

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Klára Červinková

Senioři se syndromem demence a možnost jejich následné
péče po ukončení doby hospitalizace v OLÚ Paseka, p. o.

Olomouc 2015

Vedoucí práce: PaedDr. Alena Jůvová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci na téma „*Senioři se syndromem demence a možnost jejich následné péče po ukončení doby hospitalizace v OLÚ Paseka, p.o.*“ vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury pod vedením paní PaedDr. Aleny Jůvové, Ph.D.

V Olomouci dne 22.4.2015

.....

Klára Červinková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PaedDr. Aleně Jůvové, PhD. za odbornou pomoc, cenné rady a připomínky při vedení práce a za její ochotu a vstřícnost.

Velký dík patří mé rodině a mému příteli za jejich podporu během celého studia na vysoké škole.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Klára Červinková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Alena Jůvová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Senioři se syndromem demence a možnost jejich následné péče po ukončení doby hospitalizace v OLÚ Paseka, p.o.
Název v angličtině:	Seniors with dementia syndrom and possibility next care about them after finish hospitalization in OLÚ Paseka, p.o.
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje seniorům se syndromem demence a jejich další péči po propuštění z OLÚ Paseka, p. o. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola se věnuje stáří, druhá kapitola demenci a třetí sociálním a zdravotnickým službám pro seniory. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, metodou výzkumu jsou kazuistiky. Cílem práce je poukázat na problémy v systému péče o seniory s demencí po ukončení ústavní zdravotní péče.
Klíčová slova:	Stáří, demence, sociální a zdravotní služby, příspěvek na péči.

Anotace v angličtině:	This thesis is devoted to seniors with dementia syndrom and possibility next care about them after finish hospitalization in OLÚ Paseka, p.o. It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter is devoted to old age, the second chapters is about dementia syndrom and the third chapter is devoted to social and health service for seniors. The research is based on qalitative research method, case interpretation. The aim of theses is point to problems in systém of care about seniors with dementia syndrom after finish institutional health care.
Klíčová slova v angličtině:	Old age, dementia syndrom, social and health care, benefit for care.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Barthelův test všedních činností. Příloha č. 2: Test kognitivních funkcí – MMSE.
Rozsah práce:	75 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD	8
1 STÁŘÍ	10
1.1 Periodizace stáří.....	12
1.2 Změny ve stáří	15
1.3 Potřeby seniorů.....	20
1.4 Komunikace se seniory.....	23
2 DEMENCE	25
2.1 Příznaky demence.....	25
2.2 Druhy demencí	30
2.3 Komunikace s člověkem trpícím demencí	35
2.4 Terapie vhodné pro seniory s demencí.....	38
3 SOCIÁLNÍ a ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	40
3.1 Sociální služby.....	40
3.2 Zdravotní služby.....	45
3.3 Příspěvek na péči.....	48
3.4 Odborný léčebný ústav Paseka, příspěvková organizace	51
4 EMPIRICKÁ ČÁST.....	54
4.1 Cíle výzkumu.....	54
4.2 Metoda výzkumu	54
4.3 Výzkumný vzorek	55
4.4 Výsledky výzkumu.....	55
4.5 Interpretace výzkumného šetření.....	67
4.6 Doporučení	69
4.7 Závěr výzkumného šetření	72
ZÁVĚR	75

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Stáří je všude kolem nás. Každý se s ním setkává dennodenně, ať chce nebo nechce. Hodně lidí se stáří snaží přehlížet, nepřipouští si, že jednou také zestárnou. Ze všech stran na nás působí média a nabízejí krémy proti vráskám, plastičtí chirurgové nám vypínají vrásky na obličeji i na těle. Ale čas neoklameme. Stáří přijde tak či tak.

Dodnes si pamatuji básničku, kterou mi moje prababička napsala do deníčku a často na ni, při své profesi sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, myslím.

„Nebud' pyšnou, bud' jen hrdou, nekruť svojí hlavičkou.

Vzpomeň si, že i ty, budeš jednou starou babičkou.“

Téma diplomové práce jsem si vybrala proto, že je mi blízké. Téměř dva roky pracuji jako zdravotně sociální pracovníce v Odborném léčebném ústavu v Pasece, kde se velmi často setkávám s problémem umístění seniorů s demencí do pobytového zařízení sociálních služeb.

Cílem mé diplomové práce je poukázat na problémy v systému péče o seniory s demencí po ukončení ústavní zdravotní péče. Dílčími cíli teoretické části je charakterizovat pojem stáří a demence, seznámit se sociálními a zdravotními službami pro seniory a dílčím cílem praktické části je navržení doporučení k odstranění zjištěných problémů.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř kapitol. Tři spadají do teoretické části, kapitola čtvrtá a zároveň poslední se věnuje výzkumu. V první kapitole teoretické části je charakterizován pojem stáří, které je následně rozčleněno do period, popsány jsou změny, ke kterým ve stáří dochází, uvedeny potřeby seniorů a komunikace se seniory. Druhá kapitola se věnuje demenci. Je zde definován pojem demence, uvedeny příznaky demence, druhy demencí podle různých autorů, komunikace se seniory trpícími demencí a v neposlední řadě vyjmenovány terapie vhodné pro práci s těmito osobami. Poslední teoretická kapitola shrnuje služby poskytované seniorům v sociálních i zdravotnických službách, objasňuje pojem příspěvek na péči a představuje ústavní zdravotnické zařízení OLÚ Paseka,

p.o., které je třeba uvést pro účely výzkumného šetření. V praktické části se zabýváme následnou péčí seniorů se syndromem demence po ukončení poskytování ústavní zdravotní péče. Pro názornost jsme uvedli 6 kazuistik uživatelů sociální hospitalizace v OLÚ, na kterých je popsán systém péče. Výsledkem diplomové práce je návrhnutí změn v některých paragrafech zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

1 STÁŘÍ

Stárnutí prožívá každý jedinec, je to poslední fází vývoje lidského organismu. Nezáleží na tom, zda do této doby byl jedinec ušetřen nemocí a úrazů (Stuart-Hamilton, 1999).

Čevala, Kalvach a Čeledová (2012) definují stáří jako pozdní fázi ontogeneze, jako poslední vývojovou etapu, která završuje lidský život. „*Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří*“ (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012, s.19). Fenotyp stáří je upravován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem atd. Stav a vzhled starého člověka je dán zejména, životním způsobem, geneticky determinovanou biologickou involucí, projevy a důsledky úrazu a chorob, adaptací na involuční a chorobné změny, psychickým stavem, osobnostními charakteristikami, vlivy prostředí, apod. Celkově se ve vyspělých zemích zdravotní i funkční stav stárnoucí generace zlepšuje díky měnícímu se způsobu života. Fenotyp stáří se tak pozitivně mění, lidé žijí déle, jsou zdravější a zdatnější (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012).

Vágnerová (2000) uvádí, že současná společnost chápe stáří jako obtěžující, nebere stáří jako nic přínosného, spíše naopak. Období stáří je pro ni obdobím chátrání. Samozřejmě tuto skutečnost využívají i média, která těží z této myšlenky a podporují stálou svěžest a mladost, jako jedinou normu, která je pro společnost přípustná. Z těchto hodnot potom vychází ageismus, který se projevuje podceňováním až odporem ke starým lidem. Na základě ageismu může docházet k diskriminaci této skupiny osob.

Macnicol (2005) vymezuje rozdíl mezi ageismem, v sociálních vztazích a postojích, a diskriminací, například v zaměstnání. V podstatě je ageismus, jako všechny ostatní diskriminace, založen na plošných vlastnostech skupiny, nehledě na individuální vlastnosti jednotlivců. Zatímco v diskriminaci z důvodu věku se jedná například o povinné odejití do důchodu.

Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost má tendence staré lidi izolovat, aby nepřekáželi

v majoritní společnosti. Vlastní strach ze stáří může tento negativní postoj podněcovat. Vágnerová zdůrazňuje, že staří lidé mají nízký sociální status, pro většinu společnosti oplývají staří lidé hlavně negativními vlastnostmi. (Vágnerová, 2007)

Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že je v dnešní společnosti kladen velký důraz na lidská práva člověka. Existují nejrůznější kodexy, které se tímto zabývají. Ovšem existence těchto kodexů a deklamací nezaručí, že se lidé podle nich vždy chovají. Chybí určení povinností a zodpovědnosti za naplnění oněch práv. Uvádí, že kdo pochopí, že stáří je v každém z nás, porozumí také starým lidem.

1.1 Periodizace stáří

Podle definice WHO je „...*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Kalvach, 2004, s.47).

Dle autorů odborných publikací se stáří dělí na několik etap po 10 až 15 letech.

Světová zdravotnická organizace považuje začátek stáří po dovršení 60 let.

60 do 74	–	rané stáří
75 do 89	–	pozdní stáří
nad 90 let	–	dlohověkost (Kalvach, 2004).

Mülpachr (2004) rozděluje stáří:

65 do 74	–	mladí senioři
75 do 84	–	staří senioři
nad 85 let	–	velmi staří senioři.

Haškovcová (2010) nabízí dělení:

60 do 74	–	vyšší věk
74 do 89	–	stařecký věk
nad 90 let	–	dlohověkost.

V počínajícím stáří od 60/65 do 74 let se lidé snaží o seberealizaci a praktikují činnosti, na které v zaměstnání nebyl čas. Mohou se věnovat vnoučatům a pečovat o své staré rodiče. V období od 75 do 84/89 let nastupují zdravotní problémy, je potřeba věnovat delší čas odpočinku. Zvyšuje se riziko ovdovění. V období dlohověkosti se dostávají problémy se soběstačností, je potřeba podpory a pomoci od druhé osoby (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012). Stáří dle Pacovského (1990) představuje období života, kdy už není na čem pracovat a co měnit. Bývá chápáno jako biologicky nevyhnutelná nemoc.

Stáří můžeme vnímat jako kalendářní, které je odvozeno od data narození, kde nám stáří určují roky. Toto pojetí ovšem nevypovídá o soběstačností ani

o zdravotním stavu člověka. Proto se užívá i biologické a sociální pojetí stáří, které nemusí odpovídat stáří kalendářnímu (Haškovcová, 2002).

Stáří kalendářní

Přichází dosažením určitého věku, který vychází z empirie obvyklého průběhu života a biologického stárnutí. Tento druh stárnutí je snadno uchopitelný a jednoznačně stanovitelný, takže vyhovuje demografickým i jiným potřebám. Existují ovšem lidé, kteří stárnou rychleji a dříve nebo naopak pomaleji a později než průměr, takže jejich biologický věk se neshoduje s obvyklým kalendářním věkem (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012).

Stáří biologické

Vyjadřuje stav celého organismu. Úpadek funkcí člověka nezačíná ve stáří, ale již v mladém dospělosti. Průběh je ovšem pozvolný a až téměř do 60 let člověk nezaznamená žádnou velkou změnu. Stuart-Hamilton jmenuje několik teorií, proč buňky stárnou. Obecně se tyto teorie nazývají teorie opotřebování nebo buněčné teorie. *„Existují teorie, že organismy mají v sobě zabudovaný program degenerace a smrti, aby uvolnily cestu mladším příslušníkům svého druhu, a předešly tak problémům s přemnožením“* (Stuart-Hamilton, 1999, s.22-23). Biologické stárnutí tedy spočívá v degeneraci těla. Pokožka začne ztrácet elasticitu, svaly začínají ochabovat. To má za následek sníženou schopnost funkcí všech soustav (Stuart-Hamilton, 1999).

Vnější vyjádřením involučních změn je pokles výkonnosti, změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, fyziognomie obličeje, chování atd. (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012).

Stáří sociální

Je dáno souhrnem sociálních rolí, postojů, sociálních změn, změn sociálního potenciálu, změnami typickými pro pokročilý věk jako penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, ztráta perspektiv, přijetí role starého člověka s deficitem oproti mládí. Za počátek sociálního stáří se obecně považuje odchod do důchodu nebo věk vzniku nároku na starobní důchod (Čevala, Kalvach, Čeledová, 2012).

Pacovský (1990) ale uvádí, že stáří sociální nemůže být ztotožňováno s odchodem do důchodu, jelikož pro muže i ženy je důchodová hranice rozdílná a liší se i v jednotlivých státech. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost. Cílem sociálního stáří je, aby se senior integroval.

1.2 Změny ve stáří

Ve stáří dochází ke změnám téměř ve všech částí organismu. Stárnoucí člověk se musí ve svém životě stále přizpůsobovat změnám a novým podmínkám, které s sebou přináší věk. Podle Vágnerové závisí na schopnostech stárnoucího člověka, jakým způsobem zvládne změny přijímat a přizpůsobovat se jim. Přijetí stáří ovlivňují nejen psychické i somatické stavy seniora, ale i vnější podmínky (Vágnerová, 2007).

Tělesné změny

Zhoršení somatického a psychického stavu, které stáří přináší, bývá závislé na dědičných předpokladech a důsledcích exogenních vlivů. Dá se říci, že lidé mají ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. Rychlost stárnutí ovlivňují také vnější vlivy. Ve stáří se odrazí minulý průběh života (Vágnerová, 2007).

Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na nápadné projevy stárnutí jako je snížená odolnost vůči infekcím, zvýšený sklon k nádorovým onemocněním, zpomalené hojení ran a malá pružnost vaziva, atd.

Kalvach (2004) poukazuje na stoupající váhu v seniorském věku a naopak klesající výšku. Výrazné jsou změny postoje a chůze. Dochází také ke změnám ve smyslovém vnímání. Ubývá sluchové ostrosti, u zraku se mění akomodace čočky a i čich a chuť ztrácí svoji schopnost.

Hamilton (1999) popisuje zhoršené funkce tělesných soustav. Vylučovací soustava zpomaluje vylučování odpadních látek z těla, trávicí soustava nedokáže dostatečně vstřebávat živiny, dýchací soustava zajišťuje menší přívod kyslíku do organismu, oběhová soustava spotřebuje více energie při rozvodu krve do celého organismu. Ubývá svalové hmoty a tělesné tkáně ztrácí svoji elasticitu.

Vágnerová (2007) uvádí jako základní znak stáří polymorbiditu, což znamená, že staří lidé mají většinou větší počet různých onemocnění, které je trápí. Záleží ale také na subjektivním postoji člověka k vlastním potížím, zaměření se na své tělo a zdůrazňování potíží může mít vliv na sociální postavení člověka a může se zvýšit riziko odmítání ostatními lidmi.

Psychické změny

V období stáří dochází ke změnám psychických funkcí. Změny mohou být podmíněny biologicky nebo je mohou mít za následek psychosociální vlivy. Mezi biologicky podmíněné změny, které jsou pouhým projevem stárnutí, jsou obtíže v zapamatování a vybavování, celkové zpomalení, snížení frustrační tolerance apod. Může jít ale i o příznaky chorobných procesů, které mohou vést k zásadním změnám osobnosti, např. Alzheimerova demence. Významnou změnou je zpomalení kognitivních procesů, což má za následek prodloužení časového limitu, který je potřebný ke zvládnutí určitého úkolu. Starší lidé nemusí být méně schopní, jsou pouze pomalejší. Centrální nervový systém zpracovává nové informace a podněty pomaleji (Vágnerová, 2007).

