

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Zdeňka Hájková

II. ročník – kombinované studium navazující

Obor: Speciální pedagogika – andragogika

Kvalita života osob v seniorském věku s demencí

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2013

PALACKÝ UNIVERSITY IN OLOMOUC

Fakulty of Pedagogy
Department of Special Pedagogy

Authoress: Zdeňka Hájková
II. Year – Follow-up combined study

Field: Special Pedagogy – andragogy

**Life duality of elderly people suffering from dementia
Diploma Thesis**

Supervisor: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2013

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za vedení, trpělivost a cenné připomínky při vypracování této diplomové práce.

Prohlášení

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

V Olomouci.....

.....

podpis

Resumé

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a praktickou.

Teoretická část pojednává o fenoménu stáří a stárnutí. Důraz je kladen na kvalitu života během celého života. Další kapitoly teoretické části jsou věnovány poruchám kognitivních funkcí, zvláště pak demenci v seniorském věku. V závěru diplomové práce je věnována pozornost výživě seniorů, jejich poruchám, také správné komunikaci se seniory a zabývá se i pobytovým zařízením, ve kterém senioři tráví stáří.

V praktické části je vyhodnoceno dotazníkové šetření, které probíhalo v měsících březen-květen 2013 v domovech pro seniory.

Cílem práce bylo zjistit, zda senioři s demencí mají kvalitní život v pobytových zařízeních z pohledu pečující osoby a zda je péče o seniory s demencí náročnější, než u ostatních seniorů.

Summary

Diploma thesis is dividend into two parts – theoretical and practical.

Theoretical part drala with the fenomén of old age and aging process. The empasis is put on life duality dutiny all life. Following theoretical part chapters deal with mental disturbances and reduction of cognitive abilities especially dementi of elderly people. In conclusion of this diploma thesis attention is paid to a senior's nutrition and it's possible disturbance. Moreover, the importace of communication with elderly people and conditions of Libiny is highlighted.

I also present questionnare from research which took part in home for elderly people from March to May 2013. This research is evaluated in practikal part.

The objektive of this study was to investigate if senior people with dementi live duality life in elderly people's home from Dariny person point of view. Next point was to find out if the care of senior people with dementi require more attention and in comparison to other seniors.

Obsah

Úvod.....	9	
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
1	Fenomén stáří a stárnutí	11
2	Příprava na stáří a kvalita života	15
3	Senioři s poruchami kognitivních funkcí	19
4	Demence	22
4.1	Primárně degenerativní demence	25
4.1.1	Alzheimerova nemoc	25
4.1.2	Demence s Lewyho tělísky	29
4.1.3	Frontotemporální demence	30
4.2	Sekundární demence.....	31
4.2.1	Vaskulární demence	31
4.2.2	Demence při Creutzfeldt-Jakobově nemoci	32
4.2.3	Demence u Parkinsonovy choroby	33
4.2.4	Demence u Huntingtonovy choroby	33
4.3	Smíšené demence.....	34
5	Poruchy chování u seniorů	36
5.1	Behaviorální symptomy	37
5.2	Psychologické příznaky	39
5.3	Poruchy nálad	39
5.4	Poruchy spánku	40
6	Správná výživa seniorů	42
6.1	Malnutrice	44
7	Komunikace a potřeby seniorů	46
7.1	Zásady komunikace se seniory	47
7.2	Morální a etická stránka komunikace	48

7.3	Potřeby seniorů	49
8	Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních	50
8.1	Pobytová zařízení	50
II	PRAKTICKÁ ČÁST	52
9	Šetření	52
9.1	Cíle, metodologie	52
9.2	Popis šetření	52
9.3	Organizace šetření	53
9.4	Zpracování dat	53
10	Výsledky výzkumného šetření.....	54
10.1	Výsledky dotazníkového šetření	54
10.2	Charakteristika položek	65
10.3	Analýza šetření	65
10.4	Stanovení hypotéz	77
10.5	Zhodnocení cílů a hypotéz	77
10.6	Závěr šetření a případná opatření	79
	Závěr	81
	Seznam literatury	83
	Seznam použitých zkratk	85
	Seznam příloh	86

Úvod

V diplomové práci jsou popsány pojmy běžné stáří a stárnutí, na které by mělo být pohlíženo jako na přirozené období lidského života. V jednotlivých kapitolách je kladen důraz na kvalitu života, která celkově ovlivňuje proces stáří, dále také na jeho přípravu a dostatečnou informovanost budoucích seniorů. Dalším aspektem je zájem mladých lidí v produktivním věku o tuto problematiku.

Teoretická část je věnována seniorům, kteří trpí poruchou kognitivních funkcí. Této skupině seniorů je věnována převážná část diplomové práce, protože, ještě stále nedochází k dostatečné informovanosti, jak postupovat, když se náš blízký začne chovat poněkud jinak, než jsme byli zvyklí. Je zde uveden přehled nejznámějších typů demencí, hlavně té nejzávažnější, což je Alzheimerova nemoc.

V dalších kapitolách jsou uvedeny jevy, které jsou přímo spojené s onemocněním demencí, které se týkají poruch chování a nálad, psychiatrických příznaků Alzheimerovy nemoci a souvisejí s kvalitou života nejen nemocného, ale i celé rodiny. Dalším aspektem je správná výživa seniorů, která je nezbytnou součástí léčby u demencí, ale také by měla být součástí běžného života seniorů a dotvářet tak celkově kvalitní prožívání smysluplného života ve stáří.

Poslední kapitola teoretické části navazuje na část praktickou, která se věnuje seniorům v pobytových zařízeních z hlediska kvality péče o seniory z pohledu pečující osoby a obtížnosti spojené s péčí o seniory s demencí.

Praktická část je zaměřena na kvalitu péče o seniory s demencí a jako cíl byl stanoven:

- 1. cíl: Zjistit, zda senioři s demencí mají kvalitní život v pobytových zařízeních z pohledu pečující osoby.**
- 2. cíl: Zjistit, zda je péče o seniory s demencí náročnější, než u ostatních seniorů.**

Na každý cíl budou navazovat dvě hypotézy, které výzkum potvrdí nebo vyvrátí. Celá praktická část bude zaměřena na kvalitu života seniorů s demencí,

péče o ně v některém ze zařízení, ve kterém bude provedeno dotazníkové šetření. Na podkladě informací získaných z dotazníkového šetření bude vypracováno grafické znázornění výsledků a jejich následné vyhodnocení.

I Teoretická část

1 Fenomén stáří a stárnutí

Existuje celá řada definic, které se snaží nějakým způsobem definovat pojem stáří, stárnutí, avšak u každého člověka stáří začíná v jiném věku. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je rozdělení životní dráhy u člověka dle patnáctiletých věkových cyklů následující:

- 30-44 let *dospělost*
- 45-59 let *střední věk (nebo též zralý věk)*
- 60-74 let *senescence (počínající, časné stáří)*
- 75-89 let *kmetství (neboli senium, vlastní stáří)*
- 90 let a více *patriarchum (dlouhověkost)*

Členění stáří dle Mühlpachra (2004):

- 65-74 let *mladí senioři*
- 75-84 let *staří senioři*
- 85 let a více *velmi staří senioři*

Další definice stáří dle různých odborníků:

Haškovcová (1990, s. 9) *charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Klade důraz na to, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.*

Mühlpachr (2004, s. 39) *Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk*

si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně.

Kalvach (1997, s. 18) *Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí).*

Obecně je však stáří chápáno většinou negativně. Je to doba plná změn, kdy se člověk chystá odejít z práce, ve které trávil velké množství času, pro některé ročníky to byla práce jediná. V dnešní době, kdy je nejistota pracovní pozice, se nad tímto problémem vůbec nezamýšlíme. Představme si ale člověka, kterému je zhruba 60 let, pracoval ve stejném podniku celý život, zná všechny lidi kolem a je mu v práci dobře. Vybudoval si jisté postavení a plat mu zatím, pro potřeby života stačí. Jen odchod do zaslouženého důchodu by nebyl tak špatný, ale právě v této době mohou nastat další podstatné změny v životě. Je to především změna, která sebou nese určitou nejistotu zajištění potřeb domácnosti, denní rutiny a také pravidelné setkávání se s lidmi, se kterými bylo člověku dobře. Tyto změny nejsou nijak velké, přesto jsou podstatné pro každého z nás. Největší a nejbolestnější změnou je ztráta životního partnera, právě v období těchto změn nebo v období jistoty a řádného užívání starobního důchodu.

V tomto ohledu je proto velmi důležité, připravovat se na seniorský věk a odchod do důchodu již dříve, ne několik posledních let v zaměstnání. Je to celý komplex různých možností, jak strávit seniorský věk podle svých představ a také možností.

Kvalita života jednotlivých lidí se v průběhu života mění a jedná se pravděpodobně o subjektivní náhled na život. Rozhodující v tomto ohledu jsou nepochybně vrozená a genetická dispozice. Už při narození dostáváme soubor vlastností, které nemůžeme změnit, ale určitým způsobem je můžeme ovlivňovat. Rozhodujícími faktory, které můžeme ovlivnit je náš pohled na svět, na život. Je to tzv. pozitivizmus k životu, jako takovému a touto cestou si můžeme podstatně zjednodušit náš pohled na budoucnost. Je potřeba, abychom měli zájem o vše nové, měli své koníčky, uměli tolerovat a přijímat ostatní lidi.

Pokud se toto naučíme během života, dá se předpokládat, že v období stáří tohoto pozitivizmu využijeme v náš prospěch, i v situacích, které budou pro nás těžké.

V neposlední řadě jsou to také tělesné projevy stáří, které bývají spojeny s řadou nemocí, omezenou pohyblivostí a častou nadváhou. Seniorský věk bývá spojován s ubývající tělesnou výškou a přibývajícím tělesnou váhou. Je nesmírně důležité, abychom si během svého života osvojili zdravý životní styl, dostatek pohybu, abychom se naučili zdravě jíst a hlavně se vyhýbali tomu, co nám škodí. Toto jsou jen zlomky toho, co může proměnit naše stáří v období, které bude pro nás krásné, nebo alespoň přijatelné.

Strategie o zvládání vlastního stáří:

1. Konstruktivní strategie – *člověk se dokáže vyrovnat s omezením, které mu stáří přináší. Snaží se být aktivní, vytváří nové vztahy a stanovuje si přiměřené cíle. Je snášenlivý a tolerantní vůči druhým. Snadno navazuje kontakty, je optimistický a má smysl pro humor. Akceptuje svá omezení a je schopen se přizpůsobit změnám. Předpokladem je spokojené dětství a tvořivá dospělost.*

2. Strategie závislosti – *člověk je více pasivní spoléhá na pomoc druhých a nechce nic rozhodnout sám. Byl nebo stále je pod vlivem partnera a tato role mu vyhovuje. Má rád své soukromí, odpočinek, pohodlí a bezpečí. Sám neví, co je pro něj nejlepší, a nechá se velmi dobře ovlivnit např. svými dětmi. Toto může být destruktivní v případě, kdy děti mají názory v rozporu s potřebami seniora.*

3. Strategie obranná – *Člověk odmítá přijmout změny stáří. Dokazuje svou soběstačnost přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhých. Tento typ člověka byl zpravidla společensky velmi úspěšný a nerad přijímá myšlenku na odchod do důchodu. Příliš se emočně kontroluje, lpí na svých zvyklostech a nechce nic měnit. Bývá konfliktní a chce mít moc nad prostředím.*

4. Strategie hostility – člověk je nepřátelský vůči lidem a vůči všemu. Nic nikdy není dobře. Je obětí svého života, chce být litován. Hledá viníky za své životní prohry a obviňuje lidi kolem sebe. Je často agresivní, podezřivý, stále si na něco stěžuje a vyhledává konflikty. Nerozumí si s mladými lidmi, jako by jim záviděl jejich mládí.

5. Strategie sebenenávisti – tento typ člověka obrací svoji nenávist a zlobu proti sobě. Je kritický vůči vlastní osobě a častým tématem je smrt jako vysvobození. Ve svém životním příběhu mívá neuspokojivé vztahy s rodiči, manželem, na pracovišti. Trpí pocitem osamělosti. Život hodnotí kriticky a pohrdavě. Netouží nic dělat a o nic se snažit. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístupy, a tak nezbyvá než tyto postoje akceptovat. Klevetová, (2008, s. 28- 45), Mlýnková (2011, s. 17), Haškovcová, (1990, s. 114-116)

Střední délka života v české republice, Topinková, (2005, s. 4)

Střední délka života	Při narození	V 65 letech	V 80 letech
Ženy	78,7	17,1	7,5
muži	72,1	13,7	6,0

Demografické stárnutí populace v České republice v historickém vývoji a prognóze Topinková, (2005, s. 4)

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stáří	51,7 %	82,3 %	111,8 %	243,0 %	296,1 %

Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0-14 let.

2 Příprava na stáří a kvalita života

Stárnutí je ovlivněno řadou změn, které lze rozdělit na tělesné, psychické a sociální, ty dále rozhodují, jak bude stáří probíhat. Dle propojení jednotlivých aspektů sociálních, psychologických a také psychosociálních, můžeme odhadnout, jak bude stáří u jednotlivých seniorů probíhat, a také jak se se stárnutím konkrétní člověk vyrovná.

Biologické aspekty stárnutí jsou většinou spojeny ze změnou tělesných změn, které jsou ve stárnoucím těle seniora odlišné a probíhají různou rychlostí. V neposlední řadě je rychlost stárnutí ovlivněna řadou nemocí a užívání farmaceutických přípravků.

Objevuje se různý stupeň atrofie, která postihuje všechny orgány, včetně mozkové tkáně, kůže, svalů apod. V tomto věku je typická tzv. papírová kůže, která se vyznačuje snížením elasticity, byť jen malé poranění u seniorů může mít za následek velmi dlouhé hojení ran a dlouhodobou bolest. Kůže je v důsledku nižšího obsahu vody velmi suchá a tenká, vznikají také stařecké skvrny. Začínají ve vyšší míře padat a šedivět vlasy. Další úbytek elasticity je v oblasti kosterního svalstva. Snižuje se funkce endokrinních žláz, vzniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí. Dále se mění distribuce tekutin v těle, snižuje se obsah tekutin v buňkách a mění se složení vody v organismu. Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle. Postava je v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru snižena, je typická shrbením těla, která vychází ze svalové ochablosti. Jedna z nejčastějších nemocí v seniorském věku je osteoporóza, která vzniká nedostatečným zásobením vápníku v kostech, zvyšuje se riziko lámavosti kostí a snižuje se kvalita chrupu. Jarošová (2006, s. 22-24) Ke změnám dochází v centrálním i periferním nervovém systému, snižuje se funkce senzitivních nervů, vzniká porucha motoriky, která je typická zhoršením pohybových schopností, narušená je rovnováha a stabilita. K dalším velmi nepříjemným projevům stáří patří tzv. insomnie, což je porucha spánku, která se vyznačuje nedostatečnou kvalitou spánku, obtížným usínáním, častým buzením, mělkým spánkem a časným raným

buzením. *Vznikají změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, především ledvinami, vzniká izolovaná systolická hypertenze, klesá výkonnost levé srdeční komory, zanikají buňky převodního srdečního systému, degenerují srdeční chlopně, do chlopní se ukládá vápník, klesá srdeční výkonnost při zátěži. Nastávají změny v respiračním systému, snižuje se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu, což vede k inaktivitě dýchacího ústrojí, zvětšují se alveolární prostory, vzniká tzv. stařecký enfyzém. Ve vylučovacím systému zanikají ledvinové glomeruly a následně se snižuje glomerulární filtrace, výrazně se snižuje očišťovací a maximální koncentrační schopnost ledvin, klesá elasticita uretry, snižuje se kapacita močového měchýře, častá je inkontinence.* Jarošová, (2006, 22-24) K dalším změnám dochází v trávicím systému. Starší člověk může mít sníženou chuť k jídlu, změnou prochází vylučování trávicích enzymů a slin, což vede ke špatnému trávení potravy. Velmi časté je snížení peristaltiky střev, které vedou ke špatnému vyprazdňování. Snížená je i vstřebatelnost vitamínů a minerálních látek, což způsobuje náchylnost k různým nemocem, hlavně v období jara a podzimu. Obyčejné nachlazení nebo chřipka může mít pro seniora fatální následky. Nejpodstatnější změnou v kvalitě života seniorů je zhoršení všech smyslů. Zhoršuje se kvalita vidění, časté jsou výskyty glaukomu a katarakty (zelený a šedý zákal). Častá je nedoslýchavost, zhoršení chuti k jídlu. Vhodně zvolené kompenzační pomůcky mohou seniorům zkvalitnit jejich prožívání stáří, zlepšují spokojenost a vedou k usnadnění komunikace s okolím.

