient koníčky, pokud se např. jedná o rybaření nebo jiný venkovní sport, pacient k němu nebude mít tak častý přístup nebo dokonce vůbec žádný.

**Otázka č. 17 – Jste spokojeni se službami, které máte k dispozici v zařízení? (např. kadeřnice, manikúra, pedikúra apod.)**

Graf 17: Služby



Zdroj: průzkumné šetření autorky, 2021

65 % dotazovaných je spokojeno s nabízenými službami v Domově a 35 % je nespokojeno. Většina klientů je tedy spokojena. Je možné, že u skupiny nespokojených klientů převládají vzpomínky, na služby, které navštěvovali mimo Domov nebo jsou to jedinci, kteří o služby nemají zájem.

## 5.2 DISKUZE

### 1. **Otázka:** Jsou klienti v Domově spokojeni?

Z výsledků bylo zjištěno, že většina dotazovaných je v zařízení spokojena, menší část z nich není vůbec spokojená a chtěli by jít domů. Zejména v tuto dobu, kdy nejsou povoleny návštěvy, a na klienty to má negativní vliv, jsou smutní, úzkostliví a agresivní. K tomuto výsledky přispívá i fakt, že

### 2. **Otázka:** Jak klienti vnímají svoji kvalitu života?

Když byla položena otázka ohledně radosti ze života, většina respondentů odpověděla, že je život netěší a nejčastější doplňková věta byla, že se jim stýská po rodině nebo například jedna respondentka dodala, že „chce domů k Mírovi“. Často si lidé mohou vykládat demenci velice stručně, myslí si, že jedinci už nevnímají okolní svět, a že si většinu věcí ani nepamatují. Ono je tomu tak většinou v posledním stádiu, ale i přesto dlouhodobá paměť funguje po nějakou dobu a lidé si pamatují své blízké, a co například dělali v dětství, a když se jim nedostává osobní kontakt s blízkými, můžou psychicky trpět a zrychlit proces choroby. Co se týče otázky, jak vnímají své fyzické zdraví, odpověděli respondenti, že mají potíže s chůzí, se soustředěním, se spánkem a mají problémy se zvládnutím každodenních činností. Po psychické stránce trpí depresemi, úzkostmi, rozmrzelostí a žijí v neustálém strachu. Avšak pokud se podíváme na otázku, která se týkala stravy a jejich koníčků, hodnotili obojí velmi kladně.

### 3. **Otázka:** Jak by se dala kvalita jejich života zlepšit?

Kvalita života klientů by se dala zlepšit individuálním přístupem, což v tomto případě znamená, nabrat více pečovatelek, bohužel tento problém se jen tak nevyřeší, jelikož je to velice ekonomicky náročné. Můžou se však nabrat dobrovolníci, kteří budou dělat klientům společnost, pokud budou chtít. Další zpestření života by pro některé mohl být výlet, např. do přírody, na zámek, do města či na nějaký koncert, jim přizpůsobený.



## ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce směřovala ke shrnutí poznatků, které se týkají demence, její diagnostiky, typů a příčin. Poté byl definován pojem kvality života z různých pohledů. Dále jsme se zaměřili na postavení člověka s demencí v sociálních službách a v neposlední řadě jsme se seznámili se zařízením, ve kterém výzkum probíhal.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaká je kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem Žatec. K provedení průzkumu byla zvolena metoda dotazníkového šetření.

Z výsledků bylo zjištěno, že většina dotazovaných je v zařízení spokojena, menší část z nich není vůbec spokojená a chtějí by jít domů nebo se alespoň se projít venku. Zejména v tuto dobu, kdy nejsou povoleny návštěvy, a na klienty to má negativní vliv, jsou smutní, úzkostliví a agresivní.

Pokud se zaměříme na zlepšení kvality života klientů, určitě bychom našli pár míst ke zdokonalení. Nejlepší možný scénář by byl takový, kde by na dva klienty byla jedna pečovatelka a mohl by se více využít individuální přístup. Tento přístup je velice stěžejním pro práci s lidmi trpící demencí. Dále je důležité větší zúčastnění rodinných příslušníků, kteří mohou velmi pomoci ke zlepšení klientova života. Další věc, která by přispěla ke klientovu psychické pohodě, jedná se o přizpůsobení klientova pokoje k podobizně jeho bývalého bydliště. Mnohdy totiž tyto Domovy připomínají spíše zdravotnické zařízení než jako nový domov.

K závěru bychom podotkli, že by bylo dobré, kdyby byl průzkum zopakován při větším reprezentativním vzorku. Tento průzkum měl přínos, i přesto, že respondentů nebylo tolik, avšak soustředí se pouze na jedno určité zařízení.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994. ISBN80-7169-070-8.

BRAGDON, A., D., GAMON, D., 2002. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-567-9.

BRUNOVSKÝ, Martin. *Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demenci: doktorská disertační práce: 3. LF UK, Psychiatrické centrum*, Praha. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-236-6.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2009. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: ČALS. ISBN 978-80-86541-26-6.