Dochází ke zhoršení pozornosti a paměti, kdy si senioři vybaví mnohem lépe zážitky z minulosti než zážitky, které prožili nedávno. Mění se uvažování starých lidí, zvětšuje se tendence k dogmatismu, k odmítání nových věcí, projevuje se větší ulpínavost a dávání přednosti rutině a stereotypu (Vágnerová, 2007).

Zhoršují se zrakové a sluchové funkce, což je také spojeno s používáním kompenzačních pomůcek, jako jsou brýle či naslouchadlo, které mohou napomáhat k zařazení starého člověka do společnosti, ale z druhé strany mohou také vést k jejich stigmatizaci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jedlička (1991) uvádí změny sestupné a vzestupné povahy vzhledem k psychice seniorů. Psychické změny sestupné povahy mají za následek pokles elánu, vitality, snížení vybavování, pokles psychomotorického tempa, sníženou schopnost navazovat a udržovat vztahy. Psychické změny vzestupné povahy určují zvýšenou trpělivost, vytrvalost a toleranci k druhým.

Emocionální změny

V průběhu stáří se ztrácí intenzita emocionální aktivity. Starší člověk prožívá mnohé životní děje tak, jako by se ho to netýkalo. Nenadchne se pro nové věci, oproti tomu ale řadu věcí dokáže řešit s nadhledem a klidněji (Křivohlavý, 2002).

V procesu stárnutí dochází ke dvěma zdánlivě protikladným změnám, kterými jsou zklidnění na jedné straně, které se projevuje v emočním prožívání i jiných oblastech psychiky, a dráždivost na straně druhé, kdy se snižuje odolnost k zátěži, projevující se obtížemi při zvládnání zátěžových situací. Temperament je dán aktivitou centrální nervové soustavy, která se ve stáří mění. Ve stáří se na rozdíl od mládí snižuje činnost center v podkorové oblasti a zvyšuje se činnost mozkové kůry (Vágnerová, 2007).

Senior dokáže situaci hodnotit racionálně a klidně, ale jen těžko se nadchne pro nové věci. Navenek se může projevovat apaticky (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Změny v sociální oblasti

S příchodem stáří dochází k omezení škály sociálních rolí. Odchod do penze člověka je významná změna v životě člověka. Senior ztrácí svou roli v práci, je více izolován od společenského prostředí (Vágnerová, 2007).

Pacovský (1990) uvádí dvě možné teorie řešení tohoto problému. První teorie tvrdí, že člověk by měl být stále aktivní, pokud nemá zdravotní potíže. Naopak druhá teorie říká, že člověk by se měl na odchod do důchodu připravovat již předstihem, odchod do důchodu by měl být brán jako přirozený vývoj osobnosti a výsledek vlastního rozhodnutí.

Dvořáčková (2012) uvádí názor Vohralíkové a Rabušice, kteří popisují, vstupem do důchodu člověk musí řešit problém, a to vhodně změnit svůj životní styl, jelikož se objevuje nadbytek volného času. Rizikem může být odchod do důchodu bez změny životního rytmu, programu a perspektivy.

Příčinou sociálních změn mohou být také ztráty v rodině, úmrtí životního partnera, přátel a vrstevníků. Starý člověk se ocitá stále častěji ve zdravotnických zařízeních, což je pro něj velmi složité a těžké období. Zvyšuje se strach z osamělosti a opuštěnosti (Kalvach, Čevela, Čeladová, 2012). Mění se také ekonomická úroveň. Přichází ale i nové role, např. role spojená s narozením vnoučat (Vágnerová, 2007).

Dle odborníků by se měl člověk na stáří připravovat již od dětství. Pacovský (1990) považuje přípravu na stáří za důležitou a neoddelitelnou součást

života. Člověk je schopen do velké míry určit svoji kvalitu života, je třeba klást důraz na celoživotní výchovu, vzdělávání a zdravotní osvětu. Příprava na stáří ovlivňuje i to, jak člověk později na stáří reaguje.

Klevetová (2008) uvádí následující strategie, jak mohou senioři na stáří reagovat.

Strategie konstruktivnosti je tou nejlepší formou adaptace na stáří. Seniora, který tuto strategii uznává, vidí společnost jako milého, tolerantního člověka, který se stále těší ze svého života. Je aktivní, optimistický. Předpokladem je spokojené dětství a tvořivá dospělost.

Strategie závislosti patří k častému typu adaptace na stáří. Senior upřednostňuje pohodlí, rodinné zázemí, soukromí a bezpečí. Je pasivní a spoléhá na druhé, kteří se o něho postarají. Stárnutí nenese těžce.

Strategii obranného postoje můžeme vidět u lidí, kteří byli celý život nezávislí, byli aktivní v pracovním životě a do penze odešli víceméně z nutnosti. Tito lidé se bojí závislosti a nechtějí se podrobovat stáří. Často bývá konfliktní, nechce nic měnit.

Strategie nepřátelství je nepříjemná jak pro člověka, který ji propaguje, tak i pro jeho okolí. Své neúspěchy svaluje na druhé, nadává na celý svět, podezřívá okolí, je mrzutý až agresivní. Nic není nikdy dobře. S mladými lidmi si nerozumí, jako by jim záviděl mládí.

Strategie nenávisti je podle Haškovcové poslední reakcí na stáří. Tito lidé se nenávidí, přijdou si zbyteční a mají sklony k depresím. Jsou kritičtí ke své osobě, smrt je jejich jediným vysvobozením. Trpí pocitem osamělosti. Je obtížné najít u těchto lidí pozitivní přístupy.

Podle Eriksona (1963) je stáří obdobím, kdy je jeho hlavním úkolem dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, čehož dosáhne přijetím svého života a pochopením jeho smyslu jako celku. Starý člověk by měl svůj uplynulý život brát pozitivně, nelitovat příliš uskutečněných či neuskutečněných činů, to mu pomůže se vyrovnat se smrtí a přijmout ji jako něco nevyhnutelného. Dosažení

pozitivní integrity se u většiny starých lidí vyznačuje pozitivním hodnocením dosavadního života.

Vágnerová (2007) uvádí několik podmínek, jak je možné dosáhnout integrity:

- Pravdivost k sobě samému – nic nepředstírat, vidět život takový, jaký byl.
- Smíření – přijmout život jaký byl a smířit se s tím.
- Stabilizace a generalizace k životu – starý člověk prožil několik zkušeností, což mu pomohlo k určitému nadhledu chápat život širěji a ve všech souvislostech.
- Kontinuita – možnost chápat svůj život jako součást velkého celku – společnosti (Vágnerová, 2007).

1.3 Potřeby seniorů

Potřeby jsou základní motivační silou v chování člověka, udržují rovnováhu jak uvnitř organismu, tak i mezi člověkem a prostředím. Zdravý člověk neustále uspokojuje různé potřeby, některé jsou nutné, jiné jsou spíše tužbami a přáními (Chloubová, 1992).

Slovník sociální práce vykládá potřebu jako motiv k jednání. Pokud potřebu neuspokojíme, dochází k deprivaci a strádání (Matoušek, 2008).

Pichaud (1998) uvádí, že je důležité u seniorů uspokojovat nejen fyziologické potřeby, ale i potřeby psychosociálního rázu. Fyzická, psychická, sociální a spirituální stránka života tvoří celek lidských potřeb a měly by být naplněny i u seniorů.



Obr.1: Maslowova hierarchie potřeb.¹

Nejrozšířenější klasifikací lidských potřeb je Maslowova hierarchie. E. H. Maslow rozdělil svoji pyramidu potřeb na pět stupňů, kde první dva stupně představují nižší potřeby a další tři potřeby vyšší. Základním stupněm jeho pyramidy jsou **fyziologické potřeby**. Jedná se o potřeby jídla, pití, dýchání, vylučování, spánku, fyzické aktivity, pohlavního styku, regulace teploty. Patří

¹ Vlastní

sem ale i zdraví, tišení bolesti, smích i pláč. Pokud není uspokojena tato základní potřeba, nemůže dojít k uspokojení dalších potřeb ve vyšších stupních pyramidy (Malíková, 2011). Druhým stupněm je **potřeba bezpečí**. U seniorů je tato potřeba důležitá. Je zvýšena obavami ze zhoršení soběstačnosti, ale závisí i na poskytované péči (Vágnerová, 2007).

Pichaud (1998) rozlišuje u této potřeby 3 stupně a to:

- *Potřebu ekonomického zajištění*, kam patří vědomí dostatku finančních prostředků na zajištění životních potřeb. Pokud toto vědomí chybí, může člověka postihovat úzkost a strach z budoucnosti.
- *Potřebu fyzického bezpečí* může u seniora představovat bezpečí při pohybu, ať se jedná o využití kompenzační pomůcky, či opora druhé osoby. Jde zde o pocit jistoty, kterou mu tato podpora dodává.
- *Potřebu psychického bezpečí*, kam řadíme pocit jistoty v průběhu všedního dne. Pociť jistoty může seniorovi dodat pravidelnost dne, kalendář, aby se mohl sám orientovat v čase nebo mu na požádání vždy sdělit datum a čas.

Třetím stupněm pyramidy je **potřeba lásky**. Tato potřeba je důležitá a aktuální v každém lidském období. Dle Haškovcové (2010) je potřeba blízké osoby a určitého citově laděného partnerského vztahu trvalá. Její formy jsou ale v průběhu lidského života různé. Je to potřeba patřit někam a někomu. **Potřeba úcty a uznání** znamená „...*být přijímán, respektován a oceňován jako důležitá, kompetentní a hodnotná osoba*“ (Kopřiva, 2005, s. 199). Každý člověk potřebuje mít pocit, že si ho ostatní cení a může si sám sebe vážit. Věci by se měly dělat nejlépe, jak dovedeme, protože lépe jak nejlépe to nejde. **Potřeba seberealizace** je na vrcholu pyramidy. Pokud jsou uspokojeny všechny předcházející potřeby, může být ukojena i tato. Maslow (2000) uvádí sebeaktualizaci, kdy se člověk stane čím má a může naplnit možnosti svého duševního růstu a najít svoji vnitřní rovnováhu.

Vágnerová (2007) uvádí pět kategorií potřeb. **Potřebu stimulace a otevřenost novým zkušenostem**. Potřeba stimulace, nových a silných zážitků klesá. Seniori dávají přednost stereotypu a klidu. Velké množství nových informací může u seniora navozovat nepříjemné pocity, senior je dezorientovaný.

Zároveň ale potřebují nové podněty k jejich aktivizaci a udržení spojení se světem. V případě omezení nových podnětů, kontaktu s okolím, dochází k psychické stagnaci a může docházet k narušení lokomoce a percepce.

Potřeba sociálního kontaktu – senioři potřebují udržovat kontakty s okolím, ale i určitou míru svého soukromí. Kontakty udržují zejména se známými lidmi.

Potřeba citové jistoty a bezpečí – uspokojení této potřeby je ve stáří významnější než ve středním věku, protože si senioři uvědomují ubývání sil. Objevuje se potřeba patřit do určité sociální skupiny.

Potřeba seberealizace – v seniorském věku nebývá jednoduchá k uspokojení. Často senioři popisují až zidealizovaně své dřívější zásluhy, aby potřeba seberealizace byla naplněna alespoň takto. Do této potřeby se také řadí potřeba autonomie, kdy postupná závislost na druhém člověku bývá frustrující a stresující. Starší člověk potřebuje být milován, uznáván a ceněn.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje – starší lidé bývají sužováni strachem z nemoci, bezmocnosti a opuštěnosti. Je potřeba přijmout nevyhnutelnost vlastní smrti.

1.4 Komunikace se seniory

Základem komunikace je, že oba partneři jsou ochotni komunikovat a schopni takovou interakci uskutečnit. Proces komunikace je složen z pěti složek.

1. komunikátor – mluvčí – osoba sdělující informace
2. komunikant – příjemce – osoba přijímající informace
3. komuniké – samotné sdělení komunikátora
4. zpětná vazba - reakce – informace o tom, že komunikant sdělení přijal
5. situační kontext – prostředí a situace, v níž komunikace probíhá (Malíková, 2011).

Verbální a neverbální komunikace

„Verbální komunikace je slovní výměna a sdělování informací při ústním projevu“ (Malíková, 2011, s. 223). Neverbální komunikace neboli řeč beze slov je v literatuře nejčastěji vymezována jako řeč těla. Obvykle doprovází komunikaci verbální. Celkově nám může komunikaci usnadnit (Pokorná, 2006).

Venglářová a Mahrová (2006) určují kritéria úspěšné verbální komunikace: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilitu. V komunikaci se seniory se doporučuje jasné a srozumitelné vyjádření obsahu, smysluplné, stručné sdělení, což ale neznamená rychlost a neochotu. Důležité je zřetelně artikulovat a vyslovovat a dávat si pozor na dvojsmyslné výrazy. Je také podstatné pokusit se zajistit dostatek času a klidné místo k rozhovoru. Komunikátor se musí komunikantovi přizpůsobit a vnímat nejen jeho verbální odpovědi, ale i ty neverbální.

Základem komunikační dovednosti, obzvláště se seniory, je aktivní naslouchání, kdy posloucháme druhou osobu, snažíme se vnímat a porozumět tomu, co nám sděluje a jsme schopni se držet tématu a druhou osobu aktivně vnímat (Pokorná, 2006).

De Vito (2008) považuje aktivní naslouchání za jednu z nejdůležitějších komunikačních vlastností. Podle něj nejde jen o opakování slov mluvčího, ale o přijetí jeho informace, dávání druhému zpětné vazby a pocitu, že přijímáme a uznáváme jeho pocity.

Neverbální projevy jsou daleko pravdivější než verbální, skrývání neverbálních projevů je velmi obtížné, i když se jde naučit je do určité míry ovládat. Neverbální komunikaci tvoří mimika, která je vyjádřena pomocí mimických svalů v obličeji, vizika neboli řeč očí, gestika, což jsou pohyby rukou, hlavou nebo nohama, haptika, která představuje dotyky rukou, dovednost nakládat s časem neboli chronemika, dodržování určité vzdálenosti při komunikaci je proxemika, posturologie vyjádření postoje a kinetika, pohyb těla včetně chůze (Pokorná, 2006).

Mezi verbálními a neverbálními projevy by měla být vzájemná propojenost. i starý člověk si všímá nesouladu mezi těmito projevy a může to vést k nedůvěře, strachu, ztráty pocitu jistoty a bezpečí (Malíková, 2011).

Efektivitu komunikace mohou narušovat percepční a paměťové změny. Komunikace souvisí s úrovní inteligence a aktuálními jazykovými schopnostmi. Komunikaci také ovlivňuje jazyk starých lidí, který se pro mladší generaci může zdát archaický či málo srozumitelný. Starší lidé obecně trpí nedoslýchavostí. Poslech vyžaduje mnohem větší úsilí, které může seniora unavovat a mnohdy nerozumí každému slovu, smysl si domýšlí podle kontextu a může dojít k chybám. Než aby cizím lidem vysvětloval, že špatně slyší, raději se kontaktu úplně vyhne. Důležitá je také zvýšená pomalost, kterou starší lidé často potřebují ke zpracování přijímaných informací. Ta může negativně ovlivňovat komunikaci jak dvou lidí stejné generace, tak seniora s mladým člověkem, který mnohdy nemá dostatek času a trpělivosti. Nedostatečná kapacita krátkodobé paměti vede k potřebě obsah sdělení vícekrát opakovat (Vágnerová, 2007).