Psychologické aspekty stárnutí jsou především vnímány v rámci tělesných změn, které vždy nejsou pozitivní. Je to mnohdy nemohoucnost, pocit naprosté nesamostatnosti a závislosti na blízkých osobách. V tomto ohledu je potřeba podpora rodiny a znalost všech dostupných možností, které povedou k celkovému zkvalitnění života seniorů. Od pečujících osob v rodině nebo v domovech pro seniory je naprosto nezbytná trpělivost, uvědomovat si poslání pomáhajících profesí, nebo právě v rodině pochopení a úcta ke stáří. V dřívějších dobách bylo zcela automatické, že rodiče pečovali o své ratolesti, a když rodiče zestárli, děti tento úkol převzaly. V dnešní době už není úloha pečujících dětí o

staré a nemohoucí rodiče moderní. Také prodloužení doby odchodu do důchodu nenaznačuje žádnou změnu a podporu státu. Jarošová (2006, s. 24-28) uvádí tyto podstatné psychické změny: *Jsou to především změny v oblasti kognitivních funkcí, které jsou typické v častém zapomínání, zhoršené paměti, schopnosti koncentrace, fixování nových zážitků a informací, a také v pochopení nové moderní doby a porozumění novým poznatkům. Dalšími změnami je oblast citů, přesněji emoční nestabilita, časté jsou výkyvy nálad, změny požadavků. Někdy se můžeme setkat i se ztrátou citových prožitků. Tyto výkyvy nálad mohou být spojeny s poklesem zájmu seniora v různých oblastech života. Častá je i změna životních hodnot, ty se mohou lišit dle zázemí a bydliště seniora. Ve městech jsou větší možnosti zapojení do aktivního života člověka, na vesnicích to bývá především duchovní život, koníčky, jako je zahrádka, procházky a domácí mazlíčci. Ovšem v tomto ohledu je tvrzení zcela individuální, protože pohled seniora na změny v jeho životě mohou být zcela odlišné. Snížená schopnost adaptace na změny jsou pro seniora nové a velmi náročné. Je zde i tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu.* Jarošová (2006, s. 24-28)

Přehled mýtů o stáří

Mýtus falešných představ – *Spokojenost seniora je podmíněna dostatečným materiálním zabezpečením, obecně hmotným dostatkem.*

Mýtus zjednodušené demografie – *Za starého člověka je považován již ten, kdo právě přestal pracovat a odešel do penze.*

Mýtus homogenity – *Senioři vypadají všichni stejně a ztratili svou osobní identitu.*

Mýtus neužitečného času – *Starší lidé nepracují, nejsou pro společnost přínosem, ale naopak přítěží, jsou tedy neužiteční.*

Mýtus ignorace – *Starší lidé jsou neužiteční, nemají žádnou hodnotu, cenu, jsou ekonomickou zátěží pro společnost. Nejsou pro ostatní partnerem k diskusi, není podstatný ani jejich názor.*

Mýtus o arterioskleróze – *Všichni staří lidé jsou sklerotičtí, nic si nepamatují.*
Haškovcová, (2002, s. 27-28)

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty jsou funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta

- plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, finanční zajištění apod.
- plánované vyplnění volného času a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora

Dalšími sociálními aspekty je odchod do důchodu, z toho plynoucí omezení sociálních vztahů. Podstatná je i změna ekonomické situace, limitující výše financí. Zhoršená možnost kontaktů s přáteli či spolupracovníky nebo úmrtí partnera může dlouhodobě způsobit sociální osamělost až izolaci. Dalšími sociálními aspekty jsou strach z osamělosti, fyzická závislost z různých důvodů, ať už nemoci či omezení, nevyhovující změna životního stylu (dieta, jiný způsob života, který může být ovlivněn právě probíhající nemocí), strach ze stáří a samoty, nové bydlení, na které si senior nemůže zvyknout, nemá v novém bydlení na co vzpomínat, už tam nevidí svého partnera ani své věci a v neposlední řadě také okolní vliv *ageizmu*.

Termín *ageismus* byl převzat z anglického slova age – tzn. věk nebo stáří. Význam tohoto slova je chápán jako předsudky a negativní představy o seniorech, či stárnutí. *Průkopníkem termínu ageismu byl americký psychiatr Robert Butler, první ředitel National Institute on Ageing v USA, který v roce 1969 začal poukazovat na věkovou diskriminaci. „Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako rasismus a sexismus vztahující se k barvě pleti a pohlaví“.* Tošnerová (2002, s. 6) *Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a to jim brání, aby se se staršími identifikovali jako s lidskými bytostmi.* Vidovičová, (2008, s. 111)

3 Senioři s poruchami kognitivních funkcí

Existují různé identifikace, jak rozpoznat, zda jde o člověka s příznaky kognitivního poškození. Včasné rozpoznání demence však není zcela snadné. Normální stárnutí se u člověka projevuje fyziologickými změnami v kognitivních funkcích, je také zcela v normě, když člověk zapomíná a má drobné poruchy paměti. Jak tedy rozpoznat, že jde o patologické stárnutí?

Existují tři cesty, jak úspěšně identifikovat nemocného s příznaky kognitivního poškození:

- pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí a myšlením,
- rodina či přátelé nemocného upozorní lékaře na problémy, kterých si, všímají, aniž by je na ně spontánně upozornil pacient,
- lékař či zdravotnický personál při běžném vyšetření provádí jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu.

Včasné rozpoznání demence spočívá v hlavně ve všímavosti lidí, se kterými se senior nejvíce setkává. Je to právě rodina, která v mnoha případech odhalí, že s jejich blízkým člověkem není něco v pořádku. Přesto diagnóza není z počátku jasná a někdy je rozpoznání nemoci dost složité i pro odborníky, natož pro rodinu. Můžeme se setkat i s možností, kdy nemocný své odlišné chování maskuje, aby si toho nejbližší nevšimli. Další z mnoha chyb, které jsou velmi časté u poruch kognitivních funkcí je, že blízké okolí nepřisuzuje závažné kognitivní poruchy nemoci, nevyhodnotí je jako porucha a přisoudí je probíhajícímu stáří.

Vyšetření nemocného s kognitivní poruchou

Existuje několik zásad, které bychom měli dodržovat při vyšetření pacienta s poruchou kognitivních funkcí, snažit se nic neopomnět, snažíme se zajistit objektivitu, tedy nevyšetřujeme jen pacienta, ale i jeho okolí.

- *Objektivní anamnéza – od samotného pacienta, příbuzných nebo pečující osoby*
- *Pokusit se zjistit začátek příznaků, rychlost probíhající nemoci, symptomy nemoci v chování, jednání*
- *Dále je vhodné provést jednoduché testování stavu kognitivních funkcí (Test hodin, MMSE – Mini Mental State Examination)*
- *Další vyšetření spočívá ve fyzikálním (další patologické neurologické příznaky) a psychologickém vyšetření (hloubka a závažnost postižení kognitivních funkcí a intelektu)*
- *Zjišťujeme další symptomy demence, jiné, než kognitivní, většinou z aktivit běžného dne pacienta*
- *Další vyšetření je laboratorní a instrumentální (biochemická vyšetření, vyšetření hladiny hormonů štítné žlázy, hladina B12, EKG, CT mozku, EEG, PET a další vyšetření dle příznaků). Pidrman, (2007, s. 21-22)*

Při stanovení diagnózy demence bychom měli postupovat následovně:

Prvním krokem je vyhledání základních symptomů a jejich popis, následovat by mělo hodnocení symptomů, jehož výsledkem je stanovení základních syndromů demence a závěrečným krokem je stanovení vlastní diagnózy.

Klinické hodnocení kognitivního deficitu

<i>Symptomy</i>	<i>Ztráta paměti Obtíže s vyjadřováním Potíže s řešením úkolů Deprese/úzkost Psychotické příznaky</i>
<i>Syndromy</i>	<i>Amnézie (izolovaná ztráta paměti) Delirium (fluktuace zmatenosti, agitace, výkyvy den/noc) Demence (progresivní, komplexní kognitivní deficity)</i>
<i>Nemoci</i>	<i>Alzheimerova nemoc Vaskulární nemoc</i>

	<p><i>Demence s Lewyho tělísky</i></p> <p><i>Fronto-temporální degenerace</i></p> <p><i>Mnohočetné vzácné demence</i></p>
--	---

(Pidrman, 2007, s.23)

Dle přítomnosti kognitivní poruchy, je demence rozdělena do třech stupňů:

I. Lehká demence – je typická pro mírnou poruchu orientace, mohou se dostavit poruchy řeči, omezený obzor sociálních aktivit a typické jsou změny nálad a chování.

II. Středně těžká demence – těžká porucha orientace v čase i místě, těžké poruchy řeči, špatná chůze a možná inkontinence.

III. Těžká demence – symptomy jako u druhého stádia, ale jsou těžší, pacient není schopen fungovat bez dohledu druhé osoby.

Rozdělení do stupňů, dle průběhu demence:

I. Počínající a mírná demence – je typická v poruchách paměti a v chování pacienta.

II. Středně pokročilá – projevuje se značnou poruchou v soběstačnosti, vyžaduje dohled druhé osoby.

III. Pokročilá demence – vyžaduje 24 hodinovou péči, pomoc i v těch nejzákladnějších činnostech. Holmerová I., (2007), Topinková E., (2005)

4 Demence

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Pidrman, (2007, s. 9) Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Celkové zhoršení je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

Stanovení diagnózy

1. Na základě klinického obrazu – psychiatrického

2. Psychologického vyšetření

Při vyšetření se dále používají zobrazovací technika – CT (počítačová tomografie), MR (magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie), SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie). CT a MR mohou odhalovat atrofické změny, které jsou třeba ještě v počátcích. Další metody PET a CPECT mohou zjistit funkční změny.

Obecná kritéria demence:

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti.
- Dále alespoň jeden z faktorů:
 - *narušení abstraktního myšlení,*
 - *narušení soudnosti,*
 - *narušení ostatních kognitivních funkcí,*
 - *změny osobnosti.*
- Tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí.
- Nejde současně o poruchu vědomí.

Pidrman, (2007, s. 9)

Demence dle DSM – IV:

Mnohočetný kognitivní deficit včetně postižení paměti a minimálně jedno z dalších postižení.

- *Afázie – progresivní deteriorace kognitivních jazykových funkcí.*

- *Apraxie – neschopnost provádět účelné pohyby.*
- *Agnózie – selhání rozpoznávacích funkcí.*
- *Narušení exekutivních funkcí – ztráta schopnosti správně rozpoznat a adekvátně hodnotit situaci.*

Kognitivní deficit natolik závažný, že interferuje se zaměstnáním nebo sociálními funkcemi, prohlubující se kognitivní deficit v porovnání s předcházejícím stavem, tyto poruchy nejsou součástí deliria. DSM – IV, Pidrman, (2007, s. 36)

Demence dle MKN-10:

Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek. Jirák R., Koukolík F., (2004, s. 19).

Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického a didaktického rozdělit do tří základních skupin:

- *C – cognition = narušení kognitivních funkcí*
- *A – activities of daily life = narušení aktivit denního života*
- *B – behavior = poruchy chování*

Z těchto tří skupin jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Pro demenci je základním a charakteristickým rysem úbytek kognitivních funkcí, a to především paměti a intelektu. Demence však zahrnuje i další symptomy:

- *Poruchy intelektu*
- *Poruchy paměti*
- *Poruchy orientace*

- *Poruchy abstraktního myšlení*
- *Poruchy chápání*
- *Poruchy pozornosti a motivace*
- *Poruchy korových funkcí*
- *Poruchy emotivity*
- *Poruchy chování*
- *Ztráta soběstačnosti*
- *Poruchy osobnosti*
- *Mohou se objevit psychotické příznaky*

Demence je tvořena třemi základními skupinami symptomů:

1. *Narušení kognitivních funkcí*
2. *Narušení aktivit denního života*
3. *BPSD – poruchy chování* Pidrman, (2077, s. 9-10)

▪ V roce 1999 skupina odborníků definovala BPSD takto: *Jde o řadu patologických symptomů: poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování, které se často objevují u pacientů trpících demencí.*

Dělení demencí

4.1 Primárně degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence)
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

4.2 Sekundární

- Vaskulární demence
- Metabolické demence
- Toxické demence

- Demence při Parkinsonově chorobě
- Demence při Huntingtonově chorobě
- Traumatické demence
- Demence při normotenzním hydrocefalu
- Demence při nádorech CNS
- Demence při infekcích

4.3 Smíšené demence

- Smíšená Alzheimerova/vaskulární
- Smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- Ostatní smíšené

Sekundární demence, které jsou zde uváděny, jsou skupinou, na jejichž vzniku se podílí řada příčin, které jsou v souvislosti s traumaty, infekcemi, při poruchách respiračního systému apod. Nespádají tedy do cílové skupiny této diplomové práce, jsou zmíněny jen okrajově.

Největší díl demencí tvoří demence atroficko-degenerativní, je jich asi 60%. Nejčastější z nich je demence u Alzheimerovy nemoci. Demence vaskulární nepředstavují více než 20%, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence jsou zastoupeny 10%. Smíšené formy představují podle různých zdrojů 10-15%. Primární atroficko-degenerativní demence tvoří nadpoloviční většinu. Pidrman, (2007, s. 16)

4.1 Primárně degenerativní demence

4.1.1 Alzheimerova nemoc

Termín demence poprvé použil Thomas Willis v 17. století. Roku 1907 pak případ publikoval v časopise Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Informace byla otištěna ve 3. čísle Neurologisches Centralblatt v roce 1887. Další

publikování bylo v *Journal of Mental Science* 35, str. 261- 262, v roce 1889 a v roce 1898 *Jahrbücher für Psychiatrie* 17, str. 208-216 publikované E. Redlichem.

Emil Redlich se narodil roku 1866 v Brně a zemřel roku 1930 ve Vídni. V roce 1892 podal Redlich další zmínky o demenci objevením tzv. senilních plaků v mozkové kůře, které byly dalšími z prvních poznatků o této nemoci.

V roce 1906 přednesl profesor Alois Alzheimer na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu další popis onemocnění jako neobvyklou poruchu cerebrálního kortexu. Zde byl také poprvé veřejnosti představen případ pacientky Augusty D., která trpěla příznaky demence. Žena ve věku 51 let byla přijata v roce 1901 na kliniku ve Frankfurtu a jevila známky halucinací, s chorobnou žárlivostí. U ženy byla diagnostikována těžká demence, která byla v té době známá. Po úmrtí zmíněné ženy nachází A. Alzheimer při pitvě viditelné senilní plaky v mozkové kůře. Alzheimerův vlastní objev jsou neuronální klubka v mozku, tzv. Alzheimerovy změny neurofibril. Profesor Alzheimer považuje tento případ za atypickou demenci, která je charakteristická časným začátkem oproti senilní demenci. Tento případ Augusty D. se později stal nozologickou jednotkou pojmenovanou po přednášejícím.

V tehdejší době byla tato nemoc spíše vzácností, objevovala se jen výjimečně. Po dalších studiích této nemoci bylo prokázáno, že není po histologické stránce rozdíl mezi presenilní Alzheimerovou chorobou a senilní demencí.

V roce 1976 neurolog Robert Katzmann po mnoha teoriích sloučil název presenilní demence Alzheimerova typu a senilní demenci pod název Demence Alzheimerova typu (DAT). Jiráček R., Koukolík F., (1998) a vesmir200704.indb.

Diagnostika Alzheimerovy choroby dle MKN – 10

Vývoj kognitivního deficitu se projevuje postižením v obou níže uvedených bodech:

1. postižení paměti – postižena je schopnost učit se novým informacím nebo ve vybavování předchozích, dříve naučených informací.

2. jeden nebo více znaků:

- *Afázie – progresivní deteriorace kognitivních jazykových funkcí.*
- *Apraxie – neschopnost provádět účelné pohyby.*
- *Agnózie – selhání rozpoznávacích funkcí.*
- *Narušení hodnotících – exekutivních funkcí – ztráta schopnosti*

správně rozpoznat a adekvátně hodnotit situaci. Kognitivní deficit je natolik závažný, že interferuje se zaměstnáním nebo sociálními funkcemi, prohlubující se kognitivní deficit v porovnání s předcházejícím stavem. Pidrman, (2007, s. 36)

Alzheimerova nemoc je ve většině případů typická tím, že přichází pomalu, plíživě a nenápadně. Mnohdy si ani sám nemocný plně neuvědomuje, co bude následovat a jaké problémy tato nemoc způsobuje nejen jemu samotnému, ale celému okolí, zvláště pak rodině. Prvními příznaky bývají změny v osobnosti, chování a návycích. Nemocný ztrácí aktivitu, může se izolovat. Častá je změna v oblasti sexuality, může dojít ke ztrátě zájmů nebo naopak hyperaktivita či nepřiměřené projevy sexuality. Již v raném začátku nemoci se pacient špatně orientuje ve známém prostředí, bývá narušena logika a úsudek. Paměť bývá narušena zejména krátkodobá, ovšem porucha vstřípivosti je postižena nejvíce. Dlouhodobá paměť bývá relativně dlouho zachována. Myšlení nemocného se stává chudým, ztrácí schopnost syntézy, analýzy, logických úvah. Významně bývá snížena slovní zásoba, objevují se poruchy afázie, agnózie, apraxie. Řeč je většinou chudá a stereotypní, objevuje se stereotypní opakování jednoho slova nebo ulpívání na jednom tématu, nebo jedné myšlence, k čemuž se nemocný opětovně vrací. V emocích dochází k podstatným změnám, mohou se objevovat známky deprese, jindy se může jednat o euforii. Osobnost nemocného se mění poměrně brzy na začátku nemoci, dochází zde k egocentrismu, egoismu, sobeckosti, podezíravosti a nemocní o sebe přestávají pečovat. Nemocný nemá motivaci k dalším činnostem, projevuje se nezájem o dřívější oblíbené aktivity.