HORT, Jakub a Roman JIRÁK. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

*Na pomoc pečujícím rodinám*. 11. vydání. Přeložil Iva HOLMEROVÁ, přeložil Hana JANEČKOVÁ, přeložil Dagmar NIKLOVÁ. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-49-5.

PACOVSKÝ, V., 1997. *Proti věku není léku?* Praha Karolinum. ISBN 80-7184-486-1.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PIKOLA, Pavel a Milan ŘÍHA. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010. ISBN 978-80-87103-29-6.

SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2008, *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-13818-5.

VÁŽANSKÝ, Mojmír. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-130-9.

PROKOPOVÁ, Anežka. *Jak upravit domov člověka s demencí: příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2017. ISBN 978-80-86541-62-4.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

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

ROSENFELD, Isadore. 1998. *Moderní prevence: medicína zítřka*. Frýdek-Místek: Alpress. ISBN 80-7218-093-2.

## Seznam použitých internetových zdrojů

*Alzheimerova choroba a jiné příčiny demence* [online]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>

Domov se zvláštním režimem Žatec [online]. Dostupné z: <http://www.dpszatec.cz/cile-a-poslani/?arc=39>

Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci [online]. Brno, 2008. Dostupné také z: [https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita\\_zivota\\_cze.pdf](https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf)

Maslowova pyramida potřeb. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001.

*MMSE* [online]. Dostupné z: [https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke\\_kognitivni\\_testy.html#mmse](https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html#mmse)

*Parkinsonova choroba* [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/parkinsonova-choroba-priznaky-a-stadia-nemoci/>

# SEZNAM GRAFŮ

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	31
Graf 2: Věk respondentů.....	32
Graf 3: Diagnóza respondentů .....	33
Graf 4: Délka pobytu v zařízení.....	34
Graf 5: Fyzické zdraví .....	35
Graf 6: Negativní pocity .....	36
Graf 7: Soustředění .....	37
Graf 8: Spokojenost se zařízením .....	38
Graf 9: Osobní vztahy .....	39
Graf 10: Radost ze života.....	40
Graf 11: Finance .....	41
Graf 12: Pohyb.....	42
Graf 13: Spánek .....	43
Graf 14: Stravování.....	44
Graf 15: Každodenní činnosti .....	45
Graf 16: Záliby.....	46
Graf 17: Služby .....	47

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník: Kvalita života jedince v DZR Žatec .....	I
--	---

## **Kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem Žatec**

Dobrý den, jmenuji se Anna Horáková a jsem studentkou Speciální pedagogiky na Univerzitě Jana Amose Komenského s. r. o. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který s vztahuje k mé bakalářské práci na téma Kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem Žatec. Tento dotazník je anonymní a údaje z něj budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji klientům a pečovatelkám za čas strávený nad dotazníkem.

Vámi vybranou odpověď zakroužkujte.

### **1. Pohlaví**

- Žena
- Muž

### **2. Věk**

- 60-69 let
- 70-79 let
- 80-89 let
- 90 a více let

### **3. Diagnóza**

### **4. Jak dlouho jste v Domově se zvláštním režimem?**

- 1-3 roky
- 3-5 let
- 5-7 let

- 7-9 let

**5. Jak jste spokojeni se svým zdravím?**

- velmi spokojen/a
- spokojen/a s výhradami
- nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

**6. Jak často prožíváte negativní pocity? (např. úzkost, deprese, strach, beznaděj, rozmrzelost apod.)**

- každý den
- velmi často
- občas
- nikdy

**7. Dokážete se soustředit?**

- ano, nemám s tím problém
- mám menší problémy se soustředěním
- nedokážu se soustředit

**8. Jste v zařízení spokojeni?**

- ano
- občas
- ne

**9. Jste spokojeni s Vašimi osobními vztahy?**

- velmi spokojen/a
- spokojen/a s výhradami
- nespokojen/a
- velmi nespokojen/a



**10. Těší Vás život?**

- ano
- občas
- ne

**11. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?**

- ano
- ne

**12. Dokážete se pohybovat bez pomoci?**

- ano
- ano, ale potřebuji pomůcku (např. hůl)
- ne

**13. Jste spokojeni se svým spánkem?**

- ano
- ne

**14. Jste spokojeni se stravováním v zařízení?**

- ano
- ne

**15. Jste spokojeni s Vašimi schopnostmi zvládat každodenní činnosti?**

- ano
- ne

**16. Máte možnost věnovat se svým zálibám?**

- ano
- ne

**17. Jste spokojeni se službami, které máte k dispozici v zařízení? (např. kadeřnice, manikúra, pedikúra apod.)**

- ano
- ne

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Anna Horáková**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: prezenční**

**Název práce: Kvalita života jedince v Domově se zvláštním režimem Žatec**

**Rok: 2022**

**Počet stran textu bez přílohy: 41**

**Celkový počet stran příloh: 3**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 16**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 6**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová Ph.D.**