Shrnutí

V první kapitole teoretické části jsme se věnovali stáří. Vymezili jsme definici a rozdělili stáří do různých period podle několika autorů. Popsali jsme fyziologické, sociální, psychické a emocionální změny u seniorů a v neposlední řadě jsme vyjmenovali jsme potřeby seniorů a věnovali se komunikaci.

2 DEMENCE

Pojem demence je odvozený z latiny a doslovně přeložený znamená „bez myslí“. Předponu „de“ překládáme jako „odstranit“ a „mens“ jako „mysl“ (Buijssen, 2006).

Lužný (2012, s. 36) definuje demenci jako „...*syndrom obvykle chronického nebo progresivního rázu, zahrnující postupnou deterioraci korových funkcí, dále pak deterioraci v emoční oblasti, v motivaci, zhoršení fungování v sociální oblasti*“.

Jiráček (2009, s. 11) definuje demence jako „...*poruchy, u kterých dochází k podstatnému snižování úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí*.“

Vágnerová (2004, s. 265) hovoří o demenci jako o získaném postižení, ke kterému může dojít až po dosažení určitého stupně vývoje. „*Demence je poruchou chronického charakteru, která má různou míru progresu*.“

„*Demence je vždy důsledkem choroby. Demence není nikdy důsledkem pouhého stárnutí*“ (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007).

2.1 Příznaky demence

Demence postihuje tři hlavní oblasti, a to aktivity všedního dne (A), chování a emoční oblasti (B) a kognitivní oblasti (C), tzv. ABC schéma (Pidrman, 2007).



Obr.2: ABC schéma²

Do **poruch všedního dne** patří poruchy v soběstačnosti člověka. Demence má za následek omezení schopnosti v sebeobslužnosti. Pro posouzení soběstačnosti klienta s demencí lze určit několik škál. Nejběžnější škály jsou

² Vlastní

podle Katze, Lawtona nebo Barthelové. Hodnotí se činnosti, které jsou potřebné k samostatnému a nezávislému životu.

Katz vymezuje základní činnosti: koupání, používání toalety, ulehání a vstávání, stravování, oblékání a kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev. Nejvyšší počet bodů je 6, kdy je člověk plně soběstačný. Čím méně, tím nižší soběstačnost (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007).

Další možné hodnocení je podle testu IADL, kdy se hodnotí 8 kritérií. Schopnost používat telefon, schopnost nakupovat, schopnost připravit si jídlo, schopnost postarat se o domácnost, schopnost vyprat si prádlo, schopnost samostatného cestování, schopnost užívat léky podle doporučení lékaře a schopnost obhospodařit vlastní finance. Opět čím nižší je počet bodů, tím nižší je soběstačnost (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007). Test podle Barthelové je uveden v příloze č. 1.

Poruchy chování se ve stáří rozvíjejí vždy s poruchami kognitivními. Poruchy chování jsou nápadné, často právě kvůli poruchám chování se člověk objeví u odborníka, který odhalí demenci. Zvláště nepříjemné a stresující je toto chování pro rodinu a blízké okolí nemocného. Tyto poruchy jsou součástí širšího syndromu, tzv. BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). Mezi symptomy BPSD syndromu se řadí paranoidní bloudění, výskyt bludů, halucinací, poruchy v běžných činnostech, agitovanost a agresivita, poruchy spánku a bdění a změny nálad: deprese, mánie, úzkost, fobie. Studie ukazují, že 75 % onemocněných středně závažnou demencí je podezřívavých, 40 % z nich trpí bludem, že jsou okrádáni a halucinace se objevují u 25 % z nich. Na pomezí středně těžkého až těžkého stádia lze předpokládat agitovanost nebo agresi u více jak 80 % nemocných (Pidrman, 2007).

Mezi **kognitivní poruchy** patří poruchy paměti, soustředění, myšlení, orientace a řeči. Kognitivní poruchy lze měřit pomocí testů, z nichž nejznámější je Mini mental state examination, který je uveden v příloze č. 2. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007).

Porucha paměti je nejnápadnějším symptomem demence. Souvisí s poruchami orientace a konfabulací, kdy si nemocný vymýšlí události tak, jak by se mohly stát, ovšem to neodpovídá realitě. V počátcích bývá postižena zejména

paměť krátkodobá a dlouhodobá paměť zůstává zachována. Je tomu tak hlavně u vaskulárních demencí (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007).

Poruchy orientace jsou dalším častým příznakem demence. Jde o dezorientaci v čase, místě a osobě. Nemocný neví, jaký je letopočet, měsíc, den v týdnu. Často ani nerozliší den a noc. Začnou bloudit i ve známém prostředí, neví, kudy se jde do obchodu, hledá WC. V pokročilé demenci člověk neví, kolik má roku. Někdy ví, jaký je letopočet, ale nedovede si spočítat léta, nevzpomene si, kolik měl dětí, zda byl/a ženatý či vdaná atd. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007).

Poruchy úsudku a myšlení se projevují tak, že nemocný si nedokáže vyložit přísloví, nemají pojem množství, nezvládnou určit hodiny, je pro ně nesnadné odečítat přes desítku.

Nejčastějším **problémovým chováním u demence** je odmítání péče, agitovanost, agresivita, toulání se, bloudění, poruchy spánku, deprese, úzkost a psychotické příznaky. Člověk postižený demencí si často neuvědomuje změnu, která nastala a nechápe, proč najednou o něho pečujeme, diktujeme mu, kdy má chodit spát a kdy vstávat. Typické pro odmítání bývá bránění se mytí, oblékání, nechuť jít ven, odmítání jídla apod. Agitovanost se projevuje neklidem, někdy až agresivitou. Na zmatenost, která přichází zejména v podvečer nebo večer se projevuje únava a úbytek světla. Toulání a bloudění je kritické. Nemocný ztrácí orientaci a může se ztratit. Mezi psychotické příznaky patří bludy, iluze, halucinace. U starých lidí trpící demencí se objevuje často demence. Patří sem pocity beznaděje, bezmoci. Projevuje se často tělesnými příznaky jako únavou, bolestí různých částí těla, závratěmi nebo i gastrointestinálními potížemi, a v neposlední řadě úzkost, která se může objevit už i v počátečním stádiu demence. Příčinou může být strach ze selhání nebo samoty. Mezi nejčastější projevy může být agitovanost, křik, dožadování se pozornosti, mnutí rukou.

Proces demence naruší celý dosavadní život postiženého. Zezačátku omezí své zájmy a aktivity, později je postižený stále méně soběstačný, ztrácí sociální a hygienické návyky a v neposlední řadě i schopnost komunikace (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Praha 1992 (MKN 10) určuje kritéria, která musí být u demence splněna:

1. Poruchy paměti.
2. Zhoršení myšlení, úsudku, zpomalený tok myšlenek.
3. V době vyšetření nutný průkaz jasného vědomí.
4. Úbytek emoční kontroly nebo změna v sociálním chování:
 - a) Emoční lability
 - b) Podrážděnost
 - c) Apatie
 - d) Obhroublost ve společenském vystupování.
5. Trvání stavu alespoň 6 měsíců.

Preiss (1998) hodnotí závažnost poklesu *paměti* takto:

Mírná – pokles paměti překáží denním činnostem, ale není tak závažný, aby znemožňoval soběstačný život. Nejvíce postižená funkce je učení se nové látce.

Středně těžká – stupeň poklesu paměti již znemožňuje soběstačný život. Člověk si pamatuje pouze dobře známé či hluboce vštípené látky. Lidé s tímto stupněm si nevybaví jména známých, co před chvílí dělali, apod.

Těžká – v tomto stupni poruchy paměti si jedinec není schopen vštípit žádné nové informace. Není schopen rozpoznat své známé.

Závažnost poklesu *kognitivních schopností* může být hodnocen následovně: (Preiss, 1998)

Mírná – pokles schopností zhoršuje výkony ve všedním životě, člověk nemůže vykonávat komplikované denní činnosti, ale závažnost není taková, aby byl jedinec závislý na druhé osobě.

Středně těžká – v tomto stadiu jedinec nemůže vykonávat činnosti sám bez pomoci jiných osob. Může provádět pouze jednoduché práce.

Těžká – zde je nedostatek nebo úplná absence srozumitelných představ. Vyšetřovaný člověk by měl mít na dostatečně dlouhou dobu zachováno povědomí o prostředí, aby bylo možné prokázat kritéria 1 a 2.

Diagnostic and statistic manual od mantal disourders. Fourth edition. Washongton, D.C., (1994) DSM - IV uvádí následující kritéria pro demenci:

- A. Vývoj mnohočetného deficitu v obou bodech:
 - 1. Poruchy paměti.
 - 2. Nejméně jedna z následujících kognitivních poruch:
 - a) Afázie
 - b) Apraxie
 - c) Agnózie
 - d) Narušení výkonných funkcí (např. plánování, organizování, abstrakce).
- B. Kognitivní deficity způsobují zřetelné zhoršení výkonu sociálních a pracovních funkcí a znamenají zřetelné snížení předchozí úrovně fungování.
- C. (D.) deficity se nevyskytují výlučně v průběhu stádia.

Preiss konstatuje, že nejtěžší je diagnostikovat počínající demenci, přesto že je to důležité především pro včasné zahájení léčby. Demence se mohou rozvinout velmi náhle, např. při cévních mozkových příhodách, ale i postupně. Zejména u plíživě rozvíjející se demenci je diagnostika poměrně náročná. Nejdříve se začne objevovat porucha pozornosti, poté paměti, postupně dochází k deterioraci intelektu. Často se vyskytuje smutná nálada, kdy je nutno odlišit demenci od deprese (Preiss, 1998).

2.2 Druhy demencí

K určení diagnózy jednotlivých typů demencí používáme asi ze dvou třetin klinické vyšetření a z jedné třetiny pomocné vyšetřovací metody, mezi které patří laboratorní, biochemické, hematologické a genetické postupy (Preiss, 1998).

Světové výzkumy ukazují, že demencí trpí 5 % obyvatelstva nad 65 let a 20 % obyvatelstva nad 80 let. Z toho se objevuje Alzheimerova demence v 50 % případů, vaskulární demence v 10 - 25 % a neznámé příčiny 5 – 10 %. Lidé s demencí umírají dvakrát více než lidé stejného věku bez demence (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Demenci lze podle příčin dělit. Uvedu zde dělení podle tří autorů, Hrdličky a Hrdličkové, Jiráka a pro srovnání i podle Lužného.

Hrdlička a Hrdličková (1999) dělí demenci na demenci alzheimerova typu a demenci vaskulární.

Demence Alzheimerova typu

Dle Hrdličky a Hrdličkové je pro popis nemoci nejdůležitější model tří stádií.

V prvním stádiu je u pacienta zpozorována porucha prostorové orientace a orientace místem. Přidává se porucha paměti a pokles aktivity. Pacient je depresivně laděný, má potíže v denních aktivitách (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Druhé stádium bývá nazýváno afázicko – aprakticko – agnostické. V tomto stádiu je jasná demence, dezorientace, postižení řeči, percepce i motorické výkony.

Ve stádiu třetím dochází ke zhoršení všech psychických funkcí. Pacient většinou už vůbec nemluví, popřípadě vydává nesrozumitelné zvuky. Objevuje se inkontinence. Na konci tohoto období a tedy i života rapidně chátrá a umírá (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

U Alzheimerovy choroby se u pacientů objevují většinou poruchy osobnosti. Člověk se stává více egocentrický či naopak velice pasivní. Může jít také o tvrdohlavost nebo podezřívavost. Skoro u poloviny případů se objevují také paranoidní bludy. Průměrná délka dožití s touto nemocí se udává mezi 8 až 10 lety (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Vaskulární demence

Tento druh demence byl dříve známý jako arteriosklerotická demence. Je to nejčastěji vyskytovaný druh demence. Od Alzheimerovy choroby se liší jak etiologicky, tak i průběhem a klinickými rysy. U demence tohoto typu se objevují noční amentní stavy, emoční labilita, deprese, hypertenze, osobnost postiženého je relativně zchovalá. Vaskulární demence má ovšem také několik typů.

Vaskulární demence s akutním začátkem vznikne většinou po jedné nebo několika mozkových příhodách v průběhu jednoho až tří měsíců.

Multiinfarktová demence je důsledkem několika malých ischemických příhod a vzniká většinou během tří až šesti měsíců.

Subkortikální vaskulární demence se objevuje u pacientů s hypertenzí, kde se poškodí bílá hmota mozkových hemisfér (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Jiráček (2009) dělí demenci do dvou skupin.

První skupinou jsou demence, které mají za podklad ***atroficko - degenerativní proces*** mozku. Tyto procesy mají za následek snížení počtu nervových buněk a počtu synapsí nervových buněk, dochází k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. U neurodegenerativních chorob dochází častěji k tzv. apoptóze, buněčné smrti. Na druhou stranu často nedochází k apoptóze tam, kde by to bylo žádoucí. Další neurodegenerativní děj, ke kterému u těchto druhů demencí dochází, je uvolňování nadměrného množství volných radikálů. Přítomný kyslík se potom rychle váže na tkáň a napadené tkáň ničí. V důsledku neurodegenerace dochází k porušení funkce mozku, což vede ke vzniku syndromu demence.

Druhou skupinou jsou ***demence symptomatické***, které mají za podklad celková onemocnění, úrazy, infekce, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Tyto demence lze dále dělit na ***demence vaskulární a ostatní symptomatické demence***.

Vaskulární demence vzniká z důvodu poškození mozkové tkáň cévními poruchami. Zejména jde o mozkové infarkty, kdy odumře část mozkové tkáň, protože nebyla prokrvena kvůli uzávěru vyživující tepny. Může jít o mnohočetné drobné mozkové infarkty, ale i o jeden rozsáhlý mozkový infarkt.

Ostatní symptomatické demence vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících mozek. Může se jednat o intoxikace, infekce, záněty, úrazy mozku, nádory mozku atd.

Lužný (2012) rozděluje demence podobně jako **Jiráček** (2009). Na *demence atroficko-degenerativní*, kde u těchto demencí dochází k úbytku počtu neuronů a reaktivním změnám gliových elementů, které vedou k produkci volných kyslíkových radikálů. Do této skupiny řadí Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky, demenci při Parkinsonově chorobě, frontotemporální demenci a demenci při Huntingtonově chorobě.

Dále na *vaskulární demenci a ostatní symptomatické demence*, kde je známo, že jsou způsobeny onemocněním, které poškozuje mozek nebo vede k jeho dysfunkci. Zde jmenuje demenci při prionózách, demenci při HIV/AIDS, Leutickou demenci, neuroborreliózu, limbickou encefalitidu, alkoholickou demenci, demenci u intoxikací, demenci při normotenzním hydrocefalu, demenci při Wilsonově chorobě, demenci při porfyriích, Hepatální encefalopatii, Uremickou encefalopatii, demenci při endokrinopatiích a traumatickou demenci (Lužný, 2012).

Nyní blíže popíšeme dva nejrozšířenější druhy demencí a to demenci u Alzheimerovy choroby a ischemicko-vaskulární demenci.