NINCDS – ADRDA kritéria pro klinickou diagnózu AN

Možná Alzheimerova nemoc (AN)

Kritéria pro klinickou diagnózu možné AN:

- *Atypický začátek, přítomnost nebo klinický průběh demence při nepřítomnosti jiných neurologických, psychiatrických nebo systémových příčin.*
- *Přítomnost sekundárních systémových nebo mozkových poruch dostačujících k tomu, aby produkovaly demenci, ale nepovažují se za příčinu demence.*
- *Jednotlivý, postupně progredující kognitivní deficit při nepřítomnosti jiných identifikovatelných příčin.*

Pravděpodobná Alzheimerova choroba

Kritéria pro klinickou diagnózu pravděpodobné AN:

- *Demence určena klinickým vyšetřením, dokumentována testováním mentálního stavu a potvrzena neuropsychologickými testy.*
- *Deficit ve dvou nebo více oblastech kognice.*
- *Progresivní zhoršení paměti a ostatních kognitivních funkcí.*
- *Bez poruchy vědomí.*
- *Nástup mezi 40. až 90. rokem.*
- *Absence systémového nebo jiného mozkového postižení, které by mohlo zapříčinit demenci.*

Diagnóza pravděpodobné AN je podpořena:

- *Progresivní deterioraci specifických kognitivních funkcí jazykových, motorických schopností a vnímání.*
- *Narušení denních aktivit a změněné vzorce chování.*
- *Rodinná anamnéza podobného onemocnění, zejména potvrzena neuropatologicky.*
- *Laboratorní výsledky:*
 - *Normální nález z lumbální punkce hodnocen standardní technikou,*
 - *Normální nebo nespecifické EEG, jako je zvýšená aktivita pomalých vln,*
 - *Evidence progresivní cerebrální atrofie na CT po opakovaném sledování.*

Známky konzistentní s diagnózou pravděpodobné AN:

- *Spojené příznaky deprese, insomnie, inkontinence, bludy, iluze, halucinace, špatné verbální projevy, emoční nebo fyzické vyhoření, sexuální poruchy, ztráta hmotnosti.*
- *Jiné neurologické abnormality, zvláště u pokročilejších onemocnění, zahrnující motorické příznaky jako zvýšení svalových tonů, poruchy chůze.*
- *Záchvaty u pokročilého onemocnění.*
- *CT normální vzhledem k věku.*

Znaky, které činí diagnózu pravděpodobné AN nepravděpodobnou:

- *Náhlý začátek.*
- *Ložiskový neurologický nález.*
- *Záchvaty nebo poruchy chůze v průběhu onemocnění.*

Definitivní AN

Kritéria pro diagnózu definitivní AN:

- *Klinická kritéria pro pravděpodobnou AN.*
- *Histopatologická evidence získaná z biopsie nebo autopsie.*

Výskyt choroby a dělení AN

Ve věku nad 65 let trpí asi 5% populace demencí, její četnost se zvyšuje.

Faktory rizika pro rozvoj AN

Věk nemocného nad 65 let

4.1.2 Demence s Lewyho tělísky

- *Demence s Lewyho tělísky bývá odborníky označována jako demence pozdního věku, její počátek bývá kolem 75-80 let. Tato demence bývá na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci, má společné příznaky obou nemocí, ale*

také své specifické příznaky. *Tato demence je typická výskytem zrakových halucinací, bludů a parkinsonským syndromem.*

- Pozitivní rodinná anamnéza
- Nižší vzdělání
- Opakované úrazy hlavy
- *Presenilní – s časným začátkem, vzniká před 65. rokem*
- *Senilní – s pozdním začátkem, vzniká u lidí nad 65 let*
- *Familiární – vzniká na podkladě genetických vlivů, většinou je diagnostikována u blízkých příbuzných, tato forma nemoci je vzácná.*
- *Sporadická – bez familiárního výskytu, tato forma je častá*

Pidrman, (2007, s. 54-55), Jiráček a kol, (1998)

Strukturovaný čtyřstupňový přístup k DLT (Ian McKeith):

1. krok – správná diagnóza

2. krok – identifikace příznaků

- *Kognitivní – pozornost, zmatenost, apatie, poruchy pozornosti*
- *Motorické – rigidita, tremor (třes)*
- *Psychiatrické – halucinace, bludy, agitovanost, deprese, poruchy spánku*
- *Autonomní – inkontinence, synkopy*

3. krok – vhodné nefarmakologické intervence

- *Edukační*
- *Behaviorální*

4. krok – farmakologická léčba (www.psychiatriepropraxi.cz)

4.1.3 Frontotemporální demence

Frontotemporální demence začínají časně v rozmezí 45-65 let. Jsou řazeny mezi primární degenerativní demence a jedná se o postižení frontálních a temporálních laloků. Fronto – temporální je označení umístění na snímcích mozku, tj. vpředu a po stranách. Je to úbytek mozkové kůry, která vede k rychlé

progresi zhoršení kognitivních funkcí a pro pacienty to znamená kratší doba života, než u ostatních demenci.

Nejznámější je Pickova nemoc dle neuropsychiatra Arnolda Picka, který publikoval výsledky výzkumů specifické formy demence, která postihuje frontotemporální oblast mozku. Pidrman, (2007,s. 55)

Diagnostická kritéria pro frontotemporální demenci

Poruchy chování	<i>Pozvolný počátek a pomalá progresse Časná ztráta sociálního povědomí Časné známky dezinhibice (ztráta sebekontroly) Mentální rigidita Stereotypní chování</i>
Afektivní příznaky	<i>Deprese/úzkost Tělesná senzitivita Emoční oploštění</i>
Poruchy řeči	<i>Redukce řeči/stereotypní řeč Echolálie (bezprostřední, okamžité)/perseverace (ulpívání)</i>
Tělesné známky	<i>Časné simplexní reflexy a inkontinence Pozdní akineze (strnulost, nepohyblivost), rigidita, tremor</i>

Pidrman (2007, s. 55)

4.2 Sekundární demence

4.2.1 Vaskulární demence

Vaskulární demence tvoří 10-20% všech demenci a jsou řazeny hned na druhé místo za Alzheimerovou nemocí. Jedná se o kognitivní poruchu v důsledku

poškození mozku různým typem cévní patologie a je druhou nejčastější příčinou demence. Je způsobena tzv. infarktem mozku, v průběhu cévního onemocnění. Odumírání mozkové tkáně je zapříčiněno zneprůchodněním cév v mozku nebo protržením cévy mozku následkem vysokého krevního tlaku. Pidrman, (2007,s. 51) Četnost těchto demencí roste s věkem, vyšší výskyt udávají statistiky u mužů než u žen.

Vaskulární demence dělení:

- *S akutním začátkem – rychlý rozvoj nemoci během 1-3 měsíců*
- *Multiinfarktová demence – po prodělání několika cévních příhod*
- *Subkortikální vaskulární demence – v bílé hmotě hemisfér mozku*
- *Smíšená kortikální a subkortikální demence ([http://:psychiatrie.cz](http://psychiatrie.cz))*

U vaskulárních demencí jsou kognitivní funkce rozděleny nerovnoměrně, postižení je např. u paměti, ale myšlení je jen zhoršené.

Je pravděpodobné, že vaskulární demence budou u pacientů přibývat , vzhledem k prodlužujícím se lidskému věku. Těmito demencemi se především zabývají disciplíny z oblasti interní medicíny, psychiatrie, neurologie a geriatrie.

4.2.2 Demence při Creutzfeldt-Jakobově nemoci

Creutzfeldt-Jakobova nemoc se vyskytuje mezi 40.-60. rokem. Je to velmi závažné onemocnění s velmi špatnou prognózou. Od prvních příznaků nemoci se pacienti dožívají 8-12 měsíců. Tato nemoc je velmi vzácná, ve statistikách je uváděna jako jeden až dva případy na jeden milion osob. Počáteční projevy nemoci nejsou nějak výjimečné, objevuje se únava, poruchy spánku a příjmu potravy, dále se jedná o poruchy soustředění. Už během několika týdnů od začátku nemoci dochází k znatelnému rozvoji demence. Diagnóza je založena na přítomnosti demence a neurologických příznaků. Vyšetření se dělá pomocí EEG,

postupně se zařazují i jiná vyšetření, ale výsledky z nich nemusejí být specifické.

Jiráček a kol., (1998 a 2004), Pidrman, (2007, s. 57)

4.2.3 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je onemocnění centrální nervové soustavy, které souvisí s úbytkem nervových buněk v mozku, které produkují dopamin, což je transmitter, který zajišťuje přenos signálů mezi neurony. (wikipedia.org.cz)

U Parkinsonovy choroby jsou velmi časté poruchy hybnosti až ztuhlosti celého těla, které bývají doprovázeny různými záškuby a jinými mimovolnými pohyby, které pacient nemůže ovládat. Později se u nemoci projevují psychické potíže, které přecházejí v deprese, častý je třes a poruchy v komunikaci. Toto onemocnění velmi ztěžuje kvalitu života nejen samotného pacienta, ale celé rodiny a blízkého okolí. *Demencí trpí minimálně 20% nemocných.* Pidrman, (2007, s. 56)

4.2.4 Demence u Huntingtonovy choroby

Huntingtonova choroba se objevuje okolo 40. roku věku, ale příznaky se mohou objevovat různě, během celého života. Mezi příznaky můžeme zahrnout nejrozšířenější poruchu motoriky, změny osobnosti, progredující demenci a smrt. Pro Huntingtonovu chorobu je charakteristická selektivní ztráta neuronů a bazálních ganglií, která se podílí na koordinaci pohybů. Nemoc se projevuje mimovolnými rychlými pohyby, které postihují různé části těla a zasažen je i mozek. Většinou se objevují deprese, psychózy a progresivní demence. Prognóza života u Huntingtonovy choroby je 10-30 let. (wikiskripta.eu) *U choroby je velmi častá deprese, která může být první známkou nemoci.* Pidrman, (2007, s. 56)

4.3 Smíšené demence

Alzheimerova/vaskulární,

Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence

Ostatní smíšené

U smíšených demencí je nejdůležitější provádět správnou diferenciální diagnostiku demencí: *u potencionálně reverzibilních demencí můžeme poskytnout i náležitou kauzální léčbu, která je odlišná od ireverzibilních stavů, a tím vyléčíme či výrazně zlepšíme stav nemocného.* Pidrman (2007, s. 32).

Ireverzibilní demence:

<i>Degenerativní nemoci</i>	<i>Alzheimerova nemoc Frontotemporální demence Huntingtonova choroba Parkinsonova choroba Choroba s Lewyho tělisky</i>
<i>Vaskulární demence</i>	<i>Multiinfarktová demence Biswangerova nemoc Artritida Stav způsobený zástavou srdce, selháním srdce nebo intoxikací kyslíčnickem uhelnatým</i>
<i>Traumatická demence</i>	<i>Kraniocerebrální poranění</i>
<i>Infekce</i>	<i>Creutfeldtova-Jakobova nemoc Postencefalitická demence</i>

Základní klinické rozdíly mezi Alzheimerovou nemocí a vaskulární demencí:

<i>Demence u Alzheimerovy nemoci</i>	<i>Vaskulární demence</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Přítomna demence</i>▪ <i>Globální a progredientní</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Přítomna demence</i>▪ <i>Stupňovitě</i>

<p><i>průběh deteriorace</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nepřítomnost jiných specifických příčin demence</i> 	<p><i>probíhající, fluktuující, ostrůvková demence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Přítomny patologické neurologické symptomy</i> ▪ <i>Možný instrumentální průkaz cerebrovaskulárního onemocnění</i>
---	---

Základní morfologické rozdílnosti demence u Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence:

<i>Vaskulární demence</i>	<i>Demence u Alzheimerovy nemoci</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mnohočetné infarkty a léze, zvláště v bílé hmotě a bazálních gangliích</i> <p><i>Atrofie</i></p> <p><u>Další nálezy svědčící pro postižení:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Kardiovaskulárního systému nebo cévního systému CNS</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Korová atrofie, atrofie mediálního Temporálního laloku</i> <p><u>Typické postižení šedé hmoty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Úbytek neuronů a synaptických spojení</i> ▪ <i>Extracelulární senilní plaky</i> ▪ <i>Granulovakuolární degenerace</i> ▪ <i>Spongioza, astrocytóza</i>

Pidrman (2007, s. 32, 70-71)

5 Poruchy chování u seniorů

Poruchy chování u seniorů BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) jsou velmi závažnou a zároveň průvodní komplikací demence. Pidrman, (2007, s. 79) Vzhledem ke stárnutí pacientů jsou ale někdy tyto poruchy chování připisovány jen obyčejnému stárnutí. Často tak dochází k pozdní diagnostice a pacient přichází již s rozvinutou demencí, která mohla být dávno léčena. Stárnutí by mělo být vždy hodnoceno kompletně, většinou rodinou nebo blízkými, pečujícími osobami. Není tedy dobré, připisovat velmi výrazné změny v chování, emocích či jiných projevech jen běžnému stárnutí. Člověk se v tomto věku nijak zvlášť nemění, patrně je to hlavně v oblíbených činnostech a v chování. Tyto činnosti by měly být zachovány, může se měnit jen způsob jejich užívání, který vychází ze zhoršené motoriky, poruchy zraku či jiných projevů klasického stárnutí.

Poruchy chování mohou signalizovat chorobnou změnu, kterou je potřeba včas diagnostikovat a správným způsobem léčit. Neléčená porucha chování vážně ohrožuje zdraví pacienta, vede většinou k izolaci, ztrátě přátel, dochází k celkovému zhoršení kvality života nejen pro samotného pacienta, ale hlavně pro okolí, rodinu nebo pečující osobu.

Najednou máme doma cizí osobu, která nás podezřívá, která je na nás zlá, nedocení naši ochotu, postupně odcházející lásku a také obětavost. Z pohledu rodiny dochází k rozčarování a naprostému vyčerpání. Pocity viny, časté otázky co se děje s maminkou, otcem či manželem? Jsou to vůbec oni? Kdo zapříčinil takovou změnu?

Zde je velmi důležité navštívit odborníka, hledat pomoc a správnou léčbu. Bylo by ovšem dobré, pokud by se rodina také sama zajímala o informace, které jsou dostupné na internetu, v odborné literatuře nebo přímo podávána ústně od odborníků. Pokud nejsou informace správně pochopeny, nevíme, co dělat a koho máme vlastně doma.

První setkání nemocného s lékařem bývá většinou na popud rodiny, která si všímá změn v chování, které nejsou typické pro jejich blízké. Jako poruchu

chování můžeme označit každou změnu v jednání nemocného, která je neobvyklá, nepřiměřená dané situaci a společensky nevhodná. *Statistiky uvádí, že takovou poruchou trpí asi 10% osob nad 65 let.* Ovšem podle výskytu nemoci můžeme mluvit o postupném snižování věkové hranice a častějším výskytům tohoto velmi závažného onemocnění.

Poruchy dle projevů a příznaků:

5.1 Behaviorální symptomy

❖ **Bloudění** – *se objevuje u středně těžké až těžké formy onemocnění.* Jde o velmi nebezpečnou formu útěků z domova, kterých si nemocní nejsou vědomi. Časté je noční bloudění, ale může se objevit i přes den. Pacient má pocit, že má být někde jinde, že ho někdo volá, nebo musí něco neodkladného zařídit. *Často se spojují i vzpomínky z dětství, není neobvyklé, že se seniori vrací do dětských let. Není tedy nijak vzácné, že chtějí ráno vstávat do školy, večer si nachystat sešity či ořezat pastelky v pouzdru.* Tato forma symptomů je velmi nebezpečná, protože rodina vlastně vůbec neví, kam mohl pacient jít. Velmi často se stává, že senior vyjde z domu jen v domácím oblečení, či pyžamu, nebo bačkorách. Pokud je to frekventované místo, je velká pravděpodobnost, že si ho někdo všimne. Pokud je to vesnice, kde není zde takový pohyb lidí, někteří o nemocném třeba ani neví, tak je tato situace hodně těžká. *Bloudění se může vyskytovat u změn, které se vymykají běžnému stereotypu, na které byl senior zvyklý.* Může to být změna prostředí - hospitalizace, jiné návštěvy příbuzných, nově vymalovaný pokoj, či neznámé oblečení. *S blouděním velmi významně souvisí i porucha paměti, kdy si pacient vůbec neuvědomuje, proč se nachází v nějakém zařízení, proč za ním chodí cizí lidé a chtějí s ním mluvit.* Právě blouděním chce pacient tuto situaci vyřešit. Dalším spouštěčem je nekvalitní spánek a špatné využití volného času. *Vhodná fyzická zátěž během dne pacienta utlumí natolik, že v noci může usnout a odpočinout si.* Tyto situace v pozdějších stádiích nemoci nevyřešíme sami, a proto je vhodné obrátit se na specializované pracoviště, kde

mají vybavení, které slouží nepřetržitě 24 hodin denně a ohlídá naše blízké a nabídne jim kompletní péči.