Alzheimerova choroba

Patří mezi nejčastěji se vyskytující demence. Představuje čtvrtou až pátou nejčastější příčinu úmrtí. V České republice postihuje dle odhadů 100 tisíc lidí. Velmi často bývá konstatována makroskopická atrofie mozku. Většina případů Alzheimerovy choroby se rozvíjí ve věku 65 - 80 let, známy jsou ovšem i případy s časným začátkem ve věku mezi 40 - 65 lety. Mezi první příznaky patří zapomnětlivost, poruchy soudnosti, logického úsudku, schopnosti orientace v čase a prostoru (Jiráček, in Preiss 1998).

Alzheimerova choroba je progresivní degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Ztenčuje se mozková kůra, rozšiřují se mozkové komory a temporální rohy postranních komor. Vznikají útvary, tzv. Alzheimerovy plaky,

kde v okolí dochází k apoptóze neuronů. Mezi počtem plaků a funkčním postižením je přímá úměra (Pidrman, 2007).

Po omezení paměti se rozvíjejí i poruchy ostatních kognitivních funkcí. Toto onemocnění začíná nenápadně. Jde o plíživý a postupně progredující proces. S tímto souvisí poškození mozku (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007). Dochází k omezení zájmů a zálib. Osoby postižené tímto typem demence nejsou schopni sebeobsluhy, dodržování osobní hygieny. Průměrná doba přežití od počátku klinické symptomatiky je 3 - 7 let, existují ale i případy přežití 15 let. Alzheimerova choroba bývá často zaměněna za vaskulární demenci. U Alzheimerovy choroby je ale typický plíživý, pomalý rozvoj a časná porucha osobnosti. Demence, deliria a neurologické symptomy se objevují méně často (Jiráček, in Preiss 1998).

Léčba by měla být komplexní. Obsahovat jak farmakoterapii pro zachování kognitivních funkcí, tak i psychoterapii zaměřenou na resocializaci a rehabilitační terapii a práci s rodinou pacienta (Jiráček, in Preiss 1998). Tato choroba není ovšem stále zcela vyléčitelná, ale díky lékům je možné její příznaky zmírnit a tím i zlepšit stav pacienta (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Alzheimerova choroba má dvě podoby. Familiární forma a sporadická forma Alzheimerovy choroby. **Familiární forma** je vzácná a postihuje jednice, kteří jsou mladší 65 let. Podezření na tuto formu bývá v případě rodinného výskytu. **Sporadická forma** je u většiny případů Alzheimerovy choroby. Je typická pro vyšší věk. i u této formy se vyskytují dědičné vlivy, ale zcela ne ve všech případech. Může postihnout člověka již od 50 let, ale případy narůstají s věkem (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Vaskulární demence

Vaskulární demence může představovat skupinu několika onemocnění a vaskulární poruchy jsou druhou nejčastější příčinou demence po Alzheimerově chorobě. Čtvrtinu všech případů demence způsobují tyto poruchy. Platí to zejména ve vyšším věku. Jelikož jde o celou skupinu onemocnění, nemají zcela stejný klinický obraz. Mají ovšem společné rysy (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Rozlišuje se vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha. U vaskulární demence je kognitivní dysfunkce prohloubena tak, že zhoršuje autonomii pacienta. Při vaskulární kognitivní poruše je kognitivní dysfunkce taková, že ještě neovlivňuje soběstačnost osoby (Bartoš, 2012).

Náhled a úsudek bývá celkem dlouho zachován. Mohou se objevovat poruchy paměti, zhoršení kognitivních funkcí. Velmi často jsou přítomná i kardio-nebo cerebrovaskulární onemocnění. Typický je pro vaskulární demence záchvatovitý pláč a smích, emoční labilit. Typické je také sobectví, vztahovačnost a labilita (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Nejčastějším typem ischemicko-vaskulární demence je multifaktorová demence. Považuje se za součást kontinua vaskulární demence. Podkladem jsou mnohočetné mozkové infarkty. Představuje 15 - 30 % všech demencí. Tato demence může vznikat náhle, zejména při rozvoji mozkového infarktu, jindy pozvolna, kdy se projevuje zvýšenou unavitelností, poruchou soustředěnosti, nespavostí, úzkostnou až depresivní náladou. Oproti Alzheimerově chorobě má tento typ demence průběh nikoli lineární, ale stupňovitý. K degradaci osobnosti dochází až v posledních stádiích (Jirák, in Preiss 1998).

Další častou vaskulární demencí je vaskulární demence s náhlým začátkem, která vzniká po rozsáhlých infarktech v oblastech významných pro paměťové funkce. Je důležité sledovat cévní mozkové příhody a časovou následnost vzniku demence. Většinou se demence rovině po několika měsících po prodělané mozkové příhodě (Jirák, 2009). Léčba se téměř shoduje s léčbou Alzheimerovy choroby. Důležitá léčba krevních srážlivostí a vlastností krve, což vede k prevenci vzniku mozkových infarktů (Jirák, in Preiss 1998).

2.3 Komunikace s člověkem trpícím demencí

„K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, empatický, komunikovat nonverbálně, taktivně, pokud je to pacientovi příjemné, nespěchat, reflektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, nebát se ale s pacientem zasmát“ (Jirák, 2009, s. 72).

Nejčastější překážky v komunikaci se seniorem se stávají právě příznaky demence, mezi které Venglářová a Mahrová (2006):

- afázii
- agnózii
- klesající schopnost porozumět významu slov a jejich smyslu
- nesrozumitelná řeč
- poruchy chování, orientace, paměti a pozornosti
- špatná schopnost verbálního vyjadřování
- neschopnost využít mimiku.

Venglářová (2007) uvádí, že pro zlepšení komunikace s člověkem trpícím demencí lze udělat mnoho, důležité je uvědomit si, jaké oblasti jsou demencí zasaženy a jaké obtíže klient má. Mezi obtíže Venglářová řadí nevybavení si informací, stálé dotazy, ztráta schopnosti porozumět slovům, tvorba nových slov a zaměňování výrazů, poruchy vyjadřování, netrpělivost, fabulace a vymyšlení si a v konečných fázích mutismus.

Pro správnou komunikaci pomáhá poznat klienta a jeho styl komunikace. Je vhodné při rozhovoru eliminovat rušivé podněty, jako je televize, rádio a hovory ostatních lidí. Při rozhovoru se snažíme správně užívat i neverbální komunikaci, pomáhá úsměv, pohled do očí. Mluvíme jazykem, který klient zná a volíme jemu srozumitelná slova. Volíme krátké a jednoduché věty, ne příkazy. Snažíme se ověřovat, zda klient sdělení porozuměl.

Pro úspěšné opětovné začlenění do společnosti a navazování vztahů je nutnost být schopen komunikovat. U člověka s demencí je tato schopnost výrazně omezena. Bývá poškozena verbální složka komunikace, člověk si potom může

připadat osamělý, i když jsou kolem něho stále lidé. Je třeba hledat i jiné formy komunikace, aby se pečující s pacientem mohli dorozumívat a zpříjemnili si tak vzájemnou situaci (Jirák, 2009).

Klevetová (2008) radí, abychom v prvním stádiu demence klienta oslovovali jménem a sdělovali mu, co a proč děláme, abychom zmírnili jeho strach a pocit selhání. Je také vhodné názorně a barevně označit prostor a používat pomůcky jako dnešní datum na viditelném místě, číslo pokoje velkou číslicí na dveřích a podobně.

Ve druhém stádiu demence se snažíme formou kladením otázek objevovat svět nemocného a pochopit ho. Nevyvracíme jeho myšlenky, zde slova přestávají být prioritní (Klevetová, 2008).

U klienta s těžkou demencí, který není schopen verbálně vyjádřit své přání a potřeby, se musíme spoléhat na nonverbální projevy (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2010).

Jirák (2009) uvádí **obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí**. Popisuje **dobré přijetí**, kdy je důležité, aby pracovníci brali pacienta s demencí jako člověka nikoli pouze jako diagnózu. Člověk s demencí potřebuje cítit, že zájem o jeho osobu je opravdový. Musíme ho brát vážně a zachovávat jeho lidskou důstojnost. **Respektování osobnosti nemocného** znamená, že je potřeba poznat člověka s demencí do hloubky. Poznat jeho minulý život, poznat jeho chování, nonverbální projevy a na základě toho se mu snažit co nejlépe pomoci. **Ocenění** člověka s demencí je pro něj velmi důležité, být vnímán takový, jaký byl před v minulosti, než začal trpět demencí. **Zdvořilost** je také zásadní pravidlo v přístupu k nemocnému, nekritizovat, nenadávat, nepoukazovat na nedostatky. **Laskavost a nenaléhavost** je důležitá, jelikož i přesto, že člověk s demencí může mít problém porozumět obsahu slova, zpravidla vycítí atmosféru, v jaké sdělení probíhá. **Podpora dobré nálady** spočívá v tom, že necháme nemocného dělat věci v jeho tempu, zbytečně ho nestresujeme a pokud na něco nedokáže odpovědět z důvodu jeho demence, pečující se mu snaží pomoci nebo mu sdělí, že to není podstatné. **Podpora paměti**, kdy s nemocným snažíme paměť procvičovat, snažíme se udělat řád v denním životě, využívat štítky s nápisy, nástěnku, kalendář apod. **Věcnost a jednoduchá komunikace** je důležitou

zásadou, je třeba mluvit oznamovacích krátkých větách nebo jednoznačných otázkách. Není dobré dávat nemocnému často na výběr z více alternativ. **Mírnění agitovanosti**, pokud je člověk s demencí naléhavý, je třeba zdůrazňovat, že přijímáme jeho názor a vše zařídíme, přitom se ale snažíme řešení odkládat do doby, než stav odezní. Kladení odporu by mohlo vyvolat agresivitu. **Udržovat komunikaci**, používat jednoduché věty, snažit se porozumět, co nám chce nemocný sdělit. Neznamená to jen výměnu informací, ale také být v kontaktu, ať už slovem, zpěvem, držení se za ruce nebo jen mlčením.

2.4 Terapie vhodné pro seniory s demencí

Je důležité najít vhodnou cestu ke klientovi a zjednodušit tak komunikaci a spolupráci s nemocným s demencí. K tomu nám výborně slouží následující terapie.

Reminiscenční terapie

Klevetová (2010) uvádí, že tento druh terapie je vhodný pro první stádia demence. Reminiscenční terapie úmyslně pracuje se vzpomínkami, jejichž vybavování vede seniora k rozvoji. Terapie vychází z předpokladu, že dlouhodobá paměť zůstává zachována i v pokročilém stádiu demence. Vzpomínky jsou uchovány právě v této paměti a při vhodné stimulaci se vybaví. Jedna z cest vyvolání vzpomínek může být sensorická stimulace (Holmerová, Suchá, 2003).

Cílem reminiscenční terapie je vybavení vzpomínek, které vyvolávají příjemné pocity a emoce. Často se využívají staré fotografie, knihy, časopisy, hračky z dětství, osobní předměty apod. Bolestným vzpomínkám a nepříjemným tématům je vhodné se vyhnout (Jiráček, 2009).

Validační terapie

Validační terapie je vhodná pro druhé stádium demence. Principem této terapie je úcta k člověku s demencí a projevení empatie. Snaží se porozumět citům druhých a umožňuje tak druhému pochopit fantazie a nerealistická tvrzení pacienta. Cílem je vyvolat vzpomínky a obnovit prožitá traumata a následně pomocí nemocnému pochopit a přehodnotit prožité vzpomínky tak, aby se s nimi nemocný smířil a přineslo mu to potřebný klid. Záměrem je doprovázet pacienta a dávat mu na vědomí, že není sám. Klient má dojem, že mu rozumíme, a to je hlavní (Malíková, 2011).

Rezoluční terapie

Tato terapie je vhodná pro osoby s pokročilým stádiem demence. Dlouhodobá paměť je stále funkční a minulost se pro nemocné stává přítomností. Vyvrácení této představy je naprosto nemožné a vede to akorát k nepochopení, proto je vhodné tento projev nemoci respektovat a neodporovat nemocnému.

Pokud je terapie prováděná správně, pacient je spokojený, sebevědomý a minimalizuje se tak možnost vzniku konfliktní situace (Malíková, 2011).

Technika preterapie

Terapie umožňuje navázat komunikaci s nemocným v pokročilém stádiu demence, kde již běžný kontakt není možný. Preterapie tkví v tom, že nemocnému popisujeme konkrétní situace a činnosti, které nemocný vykonává. Je nutné si uvědomit, že pacient neví, kde je a co dělá a popisováním jej můžeme vrátit do reálného světa (Malíková, 2011).

Po klientovi můžeme opakovat i výraz obličeje, napodobujeme zvuky a slova. Tím klient chápe, že jsme stejně naladěni a respektujeme klientovo omezení navázat kontakt. (Klevetová, 2008)

Bazální stimulace

Bazální stimulace vychází z potřeb klienta, přihlíží k jeho životním návykům. Bazální koncept podporuje lidské vnímání v té nezákladnější rovině. Prvky bazální stimulace se orientují podle vnímání v embryonální fázi vývoje. Dle bazální stimulace každý člověk je schopen vnímat alespoň něco některými ze svých smyslů (Friedlová, 2012)

K bazální stimulaci je třeba jen vyškolený personál, pochopení a spolupráce týmu. Není třeba žádných nadstandardních pomůcek nebo přístrojů, takže zařízení finančně nevyčerpává (Friedlová, 2012).

Shrnutí

Ve druhé kapitole jsme se zabývali pojmem demence. Demenci jsme definovali, popsali příznaky demence, podle několika autorů vymezili její druhy. Zaměřili jsme se na komunikaci se seniory trpící demencí a uvedli několik terapií vhodných pro práci s těmito klienty.

3 SOCIÁLNÍ a ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Existuje celá řada sociálních služeb pro seniory. Jedná se o pobytové, ambulantní nebo terénní služby. Pro seniory trpící demencí je v České republice (dále ČR) také nabídka několika služeb. Péče o seniory s demencí je ovšem náročná, je potřeba vyškoleného personálu, architektonické úpravy. Může být náročná otázka, zda člověka s demencí integrovat do běžného domova pro seniory či nikoli. Vždy bychom však měli myslet na zájem klienta. V následující kapitole představím sociální a zdravotní služby pro seniory.

V péči o seniory by se měly dodržovat následující principy: demedicinace, deinstitutionalizace, desektorializace a deprofesionalizace. Princip demedicinace poukazuje na kvalitu života seniora, na jeho samostatnost a nezávislost. Princip deinstitutionalizace se snaží o omezení ústavní péče a podporu péče seniora v domácím prostředí. Princip desektorializace klade důraz na vzájemnou provázanost služeb, rodinné a profesionální péče a v poslední princip deprofesionalizace se zaměřuje na provádění péče v přirozeném prostředí, v rámci rodiny (Obadalová, 2001).

3.1 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění posledních předpisů, definuje sociální služby jako „...činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. Sociální služby se dělí na terénní, které jsou poskytovány seniorovi v jeho přirozeném prostředí, ambulantní, kdy osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb a pobytové, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Dále jsou členěny do tří základních oblastí: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Matoušek (2007) definuje sociální služby jako „službu poskytovanou lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu života, případně je v maximální možné míře začlenit, nebo společensky chránit před riziky, jejichž

jsou tito lidé nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

Poskytovateli sociálních služeb mohou být dle zákona, §6 územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo nebo státní příspěvkové organizace.

Úhrada za poskytování sociálních služeb

Prováděcí předpis zákona č. 505/2006 jasně vymezuje maximální výši úhrady za poskytování ubytování a stravy. Při poskytování pobytových služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče musí zůstat uživateli alespoň 15 % jeho příjmu. V týdenních stacionářích je to 25 % z příjmu. Pokud uživatel nemá dostatek příjmů na zaplacení stanovené ceny za ubytování a stravování, je povinen doložit poskytovateli této sociální služby výši svého příjmu a dále mu oznamovat všechny změny v příjmu.

V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem činí maximální výše úhrady za ubytování 210 Kč denně, včetně provozních nákladů s poskytnutí ubytování a 170 Kč denně za celodenní stravu. Maximální možná úhrada za poskytování ubytování a stravování je tedy 380 Kč denně.

V následujícím textu blíže vysvětlujeme znění konkrétních paragrafů, více se věnujeme pobytovým sociálním službám pro seniory.

Centrum denních služeb (§45)

Je ambulantní služba, kam senior se sníženou soběstačností dochází nebo je dovážen. Služba obsahuje základní činnosti jako pomoc při hygieně, zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní stacionář (§46)

Poskytuje služby osobám se sníženou soběstačností a osobám s chronickým duševním onemocněním, které potřebují pravidelnou pomoc druhé

osoby. Služba zajišťuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv.

Osobní asistence (§39)

Je terénní sociální služba, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí a po nezbytně nutnou dobu. Přítomen je osobní asistent, který pomáhá osobě s činnostmi, které sama není schopna vykonat.

Pečovatelská služba (§40)

Může být terénní nebo ambulantní služba, která poskytuje pomoc při základních činnostech jako je běžná péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zajištění stravy, kontaktu se společenským prostředím a zajištění chodu domácnosti v domácím prostředí nebo v prostředí sociálních služeb. Je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení.

Odlehčovací služba (§44)

Může mít formu pobytové, ambulantní i terénní sociální služby, poskytuje se osobám se sníženou soběstačností, o které pečují blízcí v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečujícím osobám odpočinek.

Týdenní stacionář (§47)

V týdenních stacionářích se poskytuje pobytová sociální služba osobám se sníženou soběstačností a osobám s chronickým duševním onemocněním, které vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby. Poskytují se stejné služby jako v denním stacionáři a navíc je zde poskytnuté ubytování.

Domov pro seniory (§49)

Je pobytová sociální služba pro seniory, která poskytuje dlouhodobou službu. Péče se poskytuje 24 hodin denně. Uživatelům se poskytují potřebné služby. Uživatel hradí ze svého důchodu pobyt a stravu a péče je hrazena z příspěvku na péči.

Králová s Rážovou (2012) popisují domov pro seniory jako službu zajišťující důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje. Domov pro seniory jim nahrazuje domácí prostředí. Služba musí podporovat samostatnost uživatele a musí být chráněna jeho důstojnost.

Zákon do pobytové služby domov pro seniory zahrnuje také pobytové služby pro seniory, které do roku 2006 běžně existovaly a to domovy s pečovatelskou službou a penziony pro důchodce (Matoušek, 2007). V *domě s pečovatelskou službou* jsou senioři ubytováni ve svých bytových jednotkách a objednávají si potřebné služby. Služba není poskytována 24 hodin. Pracovní doba je od rána do odpoledne.

Dle zákona má tato služba taxativně vyjmenovány činnosti, které musí být schopna poskytovat. Jedná se o poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc pro zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V Olomouckém kraji je pod názvem domov pro seniory zaregistrováno k 1. 1. 2015 celkem 32 zařízení.

Domov se zvláštním režimem (§50)

Tato pobytová sociální služba se poskytuje osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu stařecké, Alzheimerovy a ostatních typů demence, a kteří potřebují pomoc druhé fyzické osoby. Domovy se zvláštním režimem (dále DZR) poskytují osobám pravidelnou pomoc ošetřovatelů a sester. Režim tohoto typu zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám klientů.

Základní činnosti domova se zvláštním režimem se neliší od činností poskytovaných v domovech pro seniory.

Pojem zvláštní režim je rozdílný od běžných režimů v domovech pro seniory z důvodu odlišných potřeb uživatelů této služby. Pro tyto uživatele není pobyt v běžném pobytovém zařízení vhodný. V domovech se zvláštním režimem je každému uživateli věnován individuální přístup, který potřebuje a zaměřuje se na specifické potřeby uživatele (Mahrová, Venglářová, 2008).

V Olomouckém kraji je pod tímto názvem zaregistrováno k 1. 1. 2015 celkem 13 zařízení.

Chráněné bydlení (§51)

Služba chráněné bydlení se řadí do pobytových sociálních služeb. Je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, které potřebují pomoc druhé osoby. Chráněné bydlení může mít dvě formy a to individuální bydlení a skupinové bydlení.

Sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení (§52)

Pobytová sociální služba, která je určená osobám, které již nevyžadují lékařskou péči, ale nejsou schopny se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu obejít bez pomoci druhé osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim bude zajištěna pomoc osobou blízkou nebo zajištěno poskytování terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociální péče.

3.2 Zdravotní služby

Zdravotní služba je zákonem č. 372/2011Sb., o zdravotních službách definována, jako „...poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a činnostmi vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou – li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče“. Zákon rozděluje několik forem zdravotní péče. Jedná se o ambulantní péči, jednodenní péči, lůžkovou péči a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Ambulantní péče – zdravotní péče, kdy není potřeba hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. Může jít o primární ambulantní péči, která poskytuje preventivní, diagnostickou, léčebnou a posudkovou péči a konzultaci, specializovanou ambulantní péči, kterou poskytují jednotlivé obory zdravotní péče a stacionární péče, která poskytuje pravidelnou denní péči pacientům.

Kalvach (2004) dělí ambulantní péči na primární lékařskou péči a specializovanou odbornou péči. **Primární lékařskou péči** poskytuje praktický lékař pro dospělé. Ten diagnostikuje a doporučuje léčbu a další odbornou péči. Spolupracuje s domácí ošetrovatelskou službou, pečovatelskou službou, rodinou a dalšími neziskovými organizacemi. **Specializovanou odbornou péči** poskytují jednotlivé lékařské obory: vnitřní lékařství, neurologie, urologie a geriatrická centra v nemocnicích.

Jednodenní péče – je to taková zdravotní služba, kdy pobyt pacienta na lůžku je kratší než 24 hodin, při této službě musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

Lůžková péče – je zdravotní péče, kdy je potřeba hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. Do lůžkové péče řadíme čtyři druhy péče.

a) akutní lůžková péče intenzivní, která se pacientu poskytuje v případech ohrožení základních životních funkcí.

b) akutní lůžková péče standardní, se poskytuje pacientovi při zhoršení chronické nemoci, pokud ohrožuje zdraví, ale neohrožuje na životě nebo v případech, kdy zdravotní úkony nejdou provést v ambulantní péči.

c) následná lůžková péče je určena pacientům, jejichž zdravotní stav je již stabilizován a má dojít pouze k doléčení a poskytnutí rehabilitační péče.

d) dlouhodobá lůžková péče se poskytuje pacientům, kterým soustavná ošetrovatelská péče pomáhá a zdravotní stav se léčebnou péčí podstatně nezlepší.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí

Je návštěvní služba nebo domácí ošetrovatelská, léčebná, rehabilitační nebo paliativní péče. Pro tento druh péče nezbytné, aby zdravotní stav člověka byl stabilizován a domácí prostředí poskytovalo možnost zajištění kvalitní péče (Dvořáčková, 2012).

Je indikovaná praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem v nemocnici a hrazena je ze zdravotního pojištění. Domácí péče se dá rozdělit do pěti typů, a to domácí péče akutní, jednorázová, preventivní, dlouhodobá a hospicová. *Akutní domácí péče* je poskytována v rozsahu pár dnů až týdnů. Je určena pacientům, kteří jsou v poúrazovém nebo pooperačním stavu, dále pacientům s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním. *Preventivní domácí péče* je poskytována po dobu, kterou stanoví ošetřující lékař. Je zaměřená na pacienty, kterým by se měl v pravidelných intervalech monitorovat zdravotní a duševní stav. *Dlouhodobá domácí péče* se pacientům poskytuje v rámci několika měsíců až let. Je určena pro osoby, kteří potřebují dlouhodobou a pravidelnou péči odborných pracovníků. *Hospicová domácí péče* je poskytována pacientům v preterminálním a terminálním stádiu nemoci (Misconiová a kol., 2003).

Hospic

Specializované pobytové zařízení, které poskytuje paliativní péči. Péče je zaměřená především na úlevu od bolesti v posledním stadiu nemoci. Hospic klientovi zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a bude zachována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nebude sám (Svatošová, 2011).

Aby byl nemocný přijat do hospice, musí splňovat určité podmínky: postupující nemoc ohrožující člověka na životě, nutnost paliativní péče, nevyžadovat akutní ošetření v nemocnici a pokud domácí péče není dostupná nebo nedostačující (Svatošová, 2011).

Svatošová (2011) uvádí, že „...*myšlenku hospice lze při dobré vůli a za předpokladu splnění určitých podmínek, uplatnit kdekoliv. Jde to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.*“

3.3 Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči, je dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby.“ Účelem této dávky je zajištění potřebné pomoci ať už v rámci rodiny či některé ze sociálních služeb. Zákon č.108/2006Sb., o sociálních službách, rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci druhé osoby podle toho, kolik úkonů péče o svou osobu zvládne osoba udělat sama a s kolika potřebuje pomoci.

Využití příspěvku na péči (dále PnP) zvyšuje samostatnost příjemce v rozhodování se o zabezpečení svých vlastních potřeb. Příspěvek je to z toho důvodu, že přiznaná částka pouze přispívá na potřebnou službu. Zbytek částky si příjemce hradí sám z vlastních zdrojů (Průša, 2013).

Řízení se zahajuje podáním písemné žádosti na kontaktní pracoviště Úřadu práce (dále ÚP) ČR. Následuje sociální šetření sociálními pracovníky ÚP v přirozeném prostředí žadatele a následně posouzení zdravotního stavu posudkovými lékaři lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení. V úvahu se bere dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jeho funkční dopad na schopnost zvládat základní životní potřeby o výsledku rozhoduje konkrétní kontaktní pracoviště ÚP.

Pro účely diplomové práce se budeme věnovat příspěvku na péči pro osoby starší 18 let, v našem případě pro seniory.

Při určování stupně příspěvku na péči se hodnotí schopnost zvládnutí 10 základních životních potřeb, kterými jsou:

- a) *Mobilita* – do této oblasti životní potřeby se řadí samostatný sed, stoj, pohybování se v lůžku, schopnost chodit po rovině, po schodech, používat dopravní prostředky včetně bariérových, atd.
- b) *Orientace* – za zvládnutí této potřeby se považuje stav, kdy je osoba schopna rozeznávat zrakem, sluchem, orientovat se v osobě, místě i čase, orientovat se ve svém přirozeném prostředí i mimo něj.

- c) *Komunikace* – pro zvládnutí této potřeby, by měla být osoba schopná se dorozumět jak mluvenou řečí, tak písemně, porozumět obrazovým a zvukovým signálům a používat běžné komunikační prostředky.
- d) *Stravování* – za zvládnutí této oblasti se považuje stav, kdy je osoba schopna si sama naservírovat jídlo, nakrájet stravu, sama se najíst, dále sama si nalít nápoj a napít e, rozpoznat pocit žízně, dodržovat dietní režim.
- e) *Oblékání a obouvání* – do této oblasti řadíme schopnost volit oblečení dle počasí, samostatně se oblékat a obouvat, manipulovat s oblečením dle denního režimu.
- f) *Tělesná hygiena* – pro celkové zvládnutí této oblasti by měla osoba samostatně zvládat provádění celkové i denní hygieny, jako je česání, ústní hygiena, holení, měla by být schopná se samostatně osušit.
- g) *Výkon fyziologické potřeby* – do této oblasti patří samostatné použití WC, prování očisty a správné používání hygienických pomůcek.
- h) *Péče o zdraví* – aby se mohla považovat tato oblast za zvládnutou, musí být osoba schopna rozpoznat svůj zdravotní stav, dodržovat stanovený léčebný režim a opatření, samostatně používat předepsané léky a pomůcky.
- i) *Osobní aktivity* – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu e považuje stav, kdy je osoba schopna vykonávat aktivity přiměřené věku, stanovit si a dodržovat denní program, vstupovat do vztahu s jinými osobami.
- j) *Péče o domácnost* – pro zvládnutí této potřeby, by měla být osoba schopna samostatně nakládat s majetkem a financemi, manipulovat s předměty denní potřeby, uvařit si a naservírovat stravu, nakoupit si, udržovat pořádek, vykonávat běžné domácí práce (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Osoba starší 18 let se považuje závislou na pomoci jiné fyzické osoby v

I. stupni – pokud není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby

II. stupni – pokud není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb

III. stupni – pokud není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb

IV. stupni – pokud není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Stupeň závislosti v Kč/měsíc				
Věk	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Do 18 let	3 000,-	6 000,-	9 000,-	12 000,-
Nad 18 let	800,-	4 000,-	8 000,-	12 000,-

Tabulka č.1: Příspěvek na péči.³

Příspěvek na péči vyplácí Krajská pobočka ÚP podle místa trvalého a hlášeného pobytu pravidelně jednou měsíčně. Výplatu si příjemce může zvolit podle libosti buď převodem na platební účet, nebo v hotovosti prostřednictvím poštovní poukázky, a to přímo při vyplňování žádosti (Králová, Rážová, 2012). Příspěvek nejprve dochází osobě, o kterou je pečováno a následně tato osoba příspěvkem zaplatí poskytovanou péči pečujícím.

Kontrolu využívání příspěvku na péči provádí Krajská pobočka ÚP na základě zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Kontroluje se, zda je příspěvek využit k zajištění péče, ke které je určen, zda je pomoc poskytována osobou blízkou, asistentem sociální péče, poskytovatelem sociálních služeb, kde se kontroluje i uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, zda je pomoc poskytována osobou, která je uvedena v dokumentu Poskytovatel sociální péče a zda je tato osoba zdravotně způsobilá a v neposlední řadě pokud způsob poskytované pomoci odpovídá přiznanému stupni příspěvku na péči a je zaměřena na oblasti, které příjemce bez pomoci druhé osoby nezvládá sám vykonat.

³ Vlastní

3.4 Odborný léčebný ústav Paseka, příspěvková organizace

Odborný léčebný ústav (dále OLÚ) Paseka byla založen původně jako zemská plicní léčebna v roce 1915 císařským výnosem z roku 1902 na jihozápadním svahu Moravského Jeseníku. Původně bylo k dispozici 137 lůžek. V době druhé světové války byl využíván henleinovci. V sedmdesátých letech došlo k reprofilaci lůžek z plicních na lůžko pro dlouhodobě nemocné, což přispělo k navýšení ošetrovatelského personálu, provedení stavebních úprav a nákupu zdravotnické techniky. V roce 1992 se stal OLÚ Paseka samostatným právním subjektem díky transformaci zdravotnictví a zřizovatelem se stal Okresní úřad Olomouc. (OLÚ Paseka, 2010)

V současnosti se v OLÚ Paseka poskytuje péče na plicním oddělení, oddělení následné péče, oddělení dlouhodobé péče, rehabilitačním oddělení a oddělení sociální hospitalizace.