❖ **Agitovanost a agresivita** – je spojen s kognitivním zhoršením a s uplatněním dalších vlivů.

- *Verbální agresivita bez fyzické agresivity bývá častěji u žen. Riziko výskytu zvažuje špatný tělesný stav, chronická bolest nebo špatné sociální vztahy.*
- *Fyzická a verbální agresivita se vyskytuje u pacientů s demencí, kteří mají špatné sociální zázemí a převládá u mužů.*
- *Agitovanost i agresivita – nejprve se objevuje agresivita slovní, která bývá zaměřená vůči blízkým osobám, příbuzenstvu a pečujícím osobám. Slovní agresivitu odborníci udávají jako dvakrát častější než agresivitu fyzickou. Agitovanost a agresivity je asi u 20% jedinců s BPSD, kteří jsou v domácí péči, u hospitalizovaných je to až 50% jedinců.*

Rizikové faktory, které vedou k rozvoji agresivního chování dle Pidrmana:

- *Mužské pohlaví*
- *Závažnější postižení intelektu*
- *Rozvoj bludného myšlení*
- *Narušení soběstačnosti*

Agitované či agresivní chování může být projevem úzkosti pacienta, může se jednat o obrannou reakci v situaci, kterou si pacient není schopen vysvětlit.

Zásady, které jsou vhodné použít jako prevenci tohoto negativního chování:

- *Vyhnout se stresu, stresujícím situacím a výkonům*
- *Udržovat stereotyp v denních činnostech*
- *Při agresi zachováme klid, nenecháme se vyprovokovat*
- *Vyhneme se přímému očnímu kontaktu*
- *Neodporujeme, nedáváme nesplnitelné sliby*
- *Nestavíme se do přímé konfrontace*
- *Nekritizujeme chyby a nedostatky pacienta*
- *U rozvoje agresivity použijeme tarmaky, v ojedinělých případech i fyzické omezení Pidrman, (2007, s. 81-82)*

5.2 Psychologické (psychiatrické) příznaky

Bludy – statistiky uvádějí výskyt mezi 10%-75%, u nemocných s BPSD jsou nejznámější tři okruhy bludů:

Pacienti jsou přesvědčeni, že jsou okrádáni svými nejbližšími, nebo ošetřujícím personálem. Vysvětlení může být z ohledem na poruchu myšlení, kdy si pacienti prostě nepamatují, kde věci nechali.

Dalším z okruhů je podezřívání příbuzných či pečovatelů, že pacienta chtějí fyzicky zlikvidovat. Jde v tomto ohledu o komplexní psychopatologický fenomén, kdy jde o paranoidní myšlení.

Poslední z vyjmenovaných jsou bludy z oblasti sexuální, *kdy je pacient přesvědčen, že ho partner podvádí, podezírá blízké i personál z nejrůznějších sexuálních praktik, které mají provozovat mezi sebou i se samotným pacientem.*

Halucinace – se vyskytují u 10% až 50% případů, zrakové halucinace má přibližně 30% pacientů s demencí. U demence s Lewyho tělísky je udáván výskyt až u 70% případů. Pidrman, (2007, s. 83)

5.3 Poruchy nálad

Poruchy nálad jsou zřejmé u všech typů demence, u 50% nemocných jsou již v raném stádiu nemoci. Jedná se především o deprese, úzkosti, fobie, a různé specifické nálady. Je rovněž velmi důležité rozdělovat, zda se jedná o depresi či poruchy nálad u demencí. Někdy je to velmi obtížné odlišit. Dalším symptomem je psychomotorická inhibice, která rovněž může vypovídat jak o poruchách nálad, tak se vyskytuje u depresí. Další symptomy, které jsou typické pro poruchy nálad i deprese jsou: apatie, zhoršená paměť, poruchy koncentrace, narušení spánku, pokles motivace, sociální stažení, úzkost, poruchy zraku, poruchy v sexuálních aktivitách, změny hmotnosti a omezení řady zájmů.

Pidrman, (2007, s. 84)

5.4 Poruchy spánku

Poruchy spánku u seniorů, neboli *insomnie*, jsou typickými příznaky pro *BPSD*. Je to úbytek i délka kvalitního spánku u seniorů, která se demonstruje především spánkem ve dne a bděním v noci. *Postihuje více než 30% pacientů a patří k velmi závažným a nebezpečným poruchám. K nejčastějším poruchám insomnie patří snížená fyzická a psychická aktivita, ztráta výkonnosti i kvality života. Příčiny insomnie:*

- *Somatické*
- *Psychogenní*
- *Vyplývající z prostředí*
- *Farmakogenní*

Velkým problémem u pacientů s poruchami spánku je změna cirkadiálního rytmu, který vede k narušení spánku v noci a k pospávání ve dne. Pacient je v noci odpočatý, neví, kolik je hodin, může proto fungovat opačně, jako ve dne. Z toho pak plynou situace, které nejsou bezpečné pro pacienty, ani pro okolí. Jako příklad můžeme uvést noční přípravy jídel, žehlení prádla, pečení moučníků. Nic z těchto činností pacienti nezvládnou dokončit, ale mohou způsobit velké nepříjemnosti a také nehody. Další nerovnováhou pacientů je nedostatek světla. Tento nedostatek způsobuje narušení biorytmu, které vede u pacientů k špatnému vyplavování hormonů, zvláště pak melatoninu, který je nejdůležitější z hlediska reakcí na světlo. Nedostatek světla u seniorů můžeme rozlišit na vnější, což je způsobeno nedostatečným osvětlením v místnostech, kde pacient tráví většinu času. Zde bychom měli zajistit dostatečné světelné podmínky, které jsou třeba i silnější, než jsme běžně zvyklí. Na druhé straně jsou nedostatečné vnitřní světelné podmínky, které mohou bránit nezbytné světelné synchronizaci, které se projevují degenerativními změnami na sítnici. Takto změněná sítnice poskytuje nedostatečné stimuly optickému nervu, což bývá u demencí velmi časté. V praxi jsou identifikovány symptomy, které lze považovat za počínající patologii:

Tendence uléhat do postele dříve, než byl jedinec doposud zvyklý.

Prodloužení doby strávené v lůžku, než jedinec usne.

Buzení v noci daleko častěji, než bylo doposud zvykem.

Typické ranní buzení a ranní vstávání.

Řada denních mikrosnávků, resp. tendence uléhat během dne.

K nejčastějším poruchám spánku přispívá nedostatečná fyzická aktivita během dne, pospávání během dne a také různé příčiny, které vedou k neklidnému a nekvalitnímu spánku. *Patří k nim převážně bolest, kašel, noční pomočování, ale také obava z dalších průvodních jevů nemoci.* V neposlední řadě také může být nespavost způsobena podáváním farmak či různých stimulačních látek (čaj, káva, nikotin, alkohol) v nevhodnou dobu. (Holmerová, 2007, Höschl a kol., 1999, Hrdlička a kol., 1999, Pidrman, 2007, s. 85, Venglářová, 2007, Zgola, 2003)

6 Správná výživa seniorů

Správná výživa osob v seniorském věku je nezbytnou součástí léčby demencí. V tomto věku je velké riziko nedostatečného stravování z důvodů špatných návyků, nedostatečného chrupu, onemocnění sliznic nesprávnou péčí o ústní dutinu a spousta dalších vlivů, které znesnadňují celkovou výživu u seniorů. V seniorském věku je velmi obtížné, aby bylo jídlo požitkem, dobře vypadalo a měli na něho senioři chuť. Důvody poruch výživy u seniorů mohou být různé, přesto existují opakující se faktory, které snižují kvalitu požitku z jídla. Hlavním důvodem, který je problémem u řady seniorů je cena a dostupnost potravin. V dnešní době je nepřehledné množství jídla, které si můžeme v obchodních řetězcích zakoupit po celý rok. Co ale senior, který má sníženou schopnost mobility, má špatný zrak a do obchodu to má daleko? Pokud je dobře finančně zabezpečený a má spolupracující rodinu, nemusí řešit spousta otázek, které se týkají již zmíněných problémů. Finance jsou mnohdy rozhodující pro seniora, nekoupit si některé potraviny, na které byl zvyklý. Přetrvává také domněnka, kdy si senioři myslí, že v tomto věku již nepotřebují mnoho jídla a stačí jim mléko a pečivo. Na jedné straně je to určitě skromnost u některých seniorů, ale na druhé straně neinformovanost seniora a také jeho blízké osoby. V tomto věku není důležitá kvantita, tedy co se týká objemu zkonsumovaného jídla, ale kvalitní a čerstvé potraviny. Jídlo připravujeme jen z čerstvých potravin, mělo by být rozmanité, pestré a dobře tepelně zpracované s ohledem na nedostatečný chrup. To je další problém, který způsobuje nedostatečné zásobení živinami. Mnohdy nedostatečná a zanedbávaná ústní dutina může přinášet bolest a nesnášenlivost jakéhokoliv jídla u seniorů. Proto i v tomto věku dbáme na správné hygienické návyky a pravidelnou stomatologickou péči. Dalším z rozhodujících činitelů je přemíra farmak, které mohou ovlivňovat chuť k jídlu, měnit chuť v ústech, nebo naopak způsobovat nechutenství. Je třeba, aby odborníci sledovali, kolik má pacient ve stravě kalorií a kolik jich vydá. *U léčby demence, zvláště pak u Alzheimerovy nemoci je typický úbytek svalové hmoty a následné hubnutí. Na počátku může naopak*

*pacient zvýšit tělesnou hmotnost, ale v pokročilých stádiích demence bývá typické hubnutí. Potřeba energie ve stáří klesá o 200kJ na 10 let od 50. roku života. Je to ovšem individuální u každého pacienta. Úbytkem váhy, tudíž i úbytek svalové hmoty může způsobit zhoršení pohyblivosti, riziko pádů a také snížení bazálního metabolismu. Snižuje se tvorba bílkovin, což vede ke špatnému hojení ran, nedostatečnou imunitou a k otokům, hlavně dolních končetin. U správné výživy seniorů proto dbáme na vyvážený poměr základních živin a dostatečné zásobení vitamínů a minerálních látek. Vyhýbáme se přípravám tučných a sladkých jídel, málo solíme a kořeníme. Dbáme na dostatečný přísun vhodných tekutin, volíme správnou dobu podávání tekutin a vhodné rozvržení denních dávek jídla. Do jídelníčku zařazujeme dostatečné množství ovoce a zeleniny, abychom předcházeli vzniku *obstipace (zácpy)*, která je způsobena nevyváženou a hlavně nevhodnou skladbou jídelníčku. V důsledku sníženého příjmu potravin může dojít k nedostatečnému zásobení vitamínů a minerálních látek, tomu můžeme předejít prostřednictvím pestré stravy, nebo užíváním potravních doplňků. Uvádím zde několik nejdůležitějších vitamínů a minerálních látek, které by ve stravě seniorů neměly chybět a měly by se vyskytovat pravidelně v dostatečném množství.*

Vitamín C – nachází se hlavně v ovoci a zelenině. Tuto stravu většinou senioři vynechávají, pro nedostatečný, často bolavý chrup. Ovoce a zeleninu můžeme zařazujeme v jiné, mechanicky upravené podobě. Doporučená denní dávka vitamínu C je 500mg, působí jako antioxidant a je důležitý pro celkovou obranyschopnost.

Vitamín D – vzniká především působením slunečního záření. Větší nedostatek je v zimních měsících, ale může chybět i v létě, protože většina seniorů nechodí ven, pokud sluníčko svítí a je zvýšení teplota. Vitamín D se uvolňuje i ve stínu, je proto velmi důležitý pobyt venku, jak v létě, tak i v zimních měsících.

Kyselina listová a vitamín B12 – jsou nezbytné pro správnou krve tvorbu. Běžně dostupné z listové zeleniny, která by měla být vhodně tepelně upravená, aby se neztrácely cenné živiny. Zde se uplatňuje vaření v páře.

Vápník – je nezbytný pro správnou stavbu kostí a zubů. Jeho doporučená denní dávka je 1000mg. Nedostatek vápníku vede ke kostním onemocněním, hlavně osteoporóze. Ovšem dostatečný přísun vápníku v pozdním věku ještě nezaručuje, že se tohoto onemocnění vyhneme. V seniorském věku bývá problém s trávením laktózy, proto se doporučují hlavně zakysané mléčné výrobky než sladká mléka.

Železo – uplatňuje se při krve tvorbě, při tvorbě hemoglobinu. Dostatečné pokrytí ve stravě zaručuje maso, vnitřnosti, luštěniny, celozrnné pečivo a některé druhy ovoce.

Draslík – nachází se především ve svalech a v potravinách ho najdeme například ovoci, zelenině, mléku, luštěninách a ořechách. Hladina draslíku ovlivňuje činnost srdečního svalu. (Pidrman, 2007, s. 155, Fořt, 2003, Hynie, 2002)

6.1 Malnutrice

Malnutrice je důsledkem nedostatečné nebo nevyvážené stravy. Jedná se o celkový pokles tělesné hmotnosti seniora, ztrátě tukové tkáně a později dochází ke komplexním metabolickým a somatickým změnám. Výskyt malnutrice je statisticky udáván ve věku nad 65 let mezi 6-8% u hospitalizovaných seniorů se uvádí 20-40%. Asi 20% seniorů trpí podvýživou, která je způsobena nedostatečnou výživou a špatným složením stravy. Pidrman, (2007, s. 155)

Klasifikace malnutrice podle klinické závažnosti:

<i>Závažnost malnutrice</i>	<i>BMI (kg/m²)</i>	<i>Charakteristika</i>
<i>Lehká-klinicky nevýznamná</i>	<i>> 18-20</i>	<i>- pokles hmotnosti do -0% za 6 měsíců - hmotnost nad 80% ideální tělesné hmotnosti - bez somatických a funkčních poruch</i>

<i>Středně závažná</i>	<i>16-18</i>	<ul style="list-style-type: none"> - pokles hmotnosti – 10% a více z původní hmotnosti - hmotnost dosahuje 70-80% ideální tělesné hmotnosti - úbytek podkožního tuku, nejsou funkční poruchy
<i>Těžká</i>	<i>< 16</i>	<ul style="list-style-type: none"> - progredující pokles hmotnosti o 15% - deplece podkožního tuku, svalová atrofie se snížením svalové síly, otoky, špatné hojení ran, nízká vitální kapacita aj.

(Topinková, 2005)

Základní doporučení odborníků k nutriční péči o nemocné s demencí:

- *Včas rozpoznat snížení zájmu pacienta o jídlo*
- *Sledovat v čase tělesnou hmotnost a svalovou sílu*
- *Dodržovat pravidelnost a řád v příjmu potravy, dělit ji do hlavních a vedlejších jídel*
- *Zachovávat úroveň a styl stolování*
- *Respektovat chuť nemocného, je-li to možné*
- *Dbát na správné složení potravy*
- *Dbát na dostatečný a kontinuální přísun tekutin*
- *Mít objektivní přehled o skutečné konzumaci stravy*
- *Motivovat a zapojit nemocného do přípravy jídla a stolování*

Pidrman, (2007, s. 160)

7 Komunikace a potřeby seniorů

Potřeby seniorů mohou být zcela individuální a právě prostřednictvím komunikace se k nim můžeme přiblížit, vytvořit si s nimi vztah, nebo naopak bariéru, nejen v komunikaci. U komunikace obě strany očekávají, že si vymění spoustu informací, zážitků, je v ní spousta očekávání. Pečující osoby, hlavně v institucionálních zařízeních to mají zhoršené v tom, že pacienti tak dobře neznají, jako blízké osoby pacienta v domácí péči. *Pokud máme na mysli pacienta s demencí, jsou tyto póly poměrně vyrovnané.* Nálady se u pacientů mění během dne několikrát, může se nám proto stávat, že na nás pacient nemá náladu. Je vždy důležité, poznat, co pacient opravdu žádá a potom se mu snažit tuto službu poskytnout dle jeho představ, které mnohdy nejsou reálné a kapacitně dostupné. *V komunikaci odrážíme vztah s osobou, které se máme věnovat.* Nesmíme proto zapomínat na všechny prvky komunikace, což je verbální komunikace a ve větší míře i komunikace neverbální. Jsou to různé pohyby v obličeji, výrazy, které si neuvědomujeme. Právě to bývá častý neúspěch komunikace se seniory, kdy si neuvědomujeme, jak moc nás sledují a jakou pomoc žádají. Mnohdy je velmi těžké udržet pozornost, o kterou nás senioři žádají. Máme si stanovit jen takové cíle, kterých jsme schopni dostat. Nebudeme jim slibovat, že jim přečteme několikasetstránkový román, ale stačí krátká povídka a rozebrání celého příběhu. V komunikaci se snažíme pacienta vtáhnout do děje a zapojit do komunikace. Je důležité, abychom byli vždy připraveni, ochotní přizpůsobit se potřebám seniorů a také počítat s tím, že senior nemusí mít dobrou náladu, a že bude třeba nepříjemný. Pokud jsme profesionálové, tak bychom tyto situace měli umět řešit a vyrovnávat se s nimi. Existuje však několik překážek v komunikaci, kterých bychom se měli vyvarovat.

- *Pečovatel má nedostatek zkušeností, neví, jak se v dané situaci chovat, senior ztratí zájem.*
- *Pečovatel je moc mladý a senior k němu nemá důvěru.*

- *Pečovatel nezvládá míru intimity, která je s péčí spojena a komunikaci neujde.*
- *Pečovatel si nenajde dostatek času na práci s klientem.*
- *Senior má problémy sluchu a pečovatel to neví, nezjistí to.*
- *Pečovatel nezvládá komunikaci náročných témat, jako je např. umírání.*
- *Pečovatel se nesoustředí na práci s klientem, protože řeší své osobní problémy.*

Mlýnková (2011, s. 54-56)

7.1 Zásady komunikace se seniory

Při vedení rozhovoru se seniorem musíme dodržovat obecně platná pravidla, která jsou uznávaná při poradenském procesu. Vždy si nejdříve rozmyslíme, jak rozhovor bude vypadat, jakou bude mít délku a na jaké téma se budeme bavit. Bylo by dobré, připravit si strukturu rozhovoru a vymezit si čas, který klientovi – seniorovi věnujeme. To je také velmi důležité hned na začátku rozhovoru zmínit.

Podle účelu můžeme rozeznávat rozhovor:

- *Vzdělávací edukační* – informujeme klienta o způsobu, jakým budeme vykonávat péči, další je informovanost rodiny, používání kompenzačních a hygienických pomůcek.
- *Za účelem získávání ošetrovatelské anamnézy* – získávání údajů o pacientovi a popřípadě i jeho rodině, za účelem diagnostiky.
- *Naslouchající* – zde se uplatňuje aktivní naslouchání pečovatele seniorovi.
- *Podporující* – povzbuzení k dalším aktivitám, v životě, koníčcích apod.
- *Motivující* – motivujeme klienta k dodržování režimu, ke spolupráci, musíme uvést důvody, proč klient má tyto podmínky dodržovat, stále motivujeme.
- *Aktivizační* – aktivujeme klienta z pasivity, stagnace, nechuti k dalším činnostem i životu. Mlýnková (2011, s. 56)

- Relaxační techniky u rozhovoru – mohou být součástí rozhovoru, je to řada prvků jednoduchých cviků, které přináší nejen psychickou, ale i fyzickou úlevu. Jedná se i o dechová cvičení, které jsou během rozhovoru možné.

V komunikaci se seniory dbáme na vytvoření důvěryhodného vztahu s klientem, dodržujeme naprostou mlčenlivost vůči okolí a soustředíme se na pomoc klientovi v jeho obtížné situaci. Vždy používáme správné oslovení, což je většinou příjmení, ale po dohodě se seniorem, můžeme oslovovat jménem. Rozhodně není vhodné seniorům tykat, je to možné, až po oboustranné dohodě a dlouhodobém vztahu. Při neznalosti jmen nikdy nepoužijeme oslovení babi, dědo. Je to zcela nepřijatelné a neprofesionální.

7.2 Morální a etická stránka komunikace

Najít cestu k porozumění v pomáhajících profesích je někdy těžké, ale existují přístupy a formy práce, kterými se jistě dostaneme ke zkvalitnění služeb. Velmi důležitá je opravdovost v komunikaci, kdy by pracovník měl vyjadřovat, to co prožívá a nepředstírat. Dalším velmi důležitým postojem je nepodmíněné pozitivní přijetí, které je vyjádřeno emoční blízkostí pracovníka, který nehodnotí, nevydává žádné soudy a výhrady. Zde platí, že jak pracovník přijímá sám sebe, tak přijímá klienta. Další z postojů pracovníka v pomáhajících profesích je empatie, která by měla být na vyšší úrovni, kdy si pracovník uvědomuje pocity klienta, citlivě na ně reaguje a v komunikaci se klientovi přizpůsobuje. Měl by se orientovat v intenzitě pocitů klienta.

Devalvace – *snížená hodnota určitého člověka v očích druhých lidí, případně i v jeho vlastních očích. Všechny devalvující projevy neúcty a nevážnosti vůči člověku u něj vyvolávají dojem, že jeho lidská důstojnost není respektována tak, jak by měla.*

Evalvace – *zvýšení nebo projev patřičné úcty k člověku. Kdy pozornost k člověku je zároveň jeho přáním a očekávaným požadavkem. Je to citlivý přístup k emocím člověka a jeho hodnotám.* Křivohlavý (1995, s. 77-78, Mlýnková, (2011, s. 58)

7.3 Potřeby seniorů

Potřeba je projevem nedostatku něčeho nebo projevem toho, že něco v organismu chybí, něčeho se našemu tělu nedostává. Může se také projevat nadbytkem. Prožívání nedostatku nebo nadbytku ovlivňuje naši psychickou činnost a vede nás k určité činnosti, jejímž cílem je uspokojení potřeby. Mlýnková (2011, s. 47-48)

Potřeby se postupem věku u lidí mění. V seniorském věku už není tolik potřeb, jako v mladším věku, přesto zájem o aktivní život seniorů narůstá. Měli bychom tedy dbát o informovanost pracovníků, kteří se s problematikou potřeb v seniorském věku zabývají v praxi. U seniorů se potřeby mění dle hodnotové orientace v životě, v popředí však zůstávají potřeby zdraví, klidu, zabezpečení a celkové spokojenosti. Senioři nejčastěji v pozdním věku prožívají strach z onemocnění, poranění či bolesti. Pokud je seniorovi diagnostikována závažná nemoc, žebříček hodnot se určitě posune. U potřeb seniorů je důležitá spolupráce rodiny, profesionální přístup personálu, trpělivost a informovanost. Neméně důležité jsou informace, hlavně v institucionální péči, ve které je pacient hospitalizován, o zvycích, koníčcích a pracovních činnostech, kterým se pacient věnovat. Není nic horšího, než, když budeme pacienta nutit dělat aktivity, na které nebyl zvyklý a ani ho nebaví. Přehled denních aktivit by měl vycházet z pacientova života a měl by být reálný. Platí to zvláště u demencí, kdy jakákoliv větší změna přináší pacientovi negativní zážitky. Senior by měl mít tedy možnost podílet se na práci v zahradě, nebo pomáhat v kuchyni s přípravou jídla. Není to nic nereálného, spousta domovů pro seniory tyto možnosti nabízí.

8 Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních

Situace v oblasti péče o seniory v sociálních službách se v poslední době výrazně zlepšila. Předchozí model poskytování sociálních služeb stál na zcela odlišných základech. Lidé nemocní, staří i s postižením byli odkázáni na institucionální péči, což spíše připomínalo izolaci v ústavech. Společnost nad tímto problémem nepolemizovala a zavírala oči a udržovala v ostatních lidech dojem, že lidé v těchto ústavech žijí spokojeně ve zdraví, a že je o ně dobře postaráno. Opak byl pravdou. Direktivní přístup personálu, skupinový systém péče i v těch nejintimnějších chvílích života, byla vlastně péče bez hlubšího porozumění, a bez individuálního přístupu k lidským bytostem, které mají své potřeby, pocity a jsou vnímaví. Mnohdy se tak stávalo, že smrt byla pro tyto lidi vlastně vysvobozením.

Umístování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, byla často jediným způsobem řešení snížené soběstačnosti seniorů. Určitým problémem této doby byl také deficit v bydlení, proto se běžně stávalo, že do těchto institucí odcházeli senioři soběstační, kteří byli schopni bezproblémového samostatného života. Tento nefunkční model, který se zde přesto udržoval dlouhou dobu, stál na špatných základech a tak díky změnám, které nastaly po roce 1989 pronikl tolik potřebný pokrok a vývoj i do oblasti sociálních služeb. Zde se otevřela naděje a šance změnit staré a špatné systémy, které zde byly spoustu let a zároveň proškolit nové pracovníky, aby se staly profesionály v sociálních službách.

Situace se změnila už po roce 1989, ale podstatné změny zaznamenala až po nabytí platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o zásadní transformaci, kdy se nový zákon dotknul všech uživatelův sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, určil tímto nová pravidla a odkláněl se od institucionální péče. Nový zákon podporuje život lidí v přirozeném prostředí, kde je kladen velký důraz na individuální potřeby jednotlivce. Dalším stěžejním aspektem je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti.

8.1 Pobytová zařízení

Domy s pečovatelskou službou – bývají v kombinaci pečovatelské služby a pobytu v zařízení. Senioři jsou v tomto pobytovém zařízení soustředěni

v jednom místě, současně se tímto řeší nevyhovující bydlení pro osoby těžce zdravotně postižené. Výhodou zcela nepochybně je přítomnost pečovatelky.

Domovy pro seniory – pobytové zařízení pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejich zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Určitě je vhodné přirozené domácí prostředí, ale většinou rodina nemůže zajistit 24 hodinovou péči.

Domovy se zvláštním režimem – v těchto domovech se poskytují pobytové služby klientům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, pro pacienty s Alzheimerovou nemocí a také pro klienty, kteří se léčí ze závislosti a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nabyl účinnosti 1. ledna 2007 a vytváří rámec pro velké množství vztahů mezi institucemi poskytujícími sociální služby a lidmi, kteří potřebují podporu a pomoc a ocitli se v nepříznivé sociální situaci. *Hlavním posláním tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů.* (Dvořáčková, 2012, s. 86, Malíková, 2011, Mlýnková, 2011).

II Praktická část

9 Šetření

9.1 Cíle, metodologie

Cíle:

- 1) Zjistit, zda senioři s demencí mají kvalitní život v pobytových zařízeních z pohledu pečující osoby.
- 2) Zjistit, zda je péče o seniory s demencí náročnější, než u ostatních seniorů.

Metodologie:

Nástroj: dotazník

9.2 Popis šetření

Dotazník je zaměřen na kvalitu života seniorů s demencí. Objektem zkoumaného vzorku byl personál, který pečuje o seniory a tudíž má možnost, tento kvalitní život seniorům nabídnout, prostřednictvím služeb, péče i ubytování. Pro zjišťování kvality života seniorů byl použit dotazník, který byl poskytnut personálu, který pečuje o seniory s demencí, případně s jiným onemocněním. Otázky v dotazníku byly směřovány na seniory s demencí a jejich kvalitu života v zařízeních sociálních služeb.

K výzkumu byl použit dotazník. Je to soubor otázek, které jsou připraveny na formuláři. Z dotazníku byly zjištěny informace, které byly založené na dotazování respondentů, s použitím předem formulovaných otázek. Samotný dotazník obsahuje 22 otázek, k nim jsou vloženy jednotlivé položky, které si respondent vybírá, dle svého uvážení. Tyto položky vedly ke stanoveným cílům a k ověření hypotéz, které vznikly na podkladě získaných informací a zmíněné problematice.

9.3 Organizace šetření

Samotnému dotazníkovému šetření předcházelo sestavení dotazníku, konzultace s vedoucím práce a upravení jednotlivých položek v dotazníku. Po konzultaci a upravení dotazníku byl proveden předvýzkum, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků ošetřujícímu personálu v zařízení, aby byla ověřena jeho srozumitelnost. Bylo zhotoveno 120 dotazníků, zpět bylo doručeno všech 120 výtisků, vyplněno bylo 100 kusů. Výzkum probíhal v průběhu měsíce března, dubna a května, kdy byly rozdány dotazníky ošetřujícímu personálu, který se stará o seniory s demencí, popřípadě s jiným onemocněním. Dotazníkové šetření probíhalo v těchto zařízeních: v domově se zvláštním režimem Jedlí, v domově pro seniory Leština, v domově s pečovatelskou službou Zábřeh a v domově se zvláštním režimem a domově důchodců Libina.

9.4 Zpracování dat

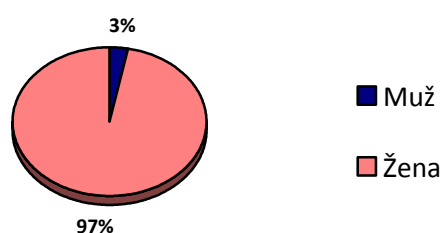
Data získaná v dotazníkovém šetření byla uspořádána do diagramů a pod něj umístěn slovní popis. Pro výpočet byl použit program Microsoft Excel. Hodnoty jsou v dotazníku vyjádřeny v %, u jednotlivých položek dotazníku.

10 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření jsou zobrazeny pomocí výsečového diagramu v softwaru Microsoft® Office.

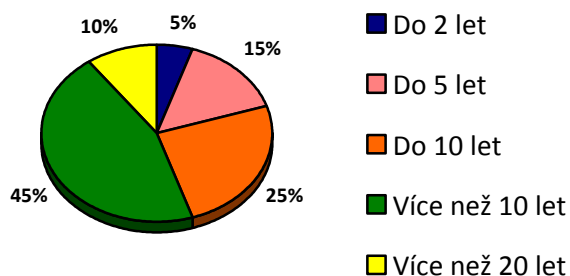
10.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1
Pohlaví respondentů.



Z celkového počtu respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 97% žen a 3% mužů.

Otázka č. 2
Jak dlouho pracujete se seniory?

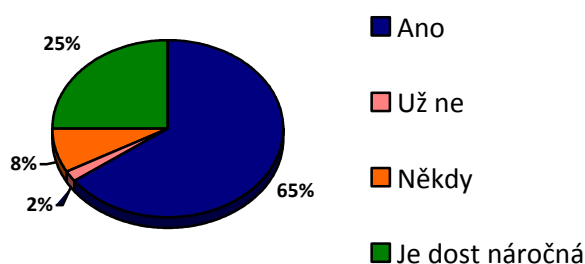


Z celkového počtu dotazovaných se zúčastnilo dotazníkového šetření 5 % osob pracujících se seniory do dvou let, 15 % dotazovaných do 5 let, 25 % dotazovaných

do 10 let, 45 % dotazovaných, kteří pracují se seniory více než 10 let a 10 % dotazovaných, kteří pracují se seniory více než 20 let.

Otázka č. 3

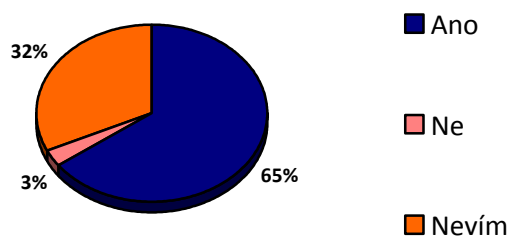
Baví Vás tato práce?



Z celkového počtu respondentů odpovědělo 65%, že mají zájem o práci, kterou doposud vykonávají, 2 % odpovědělo, že o tuto práci ztratili zájem, 8 % má jen někdy zájem o svou práci a 25 % označilo práci se seniory jako dost náročnou.

Otázka č. 4

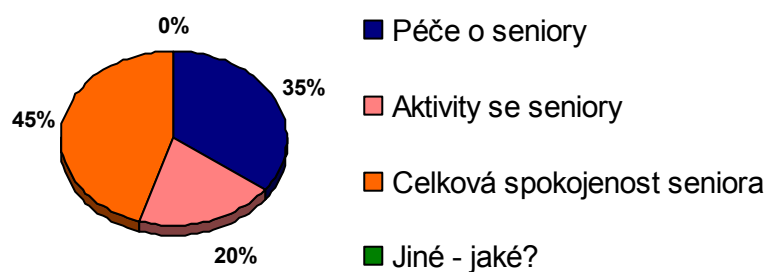
Pokud byste hledal(a) znovu práci, byla by ve stejné sféře?



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 65 % se zájmem pracovat ve stejném zaměstnání, jako doposud, 3 % již nechce zůstat ve stejné profesi a 32 % respondentů neví.

Otázka č. 5

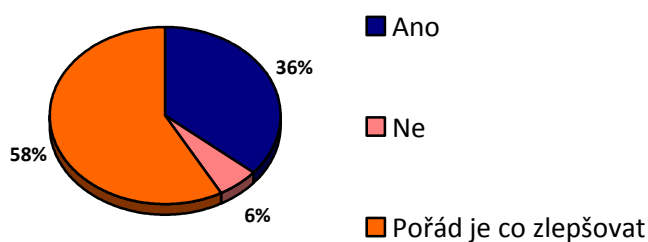
Co Vás na práci s lidmi seniorského věku baví?