Sociální hospitalizace

Je pobytová sociální služba ve zdravotnickém zařízení podle § 52, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílem této služby je podpora soběstačnosti a kvality života uživatele, který již z důvodu věku a svého zdravotního stavu není schopen zajišťovat si své životní potřeby v přirozeném prostředí ani za pomoci blízkých či jiných dostupných služeb.

Sociální hospitalizace je určena osobám, které již nepotřebují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se nemohou vrátit domů. Tato služba slouží pouze na překlenovací dobu, než je uživatelům zajištěna pobytová sociální služba v zařízení sociálních služeb nebo je možné zajistit pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou.

V OLÚ Paseka, p. o. fungují sociální lůžka od roku 2007. Služba je určena pro osoby starší 18 let a pouze v případě poskytování ústavní zdravotní péče právě zde. Kapacita této služby je 16 lůžek.

Služba poskytuje tyto základní činnosti podle § 52:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Cíl

- 1) poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské, sociální a rehabilitační péče s důrazem na individuální přístup, lidskou důstojnost, vzájemný respekt, svobodnou vůli a rozhodnutí každého z uživatelů
- 2) zajistit podmínky pro důstojný a aktivní život
- 3) umožnit uživateli, dle jeho schopností, zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře

Cílová skupina

- Dospělé osoby ve věku 27 – 64 roků
- Mladší senioři ve věku 65 – 79 roků
- Starší senioři ve věku 80 a více roků

Úhrada služby

Úhrada za ubytování na sociálním lůžku v OLÚ Paseka, p. o. činí 110 Kč za den. Částka za celodenní stravu je 170 Kč denně. Denní částka je tedy 280 Kč za den. Měsíční náklady za ubytování a stravování činí při 30 dnech v měsíci 8 400 Kč. Úhrada je splatná k 15. dni následujícího měsíce.

Shrnutí

Třetí a zároveň poslední kapitola teoretické části diplomové práce se věnuje sociálním a zdravotním službám v ČR pro seniory. Představili jsme příspěvek na péči a ústavní zdravotnické zařízení OLÚ Paseka, p. o., který má zaregistrovanou sociální pobytovou službu podle § 52 zákona o sociálních službách.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

V teoretické části diplomové práce jsme se věnovali teoretickým poznatkům o stáří, vymezili jsme si demenci a charakterizovali jsme sociální a zdravotní služby pro seniory. V empirické části se budeme zabývat systémem péče o seniora s demencí v ústavní zdravotní péči a poukážeme na problémy, které při hospitalizaci seniora s demencí následně přicházejí.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem mé diplomové práce je prostřednictvím výzkumného šetření poukázat na problémy v systému péče o seniory s demencí po ukončení ústavní zdravotní péče na vybraném pracovišti, a to Odborném léčebném ústavu v Pasece. Dílčím cílem potom navržení doporučení k odstranění těchto problémů.

Stanovili jsme si tři výzkumné otázky:

1. Jak funguje systém péče o seniora s demencí v OLÚ Paseka, p. o.?
2. Jaké problémy se v systému často opakují?
3. Jakým způsobem by se dalo nalezeným problémům předejít?

4.2 Metoda výzkumu

Pro plánovaný výzkum jsme se rozhodli využít kvalitativního výzkumu, protože potřebujeme problematice lépe porozumět a získat detailnější informace, k čemuž by nám kvantitativní metody nemusely vyhovovat. Podle Chrásky (2007, s. 180) „Kvalitativní výzkum umožňuje hlubší poznání skutečnosti a jde spíše o charakteristiku jedinečnosti různorodých prvků, zatímco u kvantitativních výzkumů se postihují četnosti stejnorodých prvků“. Gavora (2010) vysvětluje kvalitativní výzkum jako podrobný popis případu, kdy hlavním cílem je porozumět člověku. Hendl (2008) kvalitativní výzkum považuje za pružný, jelikož výzkumník, který si na začátku výzkumu položí výzkumné otázky, je může v průběhu výzkumu měnit. Kvalitativnímu výzkumu bývá vyčítáno, že je pouze subjektivní a málo transparentní, ale má také svá pozitiva. Je možné proniknout do hloubky problematiky a navrhnout teorii sledovaného jevu.

Nejvhodnější metoda pro zjištění odpovědí na výzkumné otázky je kazuistika. Hendl (2008) popisuje kazuistiku jako metodu detailního studia jednoho nebo několika málo případů na základě spisové dokumentace o případu nám podává ucelenou zprávu. Obsahuje vznik potíží, průběh práce a postupy, které akceptují individuální osobnost jedince. Díky poznání jednoho případu bychom měli porozumět podobným případům. Cílem kazuistiky je objevit příčiny vzniku problému, najít možné způsoby řešení, najít vnitřní souvislost případů, atd.

Všechny ženy, o kterých byly kazuistiky napsány znám a pracovala jsem s nimi. Kazuistiky jsem zpracovala ze zdravotnické dokumentace a zdravotně sociálních záznamů sociálního pracovníka.

4.3 Výzkumný vzorek

Dle Chrásky (2007) je výzkumný vzorek určitá část prvků, které jsme vybrali ze základního souboru. Základní soubor představuje všechny zkoumané skupiny.

Pro náš výzkum jsme zvolili záměrný (účelový) výběr, který je dle Miovského (2006) nejrozšířenější v kvalitativním výzkumu, kdy cíleně vybíráme respondenty podle jejich určitých vlastností nebo podle požadovaného kritéria, které je žádoucí pro uskutečňovaný výzkum.

Cílovou skupinou výzkumu byly uživatelky pobytové sociální služby v OLÚ Paseka, p.o., u kterých byla diagnostikována demence. Pro náš výzkum bylo vybráno 6 uživatelek, u kterých je popsán systém péče od nástupu do léčebny po umístění do pobytové sociální služby.

4.4 Výsledky výzkumu

Kvůli zachování soukromí jsem pro účely této práce změnila jména uživatelek sociální hospitalizace v OLÚ Paseka, p. o. na základě zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

KAZUISTIKA Č. 1

Rok narození: 1944

Datum přijetí do OLÚ: 14. 7. 2014

Osobní anamnéza

Klientka má 70 let, je vdova a má dva syny. Je ve starobním důchodu. Dříve pracovala ve státním strojírenském podniku. Nevybaví si na jaké pozici. Dělala „...*prostě to, co se ostatním nechtělo dělat.*“ Je nekuřačka, alkohol nepije. Synové jsou zdraví.

Sociální anamnéza

Klientka před hospitalizací žila v rodinném domě v Olomouci. S manželem obývala spodní patro domu, v prvním patře žije jejich svobodný syn. Druhý syn žije s rodinou ve městě vzdáleném 100km a na pomoci v péči o stárnoucí rodiče se nemá možnost pravidelně podílet. Péči a dohled zajišťoval manžel klientky, který však v květnu 2014 náhle zemřel a se zajištěním péče nastal velký problém. Syn ve společné domácnosti pracuje ve 3 směnném provozu a péči o matku by nezvládl. Nevyžádal si pomoc pečovatelské služby a nepřipouštěl si vážnost diagnózy AD. Klientka si pádem přivodila úraz, který si vyžádal hospitalizaci ve Fakultní nemocnici (dále FN) Olomouc a následný překlad na doléčení do OLÚ v Pasece. Syn uživatelku pravidelně navštěvuje a bere si ji pravidelně domů na dovolenky.

Zdravotní anamnéza

Klientka trpí Alzheimerovou demencí. Schopna chůze bez pomůcek i na delší vzdálenosti, ale jen s doprovodem.

Potřeba stálého dohledu a dopomoci při běžných denních činnostech. Na oddělení spokojená, nebezpečí zhoršení zdravotního stavu je při změně prostředí, proto je důležitý dohled při aktivitách všedního dne.

Průběh hospitalizace

Klientka byla dne 14. 7. 2014 přijata na doléčení a pokračování rehabilitace po fraktuře humeru na oddělení následné péče v OLÚ Paseka, p. o. Z podnětu ošetřující lékařky jsem vyzvala syna k jednání ve věci zajištění další péče

o nemocnou. V posledním roce byla v naší léčebně už po druhé hospitalizována a nyní bylo zřejmé, že návrat domů může být problematický. Syn potvrdil, že nebude schopen péči o matku zajistit. Úmrtím jeho otce, který péči zajišťoval, se změnila situace. Syn byl informován o omezené době hospitalizace na zdravotním lůžku a byly mu nabídnuty možnosti pobytové sociální služby. S ohledem na psychiatrické vyšetření a závěrečné doporučení psychiatra jsem mu doporučila domovy pro seniory se zvláštním režimem. Žádost se podala do Domova seniorů v Radkově Lhotě a do Domova důchodců v Šumperku. Domovy dávají při přijetí žadatele přednost těm, kteří mají přiznaný příspěvek na péči. Tuto sociální dávku nemocná před hospitalizací nepobírala a neměla ani podanou žádost, přestože při předchozí hospitalizaci byla rodina na dávku upozorněna a byla jim vysána žádost, kterou však nepodali.

Na začátku září 2014 jsme nabídli synovi pro jeho matku pobytovou sociální službu v OLÚ na základě § 52 zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení slouží jako překlenovací doba před umístěním do domova pro seniory. Byla sepsána smlouva o poskytování pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Tímto krokem bylo možné s klientkou dále pracovat. Návrat do domácího prostředí nebyl možný z důvodu nedostatečné péče a dohledu nad klientkou.

Okamžitě se podala žádost na ÚP o přiznání příspěvku na péči. Po určitém váhání jsem přesvědčila syna o vhodnosti dát podnět okresnímu soudu k zahájení řízení o nesvéprávnost a stanovení opatrovníka. Podnět podaný OS v září 2014 nebyl dosud ukončen.

Na konci prosince 2014 klientka obdržela rozhodnutí o přiznání 1. stupně příspěvku na péči se zdůvodněním, že žadatelka potřebuje každodenní pomoc jen při 4 základních životních potřebách, a to orientaci, tělesné hygieně, péči o zdraví a péči o domácnost. S tímto rozhodnutím jsme jako poskytovatelé pomoci nemohli souhlasit, a proto po dohodě se synem bylo proti tomuto rozhodnutí podáno odvolání k Ministerstvu práce a sociálních věcí (dále MPSV). Dle našeho názoru nebyly správně zhodnoceny schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility, komunikace, stravování, oblékání a osobních aktivit. V odvolání se opíráme o psychiatrické vyšetření, ze kterého vyplývá, že klientka

trvá demencí u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem (F 00.1 dle MKN 10), z hlediska stupně demence se jedná o středně těžký stupeň.

Demence u Alzheimerovy choroby je u klientky spojena s příznakem poklesu paměti, který je na překážku denním činnostem, je narušena soběstačnost, uživatelka si nevybaví jména známých lidí ani podstatné informace o tom, kde se nachází a co nedávno dělala. Dále dochází k poklesu kognitivních schopností, což se projevuje úpadkem úsudku a myšlení. Klientka zvládne sebeobsluhu pouze s dohledem druhé osoby, kdy jí druhá osoba říká, co má dělat. Nevládne samostatné domácí a praktické dovednosti, nedokáže hospodařit s penězi.

V lednu 2015 byla podána po dohodě se synem klientky žádost o přijetí na oddělení se zvláštním režimem v Domově důchodců v Hrubé Vodě. Tento domov otevřel k 1. 1. 2015 toto oddělení pro 17 klientek.

Ani jeden domov, kde byla podána žádost o přijetí, naší klientce z důvodu nízkého stupně příspěvku na péči místo nenabídl, a proto trvá pobytová sociální služba v OLÚ.

Syn je pro naši klientku velkou oporou. Velmi často ji navštěvuje a dle svých možností si ji odváží na dovolenku na víkendy.

KAZUISTIKA Č. 2

Rok narození: 1928

Datum přijetí do OLÚ: 9. 12. 2013

Osobní anamnéza

Klientka má 86 let, je vdova, má jednu dceru. Je ve starobním důchodu. Pracovala jako švadlena. Je nekuřačka, alkohol nepije. Dcera zdravá.

Sociální anamnéza

Klientka žila sama v rodinném domě. Dcera se svým manželem za ní po práci denně docházeli a zajišťovali vše potřebné v péči o domácnost. Do poslední chvíle byla klientka schopna si i doma něco uvařit, někdy jí obědy donášeli. Situace se ale po úraze změnila a nyní není možné, aby byla klientka sama doma. Pečovatelská služba by byla nedostačující a dcera i manžel jsou zaměstnaní. Klientka si sama nevezme léky, nepřipraví si jídlo, neprovede hygienu, chůze je

schopna jen s chodítkem rollo na krátkou vzdálenost. Příspěvek na péči před hospitalizací nepobírala. Dcera jen podala žádost na ÚP, ale řízení bylo zastaveno z důvodu přijetí k ústavní zdravotní péči.

Zdravotní anamnéza

Klientka trpí smíšenou demencí (vaskulární, degenerativní), jde o syndrom středně těžké až těžké demence. Klientka chodí s nízkým chodítkem. Je úzkostná, ke všem činnostem potřebuje asistenci a dohled druhé osoby.

Psychiatr uvedl, že se uživatelka snaží spolupracovat, ochotně ale nesprávně odpovídá, nedokáže si vzpomenout na datum narození, věk přibližně tipuje, jaký je rok, měsíc či roční období si nevzpomene, na jméno prezidenta si nevzpomene, při sedmičkovém testu chybuje při prvním odečtu, abstrakta neodliší, přísloví nevysvětlí, popírá hlasy, nic divného nevidí. V MMSE má 12 bodů.

Průběh hospitalizace

Klientka byla přijata z Geriatrického oddělení FN Olomouc, kde byla hospitalizována z důvodu fraktury levého femuru. Do OLÚ Paseka nastoupila dne 9. 12. 2013. Měsíc po hospitalizaci na oddělení následné péče se dostavila dcera, která popsala situaci. Výsledkem jednání bylo vypsání žádosti do Domova pro seniory v Prostějově a na Července. Klientka byla na žádost rodiny zapsána do seznamu zájemců o přijetí na oddělení sociální hospitalizace v OLÚ. V průběhu hospitalizace na zdravotním lůžku klientka upadla, stav se zhoršil hlavně psychicky, občas mívá amenní stavy. Dle ošetřující lékařky je vhodnější zažádat přijetí do domova se zvláštním režimem. Po domluvě s rodinou byly vypsány žádosti do DZR Tovačov a CSS v Prostějově. Bez přiznaného příspěvku na péči se klientka pohybuje v domovech stále na konci pořadníku žadatelů o přijetí.

Po uplynutí tří měsíců na lůžku následné péče, byla klientce a její rodině nabídnuta pobytová sociální služba v OLÚ Paseka, protože zdravotní stav byl stabilizován a nebylo třeba hospitalizaci prodlužovat na ošetřovatelském oddělení zdravotní péče.

Dne 6. 3. 2014 byla klientka přeložena na oddělení sociální hospitalizace, kde jsem mohla navázat na podanou žádost o příspěvek na péči. Oznámením ÚP,

že poskytujeme pobytovou sociální službu dle § 52 zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, bylo zahájeno řízení. Z CSS Prostějov došel zamítavý dopis, kde odmítají poskytnout žadatelce sociální službu z důvodu Alzheimerovy demence, přesto, že mají oddělení se zvláštním režimem, na tuto chorobu se nezaměřují. Téměř po pěti měsících obdržela klientka rozhodnutí o přiznání 3. stupně příspěvku na péči. Kopie rozhodnutí byla odeslána Domovu v Tovačově k její žádosti o umístění. i přes přiznání 3. stupně je uživatelka v pořadníku až na 13. místě a později se posunula až na 24. místo v pořadníku. Proto jsme na začátku ledna 2015 využili možnosti podat žádost o umístění v Domově důchodců v Hrubé Voděna oddělení se zvláštním režimem. S umístěním v tomto domově jsme byli úspěšní. Do měsíce od otevření tohoto oddělení nabídli naší klientce místo. Tím mohla být pobytová sociální služba ve zdravotnickém zařízení ukončena. Nástup v domově se uskutečnil dne 16. 2. 2015. Uživatelka byla na oddělení sociální hospitalizace necelý rok.

I zde byla velmi dobrá spolupráce s rodinou klientky. Dcera s rodinou ji pravidelně po dobu hospitalizace v OLÚ pravidelně navštěvovala.

KAZUISTIKA Č. 3

Datum narození: 1927

Datum přijetí do OLÚ: 29. 5. 2013

Osobní anamnéza

Klientka má 87 let, je vdova, má jednoho syna. Je ve starobním důchodu. Pracovala jako dělnice. Je nekuřačka, alkohol nepije.

Sociální anamnéza

Klientka žila v rodinném domě s rodinou svého vnuka. S vlastním synem se již roky nestýká. Dle sdělení praktické lékařky je sociální zázemí slabé. Vnuk péči nezajišťoval. Klientka často bloudila po obci. Péče o stravování a hygienu nebyla dobrá. Pobírala 1. stupeň příspěvku na péči.

Zdravotní anamnéza

Klientka byla přijata pro přešetření plicního procesu. Bylo podezření na TBC, které se však neprokázalo. Trpí demencí Alzheimerova typu. Na oddělení

zcela dezorientovaná místem a časem, snaží se spolupracovat, ale je nutné stále opakovat, co má dělat. Ztíženě chodící na pokoji. V popředí těžké mnestické poruchy. Klientka je klidná, občas zmatená a bloudí po oddělení. V MMSE má 13 bodů.

Průběh hospitalizace

Klientka nastoupila do OLÚ Paseka 29. 5. 2013 z geriatrického oddělení FN Olomouc nejprve na plicní oddělení k doléčení bronchitidy a po 2 měsících byla přeložena na oddělení následné péče. Vnuk za klientkou nejezdil. Pouze telefonicky sdělil, že se o ni nemůže dále starat, je zaměstnaný a není schopen péči o babičku zajišťovat. Bylo mu jedno, kam se podá žádost o umístění. Zvolila jsem pro ni podání žádosti do Domova pro seniory v Sobotíně na oddělení se zvláštním režimem, kde se v tu chvíli jevílo umístění v co nejbližší době. Sociální lůžko v OLÚ nebylo možné nabídnout z důvodu plné kapacity. Po 3 měsících hospitalizace na lůžku následné péče byla klientka přeložena k pokračování hospitalizace na oddělení ošetrovatelské péče. Po měsíci se naskytla možnost nabídnout pobytovou sociální službu v OLÚ. Vnuk pro nezáměr řešit s námi další péči o jeho babičku byl o podmínkách sociální hospitalizace informován písemně. Smlouva o pobytové sociální službě byla podepsána v zástupu Městského úradu (dále MěÚ) Uničov z důvodu, že klientka nebyla schopna smlouvu přečíst a pochopit obsah smlouvy. V těchto případech nám zákon o sociálních službách umožňuje obrátit se na obec s rozšířenou působností podle sídla organizace, která péči zajišťuje. V našem případě je to sociální odbor MěÚ v Uničově.

Uživatelka nastoupila na sociální lůžko dne 23. 7. 2013. Uživatelce byl podán návrh na zvýšení stupně příspěvku na péči z důvodu zhoršení zdravotního stavu a vyšší závislosti na péči druhé osoby. Byla také podána žádost do Domova se zvláštním režimem v Bílsku. V průběhu celého pobytu v OLÚ vnuk uživatelku nenavštívil a po přeložení na sociální lůžko nebyl k zastížení ani telefonem. Po 4 měsících byl uživatelce přiznán 3. stupeň příspěvku na péči. V prosinci 2013 jsem využila nabízené nové služby a klientce jsem podala žádost do Domova se zvláštním režimem v Bílsku. Toto zařízení se pro klienty s demencí mělo otevřít od 1. 1. 2014. V únoru 2014 klientku DZR Bílsko vyzvalo k nástupu. Vnuk byl o možnosti nástupu informován dopisem, na který telefonicky reagoval

a souhlasil s umístěním, do DZR ji odvezl. 20. 2. 2014 uživatelka nastoupila do domova se zvláštním režimem. Hospitalizace na sociálním lůžku trvala 7 měsíců.

KAZUISTIKA Č. 4

Rok narození: 1927

Datum přijetí do OLÚ: 11. 3. 2013

Osobní anamnéza

Klientka má 87 let, je vdova, má jednoho syna. Je ve starobním důchodu. Nekouřila, alkohol patrně pila.

Sociální anamnéza

Klientka žila v nájemném bytě 3+1 se svým synem. Před hospitalizací byla údajně soběstačná, o domácnost se staral syn. Po úraze, kdy si zlomila žebra, přestala chodit a stala se imobilní pacientkou s potřebou plné ošetrovatelské péče na lůžku. Syn jen oznámil, že péči nezajistí a více se nestaral. Po měsíci hospitalizace už matku nenavštívil. Důchod klientky byl Českou správou sociálního zabezpečení (dále ČSSZ) doručován na účet, se kterým hospodařil syn. Syn byl nezaměstnaný, sám neměl žádný příjem a tak žil z důchodu své matky. Neplatil za hospitalizaci na zdravotním lůžku regulační poplatky. Později vyšlo najevo, že neplatil nájem z bytu a klientka dostala pro dluhy na nájemném výpověď z bytu. Neměla se kam vrátit.

Zdravotní anamnéza

Klientka má pokročilou demenci Alzheimerova typu s pozdním začátkem. Po pádu doma byla diagnostikovaná sériová fraktura žeber a dehydratace. Je potřeba komplexní ošetrovatelská péče na lůžku. Negativistická, odmítá spolupracovat, při hygieně a jakémkoli úkonu je vůči ošetřujícímu personálu fyzicky i verbálně agresivní. Schopna sedu na lůžku jen s oporou. Je dokrmována a je nutný dohled nad příjmem tekutin. Je apatická, pospává. V sakrální krajině vznik dekubitu II. stupně, nutné denní ošetřování, polohování. V lůžku má plyšovou hračku.

Průběh hospitalizace

Pro nezám syna jsem jednala ve věci další péče o klientku s její neteří, která ji v léčebně pravidelně navštěvovala. Neteř sdělila, že syn klientky má problém s alkoholem. Ve spolupráci s neteří byly vypsány a podány žádosti o umístění do třech domovů pro seniory. Pro zadlužování na úhradách za regulační poplatky jsem zajistila prostřednictvím ČSSZ v Praze ukončení dosílání důchodu na účet a obnovení výplaty důchodu prostřednictvím pošty. Tento krok byl učiněn i z důvodu, aby klientka měla v budoucnu možnost hradit pobytovou sociální službu.

Po skončení doby hospitalizace na lůžku následné péče byla klientka přeložena na ošetrovatelské oddělení k další terapii. Umístění do žádného ze tří domovů, kde byla podaná žádost, se nepodařilo, protože žadatelka nebyla příjemkyní příspěvku na péči. Dne 7. 8. 2013 byla klientka přeložena na oddělení sociální hospitalizace. Smlouva o poskytování sociální služby byla podepsaná v zástupu MěÚ v Uničově, z důvodu neschopnosti smlouvu přečíst, pochopit obsah smlouvy a podepsat se. Nástupem na sociální lůžko bylo požádáno o příspěvek na péči na ÚP.

Od srpna 2013 důchod klientky byl doručován do léčebny. Mohla nám hradit úhradu za poskytování sociální služby. Současně z jejího důchodu po dohodě s neteří byl splácen dluh na regulačních poplatcích, který byl ve výši 10200,-Kč. Dluh na nájemném činil kolem 30000,-Kč jsme už řešit nemohli. Z části důchodu byly klientce zajišťovány veškeré toaletní a hygienické potřeby a doplatky za léky.

Po třech měsících hospitalizace na sociálním lůžku obdržela uživatelka rozhodnutí z ÚP o přiznání 4. stupně příspěvku na péči. Pobytová sociální služba byla v OLÚ ukončena 20. 5. 2013, kdy byla klientka přeložena do Domova důchodců v Července. Tento domov ji přijal, přestože nemá odd. se zvláštním režimem. Sociální hospitalizace trvala 9 měsíců. O překladi do domova byla informována jen neteř klientky. Se synem nebylo možné navázat kontakt, stal se z něho člověk bez domova.

KAZUISTIKA Č. 5

Rok narození: 1931

Datum přijetí do OLÚ: 5. 12. 2013

Osobní anamnéza

Klientka má 83 let, je svobodná a děti nemá. Je ve starobním důchodu. Pracovala jako dělnice. Je nekuřačka, alkohol nepije. Matka zemřela v mladším věku a otec kolem 70 let. Má jednu mladší sestru.

Sociální anamnéza

Klientka žila sama ve starém domě, kde si topila v kamnech. Už před hospitalizací měla značné problémy s pohyblivostí, není schopna dodržovat hygienu. Pravidelně za ní dojížděly neteře. Po zlepšení stavu si ji vezme její sestra k sobě domů. Bylo by vhodné, aby byla na nějakou dobu přijata na sociální lůžko a zažádalo se o příspěvek na péči, který dosud nemá přiznaný.

Zdravotní anamnéza

Klientka trpí vaskulární demencí. Je schopna chůze za pomoci dvou francouzských holí na krátkou vzdálenost. Orientovaná místem a osobou, časem částečně. Trpí částečnou inkontinencí. Potřeba dohledu a péče téměř ve všech denních činnostech.

Dle vyšetření psychiatra klientka sdělí správně své jméno, datum narození i věk, ví, kde se nachází a co je za měsíc. Prezidenta nezná, v sedmičkovém testu zvládne pouze první odečet, abstrakta neodliší, přísloví nevysvětlí, v noci spává, jíst ji chutná, má dobrou náladu, popírá hlasy a vidiny, cítí se dobře. V MMSE má 13 bodů.

Průběh hospitalizace

Klientka byla přijata do OLÚ Paseka na lůžko následné péče na doporučení praktické lékařky pro zhoršení zdravotního stavu. Od neteře, která je v OLÚ zaměstnaná zjištěno, že po zlepšení zdravotního stavu si klientku vezme domů klientčina mladší sestra. Klientka zapsána do pořadníku zájemců o pobytovou sociální službu v OLÚ. o domovy pro seniory nemá klientka zájem.

Po uplynutí tří měsíční doby hospitalizace na lůžku následné péče bylo klientce nabídnuto sociální lůžko, na které nastoupila dne 27. 2. 2014. Bylo požádáno o příspěvek na péči. Po 3 měsících bylo rozhodnuto o přiznání 4. stupně příspěvku na péči. Dostavila se ale sestra uživatelky, která si ji měla vzít domů a sdělila, že péči o uživatelku nebude schopna zvládnout a žádá o vypsání žádosti do Domova pro seniory v Hodoníně, kde bydlí. Bude ji tak moci alespoň několikrát týdně navštěvovat. Žádost byla za souhlasu uživatelky podána. Po 3 měsících se v Domově se zvláštním režimem v Hodoníně uvolnilo místo a uživatelka byla dne 3. 9. 2014 přijata. Sociální hospitalizace trvala 6 měsíců.

KAZUISTIKA Č. 6

Rok narození: 1923

Datum přijetí do OLÚ: 27. 6. 2013

Osobní anamnéza

Klientka má 91 let, je vdova, má tři děti. Je ve starobním důchodu. Pracovala jako prodavačka. Je nekuřačka, alkohol nepije. Dcera zdravé.

Sociální anamnéza

Klientka žila sama v bytě 2+1 ve městě. Děti ji doma pravidelně navštěvovaly a pomáhaly s domácností. Klientka měla již vyřízený příspěvek na péči ve 2. stupni.

Zdravotní anamnéza

Klientka má diagnostikovanou vaskulární demenci. Orientovaná osobou, desorientovaná místem a časem. Nestabilní chůze, potřeba jedné berle, nezvládne schody, chůze pouze po rovném terénu.

Ve zprávě z psychiatrického vyšetření je uvedeno, že klientka během vyšetření měla až inkoherní slovní produkci, správně sdělila pouze své jméno a datum narození. Věk neví, rok a měsíc také ne. Nedovede nazvat místo, kde je, jak je tu dlouho, jméno prezidenta nesdělí žádné, při sedmičkovém testu hrubě chybí při prvním odečtu. Nevysvětlí přísloví, neodliší abstrakta. Během hovoru a myšlení stále odbíhá jinam.

Průběh hospitalizace

Klientka nastoupila na lůžko následné péče do OLÚ Paseka dne 27. 6. 2013 na žádost praktického lékaře pro zhoršení celkového zdravotního stavu v návaznosti na operaci prolapsu urethry. Tři týdny po příjmu klientky se telefonicky ozvala dcera, informuje o podání žádosti do Domova důchodců Hrubá Voda, Velká Bystřice, Olomouc, Tovačov, Dolní Sukolom, Centra sociálních služeb (dále CSS) Prostějov a domov důchodců Prostějov. Mají zájem o sociální lůžko v OLÚ, klientka zapsaná do pořadníku žadatelů. Při bližícím se konci hospitalizace zjišťována situace v domovech. V Domově důchodců Prostějov sdělili, že je na 10.místě v pořadníku žadatelů. V Dolní Sukolomi, Olomouci a Hrubé Vodě zjištěno, že žádost nemá podanou a v CSS Prostějov byla žádost převedena na oddělení se zvláštním režimem, je na předních místech, ale umístování žadatelů jde velmi pomalu, sociální pracovnice nemohla s určitostí říci, kdy k umístění dojde.

Dne 11. 9. 2013 byla klientka přeložena na ošetřovatelské oddělení. Ani v průběhu hospitalizace na ošetřovatelském oddělení se nedostala klientka na řadu v DD, proto bylo klientce nabídnuto sociální lůžko, kam dne 10. 12. 2013 nastoupila. Podal se návrh na zvýšení příspěvku na péči z důvodu zhoršující se demence a potřeby větší pomoci druhé osoby a dohledu. Po 4 měsících přišlo rozhodnutí o přiznání 3. stupně příspěvku na péči. Kopie byly odeslány do domovů. Uživatelce bylo nabídnuto místo v CSS Prostějov. Datum nástupu domluven na 23. 5. 2014. Sociální hospitalizace trvala 5 měsíců.