Na otázku „Co Vás na práci s lidmi seniorského věku baví“ odpovědělo 35 % péče o seniory, 20 % respondentů dává přednost aktivitám se seniory, 45 % respondentů si všímá celkové spokojenosti seniora. Jinou motivaci nevyznačil ani jeden respondent.

Otázka č. 6

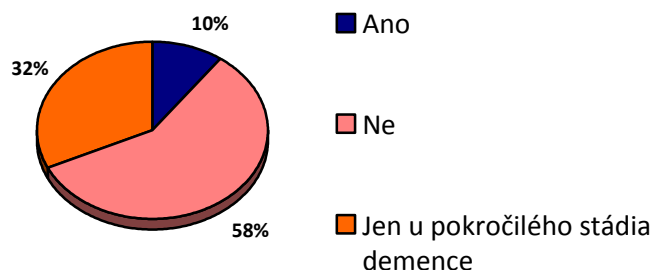
Jste spokojen(a) s technickým zabezpečením při práci s klienty?



Na otázku, zda-li jsou zaměstnanci spokojeni s technickým zabezpečením při práci s klienty odpovídalo 36 % ano, 6 % ne a 58 % se vyjádřilo, že je stále co zlepšovat.

Otázka č. 7

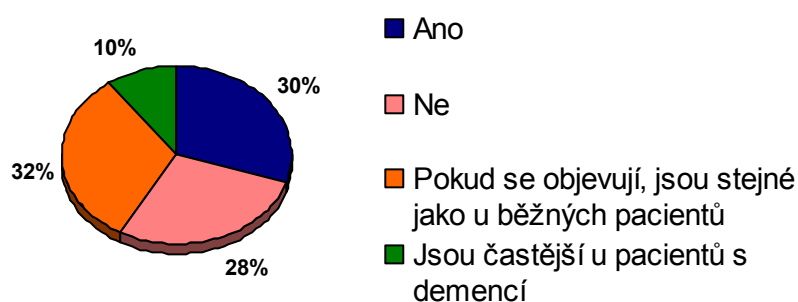
Liší se strava pacientů s demencí od běžného stravování seniorů?



Z dotazovaných respondentů odpovědělo 58 %, že se strava pacientů s demencí neliší od ostatní stravy pacientů, 10 % odpovědělo, že rozdíly jsou a 32 % spatřuje rozdíly ve stravě jen u pokročilého stádia demence.

Otázka č. 8

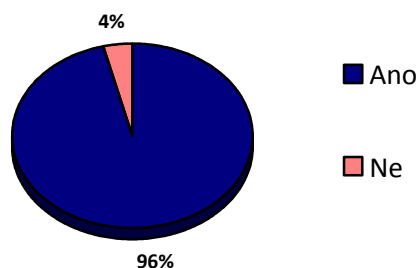
Zaznamenali jste problémy s poruchami příjmu potravy, u pacientů s demencí?



K poruchám příjmu potravy u pacientů s demencí se z respondentů 30% vyjádřilo kladně, nesetkalo se s poruchami příjmu potravy 28%, 30% hodnotí poruchy příjmu srovnatelné s běžnými pacienty a 10% respondentů se setkalo s častějším výskytem poruch příjmu potravy u pacientů s demencí.

Otázka č. 9

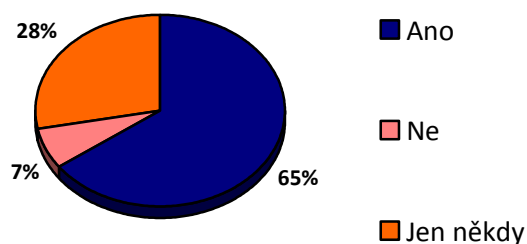
Zapojil(a) jste se do dalšího vzdělávání, nebo jste absolvoval(a) kurzy či vzdělávání, které uplatníte v praxi?



Do dalšího vzdělávání se v dotazovaných zařízeních zapojilo 96% a 4% si nedoplnilo další vzdělání a neabsolvovali žádné kurzy.

Otázka č. 10

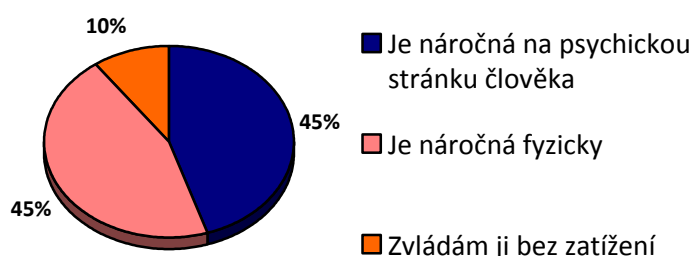
Je pro Vás tato práce náročná?



Z respondentů 65% považuje svou práci za náročnou, 7% ji nepocítuje jako náročnou a 28% ji zažívá jen v některých situacích jako náročnou.

Otázka č. 11

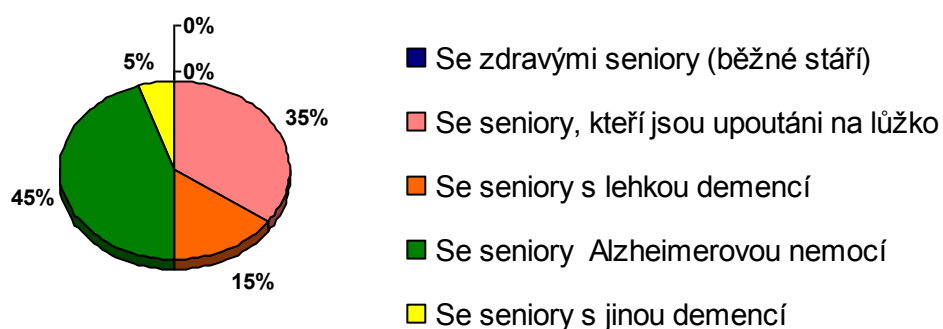
Jak prožíváte náročnost práce v péči o seniory?



Shodně se respondenti vyjádřili k psychické i fyzické náročnosti, obojí zhodnotili 45%, 10% dotázaných se vyjádřilo, že zvládají práci se seniory bez většího vytížení.

Otázka č. 12

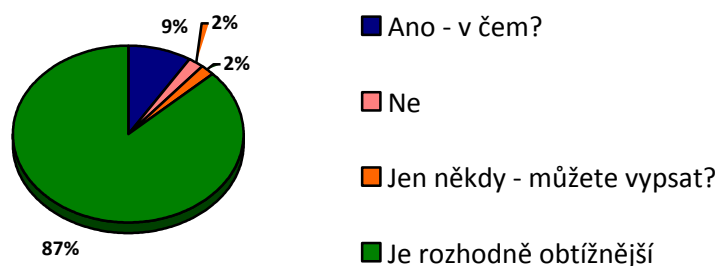
S jakými klienty seniorského věku pracujete nejčastěji?



Na otázku klientely pacientů dotazovaní respondenti odpovídali následovně: se zdravými seniory nepracuje z dotazovaných nikdo, se seniory upoutanými na lůžko pracuje 35%, s pacienty s lehkou demencí 15%, s pacienty s Alzheimerovou chorobou pracuje 45% dotazovaných, s pacienty s jinou nespecifikovanou demencí 5%.

Otázka č. 13

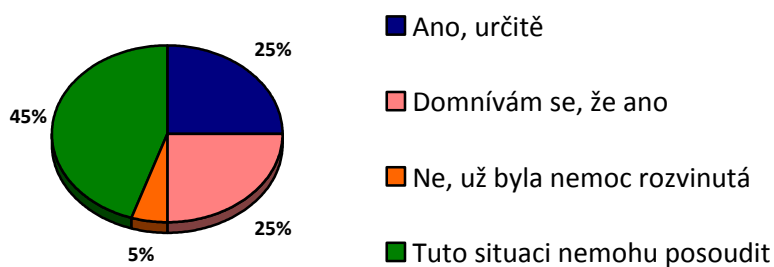
Pokud pracujete se seniory s demencí, je v něčem vaše práce jiná než u ostatních seniorů?



Na otázku odlišnosti práce se seniory s demencí odpovědělo 96% respondentů kladně v položkách ano – 9%, v pracovní obtížnosti 87%. Rozdíl mezi seniory s demencí a ostatními seniory nepocítuje 2% respondentů a shodně 2% pocítuje rozdíly v péči jen někdy.

Otázka č. 14

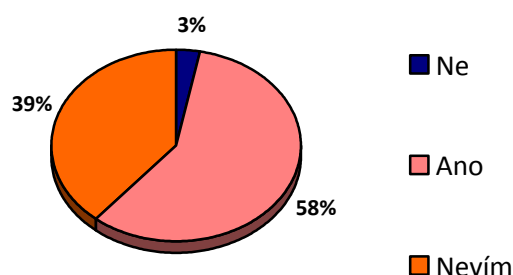
Pokuste se odpovědět na otázku, zda byli senioři, kteří byli ve vašem zařízení přijímáni k pobytu a trpí demencí, diagnostikováni včas.



Z dotazovaných respondentů 25% uvedlo, že senioři, kteří byli u nich v zařízení přijímáni, byli včas diagnostikováni, shodně 25% se jen domnívá o včasné diagnostice, 5% dotazovaných se setkala s pozdní diagnostikou a 45% respondentů tuto situaci neposuzuje, nebo nemá možnost posoudit ji ze své pozice.

Otázka č.15

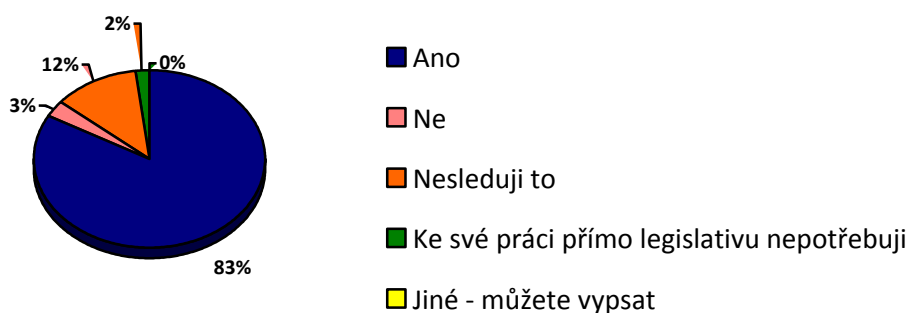
Byla rodina informována o nemoci, ještě před přijetím seniora do vašeho zařízení? (Věděla rodina nějaké informace o demenci, ještě před podáním informací od Vás?)



Z dotazovaných respondentů uvedlo ve 3%, že rodina nemocného seniora neměla žádné informace o jeho onemocnění, první informace tedy byly podány až v samotném zařízení, v 58% byla rodina seniora informována z jiných zdrojů, než je samotné zařízení a 39% tuto situaci nezná, nebo ji nemůže ze své pozice posoudit – nejsou u příjmu pacienta.

Otázka č.16

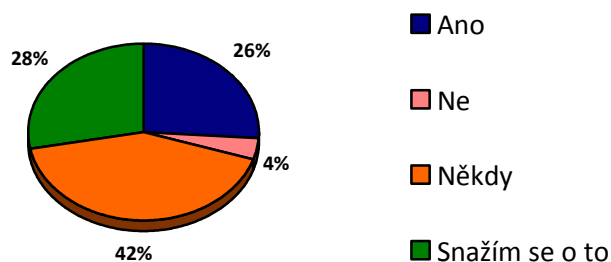
Dotkly se Vás nějaké změny v legislativě v sociálních službách při vaší práci?



Změny v legislativě, tedy Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se týká 83% dotázaných respondentů, změny, které nepociťují dotázaní odpověděli v 3%, 12% respondentů nesleduje tuto situaci, 2% dotazovaných legislativu ke své práci nepotřebuje.

Otázka č. 17

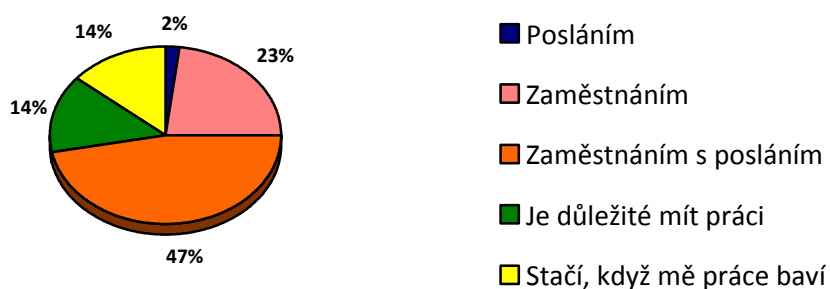
Zažíváte při své práci pocit úspěchu?



Pocit úspěchu při práci se seniory zažívá 26% respondentů, 28% se o pocit úspěchu v práci snaží, 42% zažívá pocit úspěchu jen někdy a 4% dotázaných nezažívá vůbec pocit úspěchu ve své práci se seniory.

Otázka č.18

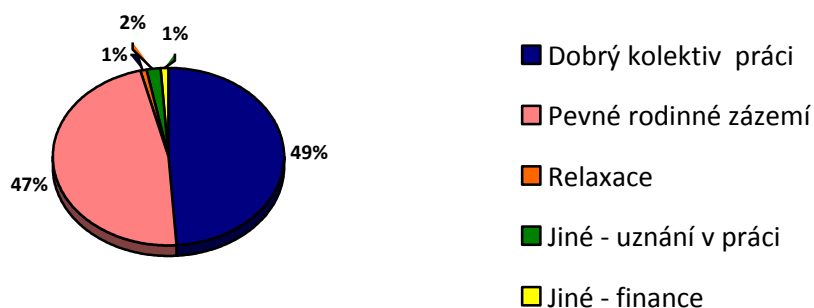
Zhodnot'te prosím, čím je pro Vás vaše práce:



Nejvíce respondentů, až 47% považuje své zaměstnání se seniory, jako zaměstnání s posláním, 23% dotázaných bere své povolání jako jiná, 14% respondentů vidí ve své práci důležitost z hlediska materiálního zabezpečení, 14% respondentů stačí, když je tato práce baví a 2% považuje tuto péči o seniory jako poslání.

Otázka č. 19

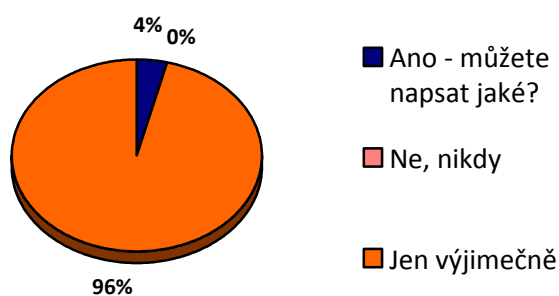
Co je pro Vás motivací k další práci se seniory?



Největší motivací pro respondenty v práci je dobrý kolektiv 49%, pro dalších 47% je důležité pevné rodinné zázemí, pro 2% je motivací uznání v práci, 1% relaxace a 1% jsou motivací mzda za vykonanou práci.

Otázka č. 20

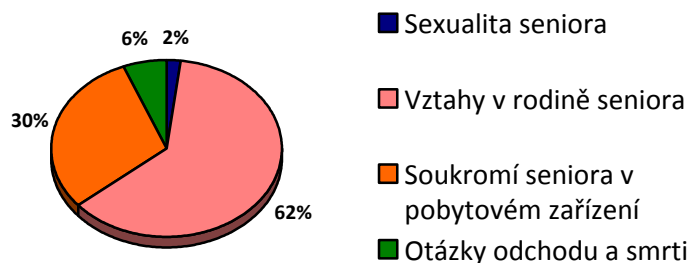
Zažíváte v práci nějaké krizové situace?



Při práci se seniory v zařízeních zažívá 96% respondentů krizové situace jen výjimečně a 4% zažívá krizové situace častěji.

Otázka č.21

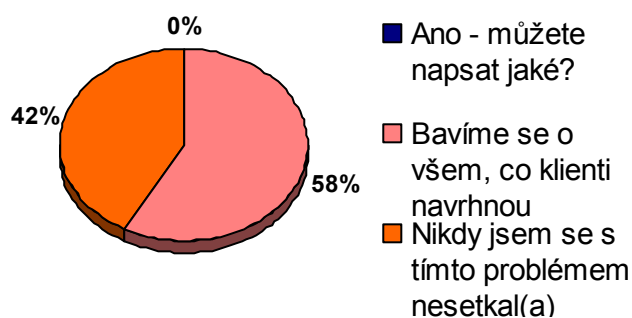
O kterých tématech z nabídky jste se s klienty již bavil(a)?



Témata, která jsou pro personál nejběžnější, v 62% se týkají vztahů v rodině seniora, 30% se týkají soukromí seniorů, 6% se setkala s tématem odchodu ze života, smrti a 2% odpovídalo na otázky seniorů o sexualitě.

Otázka č.22

Jsou témata, o kterých byste se s klienty nebavil(a)?



Dotazovaní respondenti v zařízeních nemají vůči seniorům pravděpodobně žádné tabu témata, 58% dotázaných se baví se seniory o všem, co navrhnou a 42% se nesetkalo s problémem, na který by neuměli reagovat.

10.2 Charakteristika položek

Jednotlivé položky v dotazníku zjišťovaly:

- položky č. 1, 2 – jsou zaměřeny na identifikaci respondentů
- položky č. 3, 4, 5, 17, 18, 19 – jsou zaměřeny na motivaci personálu
- položky č. 6, 7, 8 – jsou zaměřeny na zajištění péče – technické, stravovací
- položka č. 9 – je zaměřena na odbornost pečujících osob
- položky č. 10, 11 – jsou zaměřeny na náročnost práce
- položky č. 12, 13, 14, 15 – jsou zaměřeny na samotné onemocnění
- položka č. 15 – je zaměřena na rodinu seniora
- položka č. 16 – je zaměřena na platnou legislativu a orientace pečujícího personálu v ní
- položky č. 20, 21, 22 – jsou zaměřeny na krizové situace a na seniory v krizových situacích

10.3 Analýza šetření

Otázka č. 1. Pohlaví respondentů.

Pohlaví	Četnost v %
Muž	3%
Žena	97%
Celkem	100%

Z celkového počtu 100 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 3% mužů a 97% žen. Převaha žen v těchto zařízeních je poměrně velká, můžeme se jen domnívat, proč tomu tak je. Jeden z možných důvodů je fakt, že mají ženy k humanitním oborům blíže, ale také to může být nedostatek jiných pracovních příležitostí pro ženy v dané lokalitě.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete se seniory?

Délka praxe zaměstnanců	Četnost v %
Do 2 let	5 %
Do 5 let	15%
Do 10 let	25%
Více než 10 let	45%
Více než 20 let	10%
Celkem	100%

Z celkového počtu 100 dotazovaných se zúčastnilo dotazníkového šetření 5 % osob pracujících se seniory do dvou let, 15 % dotazovaných do 5 let, 25 % dotazovaných do 10 let, 45 % dotazovaných, kteří pracují se seniory více než 10 let a 10 % dotazovaných, kteří pracují se seniory více než 20 let. Důležitější než délka praxe je rozhodně odbornost. Můžeme se tedy domnívat, zda personál, který je v zaměstnání delší dobu poskytuje kvalitnější péči než personál, který odpovídal na položku délky praxe do dvou let.

Otázka č. 3: Baví Vás tato práce?

Zájem o zaměstnání	Četnost v %
Ano	65%
Už ne	2%
Někdy	8%
Je dost náročná	25%
Celkem	100%

Z celkového počtu 100 dotazovaných odpovědělo, že mají zájem o práci, kterou doposud vykonávají 65 %, 2 % odpovědělo, že o tuto práci ztratili zájem, 8 % má jen někdy zájem o svou práci a 25 % označilo práci se seniory jako dost náročnou. Náročnost práce byla již potvrzena a v některých případech může být i důvodem, proč někteří respondenti odpovídali, že je práce baví jen někdy. Mohou to být krizové situace, které jsou spojeny s výkyvy chování u pacientů s demencí, také

velmi podstatné jsou otázky odchodu a smrti pacientů. Rozhodně na zamyšlení jsou sice nepatrná 2% respondentů, kteří odpověděli, že je už jejich práce nebaví. Potom se naskytá otázka, zda-li poskytují kvalitní péči pro seniory s demencí, nebo si jen vybrali pro sebe nevhodnou práci a v budoucnosti tento stav vyřeší.

Otázka č. 4: Pokud byste hledal(a) znovu práci, byla by ve stejné sféře?

Zájem o stejnou práci	Četnost v %
Ano	65%
Ne	3%
Nevím	32%
Celkem	100%

Z celkového počtu 100 dotazovaných odpovědělo 65 % se zájmem pracovat ve stejném zaměstnání, jako doposud, 3 % již nechce zůstat ve stejné profesi a 32 % neví. Tato otázka koresponduje s předchozí. Pokud v této profesi chybí naplnění z práce s lidmi, není to rozhodně dobré pro seniory s demencí. Péče o tyto pacienty je velmi náročná a musí člověka bavit. Je to jistá výzva pro člověka, který by měl pracovat podle svého nejlepšího svědomí a zodpovědně plnit to, co od něj seniři očekávají. Je to zároveň práce i poslání.

Otázka č. 5 Co Vás na práci s lidmi seniorského věku baví?

Motivace k práci	Četnost v %
Péče o seniory	35%
Aktivity se seniory	20%
Celková spokojenost seniora	45%
Jiné – jaké?	0%
Celkem	100%

Na otázku „Co Vás na práci s lidmi seniorského věku baví“ odpovědělo 35 % péče o seniory, 20 % respondentů dává přednost aktivitám se seniory, 45 % respondentů si všímá celkové spokojenosti seniora. Jinou motivaci nevyznačil ani jeden respondent. V těchto odpovědích je určitě pozitivní přijetí seniorů ošetřujícím personálem. Důležitost celkové spokojenosti seniora je rozhodující pro jeho pobyt v zařízení. Co se týká odpovědi u aktivit, má tyto činnosti na starosti vždy osoba pověřená, s odborným vzděláním a zájmem o tuto činnost. Proto je zcela vyloučené, že by při aktivitách se seniory byli lidé, kteří o tyto činnosti nemají zájem. Péče o seniory koresponduje se zájmem, ale také s plněním pracovních povinností.

Otázka č. 6 Jste spokojen(a) s technickým zabezpečením při práci s klienty?

Spokojenost s vybavením	Četnost v %
Ano	36%
Ne	6%
Pořád je co zlepšovat	58%
Celkem	100

Na otázku, zda-li jsou zaměstnanci spokojeni s technickým zabezpečením při práci s klienty odpovídalo 36 % ano, 6 % ne a 58 % se vyjádřilo, že je stále co zlepšovat. Technické zabezpečení nebo podmínky jsou vždy otázkou financí, tomu odpovídají i jednotlivé položky, na které respondenti odpovídali. 58% odpovědělo, že je stále co zlepšovat, což znamená, že nemají takové podmínky, jaké by jim usnadnili práci při své profesi. Určitě to však není na úkor pacientů, ale práce se tímto stává náročnější. Velmi překvapivé je 36% spokojenosti s technickým zabezpečením. Lze se domnívat, že popisovali své pracoviště, kde mají vše potřebné ke své práci.

Otázka č. 7 Liší se strava pacientů s demencí od běžného stravování seniorů?

Odlíšnosti ve stravování	Četnost v %
Ano	10%

Ne	58%
Jen u pokročilého stádia demence	32%
Celkem	100%

Na otázku odlišnost stravování se vyjádřila kladně jen malá část respondentů. Více než polovina ošetřujícího personálu uvedla, že se strava pacientů s demencí neliší od běžného stravování seniorů. 32% respondentů uvedlo, že se stravování mění až u pokročilého stádia demence. Je to způsobeno poruchami příjmu potravy z postupující nemoci. Strava u pokročilého stádia se mechanicky upravuje, je zde i jiný poměr živit a jiné je i množství přijímané potravy.

Otázka č. 8. Zaznamenali jste problémy s poruchami příjmu potravy, u pacientů s demencí?

Poruchami příjmu potravy	Četnost v %
Ano	30%
Ne	28%
Pokud se objevují, jsou stejné jako u běžných pacientů	30%
Jsou častější u pacientů s demencí	10%
Celkem	100%

K poruchám příjmu potravy u pacientů s demencí se z respondentů 30% vyjádřilo kladně, nesetkalo se s poruchami příjmu potravy 28%, 30% hodnotí poruchy příjmu srovnatelné s běžnými pacienty a 10% respondentů se setkalo s častějším výskytem poruch příjmu potravy u pacientů s demencí. Obecně se stravování u seniorů hodnotí jako velmi obtížné. V seniorském věku chybí dostatečná chuť k jídlu, mnohdy je i nedostatečný chrup a zhoršené zažívání. Může to tedy vést k běžnému nechutenství a v některých případech nechutenství vede až k poruchám příjmu potravy.

Otázka č. 9 Zapožil(a) jste se do dalšího vzdělávání, nebo jste absolvoval(a) kurzy či vzdělávání, které uplatníte v praxi?

Vzdělání personálu	Četnost v %
Ano	96%
Ne	4%
Celkem	100%

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, je odbornost v tomto povolání velmi důležitá. Sami zaměstnanci by měli vyhledávat změny, které se týkají jejich profese a snažit se doplnit si vzdělání. Vzhledem k četnosti kladných odpovědí je velmi pozitivní, že respondenti mají odbornost potřebnou k výkonu jejich povolání.

Otázka č. 10 Je pro Vás tato práce náročná?

Náročnost práce	Četnost v %
Ano	65%
Ne	7%
Jen někdy	28%
Celkem	100%

Náročnost práce je dána jak přístupem práce v sociálních službách, tak částečně odborností ve zdravotnictví. Nesmíme opomenout nepřetržitý provoz v těchto zařízeních a 12 hodinové směny. To vše dává této práci značnou náročnost.

Otázka č. 11 Jak prožíváte náročnost práce v péči o seniory?

Náročnost péče	Četnost v %
Je náročná na psychickou stránku člověka	45%
Je náročná fyzicky	45%
Zvládám ji bez zatížení	10%

Celkem	100%
--------	------

Náročnost byla jedním z cílů DP, která se potvrdila v hypotézách. Je dána přístupem k seniorů, jejich specifickým nemocí a schopností empatie personálu. I zde jen mohou připomenout, že toto zaměstnání je zároveň posláním. Domnívám se však, že 10% respondentů, kteří odpověděli, že zvládají svou práci bez zatížení nechodí do práce s posláním, ale jen do zaměstnání které jim materiálně zabezpečí jejich potřeby k životu.

Otázka č. 12 S jakými klienty seniorského věku pracujete nejčastěji?

Rozlišení nemoci	Četnost v %
Se zdravými seniory (běžné stáří)	0%
Se seniory, kteří jsou upoutáni na lůžko	35%
Se seniory s lehkou demencí	15%
Se seniory s Alzheimerovou nemocí	45%
Se seniory s jinou demencí	5%
Se seniory s jiným onemocněním - jakým?	0%
Celkem	100%

Nejvyšší četnost měli pacienti s demencí u Alzheimerovy choroby. Důvod je zaměření dotazníkového šetření na tyto zařízení. Jejich posláním je komplexní celoroční péče o seniory. Cílem je poskytování sociálních služeb, zachování samostatnosti po co nejdelší dobu a zajištění nezávislosti.

Otázka č. 13 Pokud pracujete se seniory s demencí, je v něčem vaše práce jiná než u ostatních seniorů?

Odlíšnost práce	Četnost v %
Ano	9%
Ne	2%
Jen někdy	2%
Je rozhodně obtížnější	87%
Celkem	100%

Převážná většina dotazovaných odpověděla, že je rozhodně obtížnější, než u ostatních seniorů. Je to zřejmě rychle se měnící stavy u demence a zhoršení, či jiné změny nálad. Často se vyskytující bludy u těchto pacientů dělají situaci velmi často nepřehlednou. Pracovníci musí často rozlišovat, zda se jedná o realitu či fikci.

Otázka č. 14 Pokuste se odpovědět na otázku, zda byli seniori, kteří byli ve vašem zařízení přijímáni k pobytu a trpí demencí, diagnostikováni včas.

Včasná diagnostika	Četnost v %
Ano, určitě	25%
Domnívám se, že ano	25%
Ne, už byla nemoc rozvinutá	5%
Tuto situaci nemohu posoudit	45%
Celkem	100%

Polovina respondentů se vyjádřila, o včasné diagnostice u seniorů s demencí. Vyplývá to z jejich práce, přicházejí s pacienty do kontaktu nejvíce. 45% respondentů se vyjádřilo, že nemůže nebo neumí tuto situaci posoudit. Jsou to většinou pracovníci, kteří nezkoumají diagnostiku, nebo jsou v zařízení velmi krátkou dobu a nemají osvojeny jednotlivé specifika u stádií demence. 5% respondentů má zkušenosti, že seniori přišli do zařízení s již rozvinutou formou demence. To mohlo způsobit špatné informování veřejnosti o této chorobě a přisouzení některého chování běžnému stáří.

Otázka č. 15 Byla rodina informována o nemoci, ještě před přijetím seniora do vašeho zařízení? (Věděla rodina nějaké informace o demenci, ještě před podáním informací od Vás?)

Včasná diagnostika	Četnost v %
Ne	3%
Ano	58%
Nevím	39%
Celkem	100%

Více než polovina respondentů zná informace o demenci. V dnešní době je hodně diskutovaným problémem, protože se neustále objevuje častěji, dokonce i u mladších lidí, než bylo dříve zvykem. Dalším podstatným aspektem je včasná diagnostika praktického lékaře a zájem rodiny tuto situaci přijmout. Jen 3% respondentů uvedlo, že rodiny nebyly informovány z žádných jiných zdrojů. Ovšem pokud byly odeslány do zařízení se zvláštním režimem, informace vstupního charakteru určitě obdržely.

Otázka č. 16 Dotkly se Vás nějaké změny v legislativě v sociálních službách při vaší práci?

Orientace v legislativě	Četnost v %
Ano	83%
Ne	3%
Nesleduji to	12%
Ke své práci přímo legislativu nepotřebuji	2%
Jiné	0%
Celkem	100%

Již z předchozího textu je zřejmé, že změny v legislativě se dotýkají všech bez rozdílu. Nezáleží tedy, jestli s legislativou pracují, či ne. Každý pracovník v sociálních službách by se měl zajímat o novinky, které jsou přínosné nejen pro něho, ale hlavně pro jeho práci.

Otázka č. 17 Zažíváte při své práci pocit úspěchu?

Včasná diagnostika	Četnost v %
Ano	26%
Ne	4%
Někdy	42%
Snažím se o to	28%
Celkem	100%

Zažívat pocit naplnění, úspěchu z dobře vykonané práce chceme zažívat všichni. Ne vždy se ale daří, všechny úkoly splnit. V zařízeních, které se staré o seniory, kteří mají špatnou prognózu nemoci i života je velmi těžké. Proto je velmi důležité, znát hodnoty života, odcházení a správné přípravy. Nejedná se tedy jen o seniory, ale také především o pečující osoby, které se musí s těmito prožitky vyrovnávat.

Otázka č.18 Zhodnoťte prosím, čím je pro Vás vaše práce:

Zhodnocení práce	Četnost v %
Posláním	2%
Zaměstnáním	23%
Zaměstnáním s posláním	47%
Je důležité mít práci	14%
Stačí, když mě práce baví	14%
Celkem	100%

Všechny odpovědi respondentů můžeme vyhodnotit kladně. Nejlepší variantou je však zcela možnost volby zaměstnání s posláním, kterou označilo 47% dotázaných.

Práce se seniory a také s lidmi, kteří jsou nemocní, bychom neměli označit pouze jako zaměstnání. Je to určitá výzva pro nás samotné, jak budeme prožívat stáří a zda-li se o nás někdo kvalitně postará.

Otázka č. 19 Co je pro Vás motivací k další práci se seniory?

Motivace k další práci	Četnost v %
Dobrá kolektiv v práci	49%
Pevné rodinné zázemí	47%
Relaxace	1%
Jiné	3%
Celkem	100%

Z předchozích údajů lze vyčíst, že práce se seniory je velmi náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Každý člověk tuto profesi, kterou vykonává, vnímá jinak. Proto jakékoliv odreagování a pocit jistoty ve vztahu či pevnosti rodinného zázemí je nedílnou součástí dobrého přístupu pracovníků v sociálních službách. Zde pracovníci zažívají pocitu naplnění z dobré práce, i pocit beznaděje, ze smrti pacientů. Proto i zanedbatelná 2% odpovědí respondentů o uznání v práci, je velmi důležité v některých situacích zažít. Jen 1% respondentů vypsalo, že je pro ně motivací mzda za vykonanou práci.

Otázka č. 20 Zažíváte v práci nějaké krizové situace?

Krizové situace v práci	Četnost v %
Ano	4%
Ne, nikdy	0%
Jen výjimečně	96%
Celkem	100%

Překvapivý výsledek této otázky, v zařízeních, kde je častá úmrtnost a kde jsou pacienti se špatnou prognózou, nejsou, nebo se jen výjimečně vyskytují krizové situace. Tento stav mi byl odhalen záhy, kdy odchod člověka je naprosto přirozená

věc a otevřenost v komunikaci tomu pomáhá. Je průběžně informována rodina, i sám pacient. Ve spoustě případů jsem se setkala s duchovním životem pacientů, kteří smrt vnímali jako další krok do věčného života. Smíření se se smrtí určitě usnadňuje odchod lidí ze života.