4.5 Interpretace výzkumného šetření

Pro lepší orientaci si zjištěná data rozdělíme podle kategorií pomocí otevřeného kódování. Strauss a Corbinová (1999, s. 43) definují otevřené kódování jako: „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“. Odstavcům přidělíme jména podle toho, co reprezentují.

Pobytová sociální služba v OLÚ Paseka, p. o.

Ve všech popsanych případech pomohla pobytová sociální služba ve zdravotnickém zařízení klientovi poskytnout potřebnou péči na přechodnou dobu před umístěním do domova pro seniory či domova se zvláštním režimem. Současně se vyřešilo přiznání příspěvku na péči, popř. zvýšení stupně příspěvku, který je jednou z důležitých podmínek pro přijetí v domovech.

Čtyři z šesti zkoumaných osob neměly při příchodu do zdravotnického zařízení přiznaný příspěvek na péči. Jedna měla PnP přiznaný v 1. stupni, druhá ve 2. stupni. Žádnou klientku se nepodařilo umístit se do domova pro seniory v průběhu hospitalizace na zdravotním lůžku. Za pobytu na sociálním lůžku se podařilo pěti uživatelkám vyřídit příspěvek na péči ve 3. nebo 4. Stupni. Tím získala jejich žádost větší bodové ohodnocení a posunuly se na přední místa pořadníku na umístění do domova.

Příspěvek na péči

Největší problém je právě v nevyřízeném nebo nízkém stupni příspěvku na péči. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem žádosti o poskytování služby bodují a příspěvek na péči představuje velký počet bodů. Čím vyšší příspěvek, tím více má žadatel bodů a je výše v pořadníku žadatelů. Seniorům se syndromem demence bývá většinou přiznán příspěvek ve 3. až 4. stupni. Tak vysoký stupeň příspěvku na péči se rodině ne vždy podaří v domácí péči vyřídit, protože nejsou schopni doložit potřebná lékařská vyšetření. Často rodina nemá možnosti vyřídit příspěvek na péči žádné informace a neví, na koho se mají obrátit. Dlouhé řízení ve věci přiznání příspěvku na péči je také odrazuje.

S příchodem do nemocnice a léčebných ústavů, kdy se jejich zdravotní stav zhoršil a senioři se již nemohou vrátit do svého přirozeného prostředí, je bohužel cesta vyřídit příspěvek na péči zavřená. V době probíhající ústavní péče se žádost o příspěvek sice podat může, ale řízení je zastaveno po dobu trvání hospitalizace. Řízení se obnoví propuštěním klienta domů, umístěním do pobytové sociální služby v ústavech sociálních služeb nebo poskytováním pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení.

Řešení situace

V případě, kdy se klient nemůže vrátit do domácího prostředí a na umístění do DS počkat doma, je jedinou možností hospitalizace na sociálním lůžku ve zdravotnickém zařízení podle § 52, zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, které slouží na překlenutí doby před umístěním seniora v domově. Na tomto typu lůžka lze příspěvek na péči vyřídit. Přiznáním příspěvku na péči, především ve 3. a 4. stupni, je daleko větší šance na jeho umístění.

4.6 Doporučení

Jakým způsobem by šlo předcházet problémům s umístěním seniorů s demencí do pobytových sociálních služeb? Důležité je, aby byli senioři a jejich rodiny o příspěvku na péči informováni. Informace by měli získat od praktického lékaře, který je se seniorem a jeho rodinou v kontaktu a pozná, kdy by měl senior na příspěvek nárok. Mnohdy je seniorům i jejich rodinným příslušníkům trapné si příspěvek na péči vyřídit, aby si okolí nemyslelo, že se o seniora starají kvůli penězům a potom si neuvědomí, že to může mít nepříznivý dopad na další péči o seniora.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách podmiňuje přiznání PnP dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. „*Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu **dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu** potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu; nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.*“ V praxi se však velice často stává, že senior je zcela soběstačný a po náhlém úraze se stane trvale a plně závislý na pomoci druhé osoby. V tomto případě mám osobní zkušenosti s tím, že lékařská posudková služba OSSZ nepřiznala příspěvek na péči osobě z důvodu, že nepříznivý zdravotní stav netrvá déle než rok přesto, že prognóza zdravotního stavu nepředpokládala zlepšení.

Z předešlého mi vyplývá následující doporučení pro MPSV, pro novelizování několika paragrafů zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Znění §7, odst.1) bych navrhovala následovně: Nárok na příspěvek má osoba uvedená v §4 odst. 1), **která z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, u kterého se dlouhodobě nepředpokládá zlepšení**, potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent

sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu; nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

Jak jsem již zmínila, další velký problém vidím v tom, že příspěvek na péči nejde vyřídit za pobytu seniora ve zdravotnickém zařízení. Odstavec 1) §14a, kde se píše, že *„Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, nejde-li o poskytování sociálních služeb podle § 52; to neplatí v případě, kdy je s oprávněnou osobou k hospitalizaci přijata podle jiného právního předpisu7c) jako průvodce fyzická osoba, která byla uvedena v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášena podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c) jako osoba poskytující pomoc...“* je v pořádku. Příspěvek se nevyplácí, pokud je osoba hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení celý měsíc. Péče o osobu je hrazena zdravotními pojišťovnami. Ale odstavec 1) bod b) §26, který zní: *„Krajská pobočka Úřadu práce přeruší řízení o příspěvku na dobu, po kterou je osobě poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, pokud nebylo do dne přijetí osoby k hospitalizaci provedeno sociální šetření,“* by nejvíce potřeboval změnu. Právě v této době potřebuje osoba příspěvek vyřídit, aby se následně mohla umístit do DS, jelikož propuštění do domácího prostředí ve většině případů nepřichází v úvahu. Sociální lůžka jsou také kapacitně omezena. V OLÚ Paseka je celkem 16 sociálních lůžek. Například za rok 2014 bylo zájemců o tuto sociální službu v OLÚ Paseka celkem 84, ale vyhovět jsme mohli pouze 29 zájemcům. Velkou část zájemců o pobytovou sociální službu ve zdravotnickém zařízení odkazujeme na Internu Zábřeh, s.r.o., kde mají kapacitu této služby pro 60 uživatelů. Jde o soukromé zařízení, kde je vysoká úhrada za pobyt a poskytovanou péči a většinou je nutná finanční spoluúčast rodiny. Klient, který má nízký příjem, nemá přiznaný příspěvek na péči minimálně ve 3. stupni a jeho rodina není schopna úhradu spolufinancovat, nemůže být do tohoto zařízení přijat. Navrhovala bych tedy úplné vynechání bodu b) ods.1), §26 a následné přidání nového odstavce 3) k §7, který by zněl následovně: Nárok na vyřízení příspěvku

má také osoba, které se poskytuje zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Příspěvek se přiznává pouze na dobu určitou, a to s platností 1 roku, s nutností přezkoumání zdravotního stavu po stanovené době v přirozeném prostředí. Původní odstavce 3) a 4) se mění na 4) a 5). Dále je nutné doplnit §21 ods.1) bod a), který původně zní: „*Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni podrobit se sociálnímu šetření*“ následovně: Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni podrobit se sociálnímu šetření. V případě hospitalizace žadatele ve zdravotnickém zařízení se sociální šetření provede v zařízení poskytující zdravotní péči.

4.7 Závěr výzkumného šetření

Na začátku výzkumného šetření jsme si stanovili 3 výzkumné otázky. Postupně budu na každou odpovídat.

1. Jak funguje systém péče o seniora s demencí v OLÚ Paseka, p. o.?

Klienti se do OLÚ Paseka přijímají na doléčení z nemocnic, velmi často z geriatrického oddělení, nebo na doporučení praktického lékaře. Přijímání jsou na lůžko následné péče. Zdravotními pojišťovnami je doporučována délka hospitalizace, 75 dnů u pojišťovny 205, 90 dnů u pojišťoven 111, 213, 211, 201 a 180 dnů u pojišťovny 207. Hospitalizaci lze prodloužit, pokud je prokazatelně indikována ze zdravotních důvodů. V tomto případě musí primář oddělení podat na zdravotní pojišťovnu žádost o prodloužení. Pojišťovny se tímto chtějí vyhnout hospitalizacím ze sociálního důvodu. Pokud to zdravotní stav dovoluje, je klient propuštěn do domácího prostředí. V případě nutnosti pokračovat ve zdravotní péči, je možnost překlada klienta na lůžko dlouhodobé péče. Na tomto oddělení je zdravotní a ošetrovatelská péče stejná jako na oddělení následné péče. Doba hospitalizace i na tomto typu lůžka je stejná, dle jednotlivých pojišťoven. Po uplynutí hospitalizace na lůžku dlouhodobé péče je klient propuštěn domů, nastupuje do pobytové sociální služby nebo nastupuje do pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení, kde čeká na umístění do DS nebo DZR.

2. Jaké problémy se v systému často vyskytují?

Pokud není možné, aby se klient po ukončení hospitalizace na lůžku následné péče nebo na lůžku dlouhodobé péče vrátil do domácího prostředí, kde by se o sebe dokázal postarat sám, za pomoci rodiny či pečovatelské služby, jediným řešením se stává umístění do DS či DZR. V této situaci se ovšem dostáváme k jádru problému, neboť pokud klient nemá PnP je umístění do DS velmi obtížné. Jeho vyřízení za hospitalizace je ovšem s ohledem na znění současného zákona v praxi nemožné. Řešením se nabízí pouze hospitalizace

klienta do pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení, na tzv. sociální lůžko, kde je možné PnP vyřídít.

3. Jakým způsobem by se dalo nalezeným problémům předejít?

V zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách, navrhuji změnu ve 3 paragrafech. Pro přehlednost níže uvádím již změněné paragrafy.

§ 7

1) Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, **kteřá z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, u kterého se dlouhodobě nepředpokládá zlepšení**, potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu^{7a}); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu^{7b}) poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

3) **Nárok na vyřízení příspěvku má také osoba, které se poskytuje zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Příspěvek se přizná pouze na dobu určitou, a to s platností 1 roku, s nutností přezkoumání zdravotního stavu po stanovené době v přirozeném prostředí.**

4) Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

5) o příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

§21

1) Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni

a) podrobit se sociálnímu šetření. **V případě hospitalizace žadatele ve zdravotnickém zařízení se sociální šetření provede v zařízení poskytující zdravotní péči.**

§26

Krajská pobočka Úřadu práce přeruší řízení o příspěvku na dobu, po kterou

a) okresní správa sociálního zabezpečení posuzuje stupeň závislosti osoby, nebo

b) ---

S těmito úpravami v zákoně by bylo možné předejít velkému počtu problémů v systému péče nejen o seniory s demencí, ale o všechny seniory.

ZÁVĚR

Název diplomové práce zní Senioři se syndromem demence a možnost jejich následné péče po ukončení hospitalizace v OLÚ Paseka, p. o.

Cílem této diplomové práce bylo poukázat na problémy v systému péče o seniory s demencí po ukončení ústavní zdravotní péče. Dílčími cíli teoretické části bylo charakterizovat pojem stáří a demence, seznámit se sociálními a zdravotními službami pro seniory a dílčím cílem praktické části bylo navržení doporučení k odstranění zjištěných problémů.

V teoretické části jsme vymezili témata, která jsme pokládali za důležitá k naplnění našeho cíle. Zabývali jsme se stářím, změnami ve stáří, potřebami seniorů a komunikaci s nimi. Dále jsme definovali demenci, její příznaky a druhy, komunikaci se seniory trpícími demencí a vhodnými terapiemi pro práci s touto skupinou. Vymezili jsme si také sociální a zdravotnické služby pro seniory a věnovali se příspěvku na péči.

V praktické části diplomové práce jsme uvedli šest případů seniorek, které zmíněným systémem prošly. Z uvedených kazuistik je možné poznat problémy a těžkosti při potřebě umístění do pobytových sociálních služeb. Jednalo se o seniorky, které využily pobytovou sociální službu v OLÚ Paseka, p. o.

Výzkumným šetřením byly cíle naplněny. Při plnění cílů jsem vycházela rovněž z vlastních zkušeností, které jsem za dobu své pracovní činnosti získala. Odhalili jsme mezery v zákoně o sociálních službách, které komplikují hladké projití systémem od nástupu do zdravotnického zařízení do umístění seniora v pobytových sociálních službách, pokud nemá přiznaný příspěvek na péči a nemůže se již vrátit do svého přirozeného prostředí. Na základě tohoto zjištění jsme navrhli úpravy stávajících paragrafů zákona tak, aby byly tyto problémy v praxi eliminovány. Pokud by navrhované změny byly v budoucnu přijaty, vyřešil by se problém mnoha seniorů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CSS	Centrum sociálních služeb
ČR	Česká Republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DS	Domov pro seniory
DSH	Diagnostic and statistic manual and mental disorders
DZR	Domov se zvláštním režimem
FN	Fakultní nemocnice
MěÚ	Městský úřad
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini mental state exam - test kognitivních funkcí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OLÚ	Odborný léčebný ústav
OSSZ	Okresní zpráva sociálního zabezpečení
PnP	Příspěvek na péči
p.o.	příspěvková organizace
ÚP	Úřad práce
WHO	World health organization

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

ČEVELA,R., KALVACH,Z., ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011.

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15 listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2008, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10*. Manuálek sociální gerontologie. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. Vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, I. a J. SUCHÁ. Reminiscenční terapie, *Praktický lékař*, 2003, č. 5. ISSN 0032-6739.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. Vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.

CHLOUBOVÁ, Helena. *Změny potřeb ve stáří* [online]. [cit. 2015-03-08].

Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JEDLIČKA, V., a kol. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

JIRÁK, HOLMEROVA, BORZOVA. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, **2006**, 160 s. ISBN 978-80-013-524-2.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ ,D., *Vývojová psychologie 2*, 2006, Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1284-9.

- LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Trion, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MACNICOL, J. *Age Discrimination*. New York: Cambridge University Press. 2005. ISBN 13-978-0-521-84777-3.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MASLOW, A. H. *Ku psychologii bytia*. Modra: Persona, 2000. ISBN 80-967-9804-9.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-368-0.
- MISCONIOVÁ, B., PRŮŠA, L., VOSTROVSKÁ, H. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-239-0959-2.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA, P.O. *Historie*. [online]. 2010 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://olupaseka.cz/cz/historie/>
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-281-8876-8.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007 ISBN 978-80-247-1490-5.

PICHAUD, C. *Soužití se staršími lidmi: praktická informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

PRŮŠA, I. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. 2013. ISBN 978-80-7416-120-9.

STRAUSS, A., CORBIN J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

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

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7.dopl.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 2004. ISBN 80-7013-324-4.

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

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

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obr.1: Maslowova hierarchie potřeb

Obr.2: ABC schéma

Tabulka 1: Příspěvek na péči

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 2: Test kognitivních funkcí – MMSE

Příloha č. 1: Barhelův test základních všedních činností - ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0


Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

Podle: Trachtová E., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, s.23

Příloha č. 2: Test kognitivních funkcí - MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? 1 - Které je roční období? 1 - Můžete mi říci dnešní datum? 1 - Který je den v týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? 1 - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1 	
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 1 - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky,přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	2
	1
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	