Otázka č. 21 O kterých tématech z nabídky jste se s klienty již bavil(a)?

Komunikace	Četnost v %
Sexualita seniora	2%
Vztahy v rodině seniora	62%
Soukromí seniora v pobytovém zařízení	30%
Otázky odchodu a smrti	6%
Celkem	100%

Komunikace je základním nástrojem, kterým chceme docílit nějaké změny, domluvy nebo slouží jen k zábavě či informování. Ještě důležitější aspekt než samotná tabu témata je to, abychom si k seniorům vytvořili vztah a důvěru. Potom jde komunikace určitě lépe. Setkala jsem se ovšem s bariérou komunikace u mladších ošetřujících pečovateli. Nebyli tolik komunikativní a senioři je těžko přijímali. Jde převážně také o intimitu, kde jsou vyhledávanější starší ošetřovatelé. Ovšem toto tvrzení není opodstatněné v mnoha případech. Je to jen v některých případech či situacích.

Otázka č. 22 Jsou témata, o kterých byste se s klienty nebavil(a)?

Komunikace a tabu	Četnost v %
Ano	%
Bavíme se o všem, co klienti navrhnou	58%
Nikdy jsem se s tímto problémem nesetkal(a)	42%
Celkem	100%

Je dobré vědět, že komunikovat s personálem mohou senioři o všem. Jak již bylo rozebráno v předchozí otázce, je komunikace mnohdy rozhodující. Velmi bychom proto měli zvažovat, o čem a jakým způsobem se budeme se seniory bavit. Je to jejich čas bilancování a mnohdy vyřčené nemůže být vráceno zpět.

10.4 Stanovení hypotéz

Hypotéza č. 1: Pečující osoby mají potřebné technické vybavení a zabezpečení při práci se seniory s demencí.

Hypotéza č. 2: V domovech se zvláštním režimem či v domovech pro seniory jsou vytvořeny takové podmínky, aby se senioři cítily jako v přirozeném domácím prostředí.

Hypotéza č. 3: Strava pro seniory s demencí je odlišná od běžné stravy.

Hypotéza č. 4: Práce se seniory s demencí je náročnější na psychickou stránku ošetřující osoby.

10.5 Zhodnocení cílů a hypotéz

1. cíl: Zjistit, zda senioři s demencí mají kvalitní život v pobytových zařízeních z pohledu pečující osoby.

Hypotéza č. 1: Pečující osoby mají potřebné technické vybavení a zabezpečení při práci se seniory s demencí.

Tato otázka koresponduje s otázkou č. 6

Při práci se seniory s demencí je velmi důležité vhodné technické vybavení, které je většinou nedostačující kvůli chybějícím financím. Téměř většina těchto zařízení má problém s financováním služeb. U pacientů s demencí je typická agresivita, bloudění, halucinace, poruchy spánku apod. Je třeba dostatečné zabezpečení budov kamerovými systémy u dveří a hlásiče požáru. Toto jsou jen některé body, které by

měly být samozřejmostí, v každém zařízení. Tato hypotéza se mi nepotvrdila, až 58% respondentů odpovědělo, že je pořád co zlepšovat. Technické vybavení není žádný nadstandard, usnadňuje práci personálu, který se může více věnovat jiným činnostem se seniory.

Hypotéza č. 2: *V domovech se zvláštním režimem či v domovech pro seniory jsou vytvořeny takové podmínky, aby se senioři cítili jako v přirozeném domácím prostředí.*

Tato otázka koresponduje s otázkou č. 5, 9, 18,21,22.

Velmi kladně hodnotím přístup personálu k seniorům s demencí. Senioři mají možnost plnit si potřeby, ať už materiální, psychické, nebo duchovní. Senior se dostává do chvílí bilancování života, není pro některé seniory tolik potřebné materiální zabezpečení, jak pocit aktivního naslouchání a přijetí klienta. Pracovník v sociálních službách nenahradí seniorovi blízké rodinné příbuzné, ale může být kvalitním společníkem na jeho cestě stářím. Z dotazníku vyplývá, že v zařízeních, kde jsem dělala výzkum pracují pečovatelé s patřičnou odborností, se zájmem vzdělávat se, pracovat s klienty a vytvářet pro ně aktivity a náhradní domov. Tato hypotéza se mi na základě dotazníku potvrdila.

2. cíl: Zjistit, zda je péče o seniory s demencí náročnější, než u ostatních seniorů.

Hypotéza č. 3: *Strava pro seniory s demencí je odlišná od běžné stravy.*

Tato otázka koresponduje s otázkou č. 7

Strava u většiny seniorů bývá problémem. Ztráta chuti k jídlu je typická pro starší lidi, kteří stravu podceňují a zanedbávají. Dochází tak ke ztrátě části svalové hmoty a senioři mají větší procento úrazů. Podstatná změna ve stravování je u progresu Alzheimerovi nemoci, kdy dochází téměř u všech pacientů k hubnutí. Tato hypotéza se mi u pacientů s demencí v zařízeních nepotvrdila.

Hypotéza č. 4: *Práce se seniory s demencí je náročnější na psychickou stránku ošetřujících osoby.*

Tato otázka koresponduje s otázkou č. 11

Je zřejmé, že práce se seniory s demencí je velmi náročná, v některých studiích se dočteme, že ji pracovníci označují za vyčerpávající. Jsou to především opakující se špatné nálady, neustálé útky z místností, budov apod. K tomu se přidává agresivita a naopak u progredujících forem demence značná pasivita a upoutání na lůžko. Je zajímavé, že respondenti v odpovědích uvedli stejné hodnocení u fyzického i psychického zatížení. Tato hypotéza se mi nepotvrdila.

10.6 Závěr šetření a případná opatření

Začátek šetření je věnován cílům a metodice, poté navazuje popis a analýza šetření, kde jsou charakterizovány jednotlivé položky v dotazníku. Následuje zhodnocení cílů a hypotéz.

Prvním cílem bylo ***zjistit, zda mají senioři s demencí kvalitní život v pobytových zařízeních z pohledu pečující osoby***. Zařízení pro seniory je ústavní zařízení, které nenahradí rodinné prostředí. Přesto kvalita služeb v těchto zařízeních je na dobré úrovni. Pečující personál je ochotný, dělá svou práci zodpovědně a s posláním. V budoucnu by bylo dobré posílit technické vybavení všech těchto zařízení a dbát dále na vzdělávání a školení všech pracovníků v sociálních službách.

Druhým cílem bylo ***zjistit, zda je péče o seniory s demencí náročnější, než u ostatních seniorů***. Jak již bylo zmíněno, náročnost je daná celkově povoláním. Takto náročné povolání mají všichni pracovníci ve zdravotnictví a také v sociálních službách, kteří mají přímý kontakt s lidmi. Práce s lidmi sebou nese různá úskalí, přesto přístup pracovníků v zařízeních, kde byl prováděn výzkum byl obdivuhodný. Klienti byli v zařízení spokojeni a atmosféra byla v duchu rodinném. Senioři mají možnost využití volnočasových aktivit a využívat překrásné prostředí kolem zařízení v Jedlí a v Libině. Zde bych doporučila, aby byli pracovníci stále v práci motivováni, a aby nechybělo uznání a pochvala za dobře odváděnou práci. To může být jedním z bodů, které byly v dotazníku negativně označeny. Pokud není uznání, chybí chuť k práci.

Na závěr bych zhodnotila informovanost rodin nemocných, které je v dnešní době značné a přesto nedostačující. Bavit se o problémech této závažné nemoci a poskytnout informace všem, kdo mají zájem. Informace by se měly častěji

objevovat ve sdělovacích prostředcích a měli by představovat jednotlivá zařízení a práci lidí, kteří se starají o nemocné, trpící a umírající.

Závěr

Kvalita života seniorů se v průběhu let hodně změnila. Přispěla k tomu informační dostupnost, změny v legislativě o sociálních službách a také zájem dětí o rodiče, kteří je vychovávali a teď potřebují pomoc. Stále je preferovanější péče v přirozeném rodinném prostředí, ovšem problematika, kterou jsem rozebrala v textu, což je demence, není nijak jednoduchá a velmi těžce zvládnutelná v domácím prostředí. Pokud budeme mluvit o těžší formě, je zatím možný jen ústavní pobyt.

Cílem mé práce bylo objasnit pojem stárnutí a s ním spojené onemocnění demencí. Zaměřila jsem se na kvalitu péče, která je poskytována seniorům v pobytovém zařízení, a také na náročnost péče o seniory s demencí z pohledu pečující osoby. U seniorů s již rozvinutou nebo velmi těžkou demencí, není možná domácí péče, proto se rodiny obrací na tyto zařízení, aby se o jejich blízké postaraly. V tomto ohledu je péče a přístup personálu na odborné úrovni, a přesto, že se nejedná o rodinné prostředí, mohou se senioři díky personálu jako doma cítit. Laskavý přístup a odbornost je důležitým faktorem, jak zvládat i velmi těžké situace. Potřeby jednotlivých seniorů jsou zcela individuální, a tak nejsou žádná jednotná pravidla, jak k seniorům přistupovat. Určitě je velmi důležité naslouchat a respektovat jejich přání. Jak již vyplynulo z dotazníkového šetření, více než polovina (62%) ošetřujícího personálu uvedla, že senioři se nejčastěji chtějí bavit o vztazích ve své rodině. Je možné, že většina seniorů končí v ústavním zařízení, i když by mohla být se svou rodinou. Jsou to právě mnohdy nevyjasněné vztahy, křivdy a zbytečné dlouholeté spory, které brání v prožívání mnohdy posledních dní života seniorů. Bylo by dobré, zamyslet se nad otázkou, kdyby byly vztahy s rodinami lepší, bylo by tolik seniorů v domovech? Možná se v průběhu let setkáme s menším umístěním seniorů do ústavní péče, možná se budeme v budoucnosti umět postarat i o seniory s těžšími formami demence v rodinném prostředí. Tyto myšlenky však jednoznačně popírá demografická křivka stárnutí, která se neustále zvyšuje. Proto by pro pobytová zařízení mělo být prioritou, spolupráce s rodinou a podílení se na péči o svého blízkého, zachování kontaktů a

informovanost jejich zdravotního stavu. Široká veřejnost i rodina, by měla být včasně informována o průběhu nemoci, co může způsobit a jak by mohli přispět ke zmírnění rizik progresu této choroby.

Na závěr diplomové práce mohu zkonstatovat, že cíle, které jsem zjišťovala se potvrdily. Domnívám se tedy, že senioři s demencí, kteří jsou v ústavní péči mají kvalitní život za přispění personálu, který je vyškolený a zná specifika této nemoci. Další cíl se potvrdil v péči, která je jednoznačně náročnější u pacientů s demencí.

Seznam literatury

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

FOŘT, P., *Výživa v otázkách a odpovědích*. Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-86462-12-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha, 1991, 25 – 35 s. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HOLMEROVÁ, I., et al., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I. et al., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3. vyd., Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMKOVÁ, E., SUCHÁ, J., A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relation, spol.s.r.o., 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HÖSCHL, Jiří; HOLMEROVÁ, Iva; HONZÁKOVÁ, Ludmila et al. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.

HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.

HYNIE, S., *Speciální farmakologie, hormony a vitamíny*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0416-7.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Demence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

JIRÁK, Roman; OBENBERGER, Jiří; PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.

KALVACH, Zdeněk a kol. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie : integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

- KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., *Motivační prokypři práci se seniory*, 1. vyd., Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vydání. Brno: IDVPZ, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1. vyd., Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- PIDRMAN, V., *Demence*, 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 186 s. ISBN 970-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., *Změny jednání seniorů*, 1. vyd., Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, 1.vyd., Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002. *Ageismus : Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-95-06-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje:

www.psychiatriepropraxi.cz
<http://psychiatrie.cz>
www.wikipedia.org.cz

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.
Dostupný také z WWW:
<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>.
ISSN 1211-1244.

Seznam zkratek

ACH	Alzheimerova choroba
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
DAT	Demence Alzheimerova typu
DSM – IV	Diagnostický a statistický manuál duševních chorob, 4. vydání
EEG	Elektroencefalograf
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MMSE	Mini Mental State Examination
NINCDS/ADRDA	National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association
PET	Presenilin
SDAT	Senilní demence Alzheimerova typu
SPECT	Jedno fotonová emisní výpočetní tomografie
WHO	World Health Organization

Seznam příloh

Příloha č. 1

Dotazník

Dotazník – pro zaměstnance (pečující o nemocné)

Jsem studentka II. Ročníku Speciální pedagogiky – andragogiky a chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká kvality života seniorů z pohledu pečující osoby v pobytových zařízeních a obtížnosti spojené s péčí o seniory s demencí. Dotazník je zcela anonymní a výsledky poslouží jen k účelu tohoto výzkumu. V hodnou odpověď prosím označte křížkem, vypisované (vytečkované) odpovědi jsou zcela dobrovolné. Děkuji Vám za strávený čas, který tomuto dotazníku věnujete.

1. Jste:

- Muž
- Žena

2. Jak dlouho pracujete se seniory?

- Do 2 let
- Do 5 let
- Do 10 let
- Více než 10 let
- Více než 20 let

3. Baví Vás tato práce?

- Ano
- Už ne
- Někdy
- Je dost náročná

4. Pokud byste hledal(a) znovu práci, byla by ve stejné sféře?

- Ano
- Ne
- Nevím

5. Co Vás na práci s lidmi seniorského věku baví?

- Péče o seniory
- Aktivity se seniory

- Celková spokojenost seniora
- Jiné – jaké?

6. Jste spokojen(a) s technickým zabezpečením při práci s klienty?

- Ano
- Ne
- Pořád je co zlepšovat

7. Liší se strava pacientů s demencí od běžného stravování seniorů?

- Ano
- Ne
- Jen u pokročilého stádia demence

8. Zaznamenali jste problémy s poruchami příjmu potravy, u pacientů s demencí?

- Ano
- Ne
- Pokud se objevují, jsou stejné jako u běžných pacientů
- Jsou častější u pacientů s demencí

9. Zapojil(a) jste se do dalšího vzdělávání, nebo jste absolvoval(a) kurzy či vzdělávání, které uplatníte v praxi?

- Ano
- Ne

10. Je pro Vás tato práce náročná?

- ano
- ne
- jen někdy

11. Jak prožíváte náročnost práce v péči o seniory?

- Je náročná na psychickou stránku člověka
- Je náročná fyzicky
- Zvládám ji bez zatížení

12. S jakými klienty seniorského věku pracujete nejčastěji?

- Se zdravými seniory (běžné stáří)
- Se seniory, kteří jsou upoutáni na lůžko

- Se seniory s lehkou demencí
- Se seniory s Alzheimerovou nemocí
- Se seniory s jinou demencí
- Se seniory s jiným onemocněním - jakým?.....

13. Pokud pracujete se seniory s demencí, je v něčem vaše práce jiná než u ostatních seniorů?

- Ano – v čem?.....
- Ne
- Jen někdy – můžete vypsát?
- Je rozhodně obtížnější

14. Pokuste se odpovědět na otázku, zda byli senioři, kteří byli ve vašem zařízení přijímáni k pobytu a trpí demencí, diagnostikováni včas.

- Ano, určitě
- Domnívám se, že ano
- Ne, už byla nemoc rozvinutá
- Tuto situaci nemohu posoudit

15. Byla rodina informována o nemoci, ještě před přijetím seniora do vašeho zařízení? (Věděla rodina nějaké informace o demenci, ještě před podáním informací od Vás?)

- Ne
- Ano
- Nevím

16. Dotkly se Vás nějaké změny v legislativě v sociálních službách při vaší práci?

- Ano
- Ne
- Nesleduji to
- Ke své práci přímo legislativu nepotřebuji
- Jiné – (můžete vypsát).....

17. Zažíváte při své práci pocit úspěchu?

- Ano
- Ne
- Někdy
- Snažím se o to

18. Zhodnoťte prosím, čím je pro Vás vaše práce:

- Posláním
- Zaměstnáním
- Zaměstnáním s posláním
- Je důležité mít práci
- Stačí, když mě práce baví

19. Co je pro Vás motivací k další práci se seniory?

- Dobrý kolektiv v práci
- Pevné rodinné zázemí
- Relaxace
- Jiné

20. Zažíváte v práci nějaké krizové situace?

- Ano (můžete napsat jaké?)
.....
- Ne, nikdy
- Jen výjimečně

21. O kterých tématech z nabídky jste se s klienty již bavil(a)?

- Sexualita seniora
- Vztahy v rodině seniora
- Soukromí seniora v pobytovém zařízení
- Otázky odchodu a smrti

22. Jsou témata, o kterých byste se s klienty nebavil(a)?

- Ano (můžete vypsát jaké?)
- Bavíme se o všem, co klienti navrhnou
- Nikdy jsem se s tímto problémem nesetkal(a)