

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Bakalářská práce**

2014

Terezie Houdková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Terezie Houdková

Kvalita života seniorů s demencí v zařízeních ústavního typu

# OBSAH

Teoretická část	
<u>Úvod</u>	<u>1</u>
<u>1 Stárnutí</u>	<u>2</u>
<u>1.1 Vymezení pojmu senior, stárnutí</u>	<u>2</u>
<u>1.2 Somatické změny</u>	<u>3</u>
<u>1.3 Psychické změny</u>	<u>4</u>
<u>1.4. Rozdělení stáří</u>	<u>5</u>
<u>2 Demence</u>	<u>7</u>
<u>2.1 Vymezení pojmu demence</u>	<u>7</u>
<u>2.2 Rozdělení demencí</u>	<u>8</u>
<u>2.3 Nejčastěji se vyskytující demence</u>	<u>9</u>
<u>2.3.1 Vaskulární demence</u>	<u>9</u>
<u>2.3.2 Demence s Lewyho tělísky</u>	<u>11</u>
<u>2.3.3 Demence při Parkinsonově chorobě</u>	<u>12</u>
<u>3 Alzheimerova choroba</u>	<u>13</u>
<u>3.1 Životopis Aloise Alzheimerera</u>	<u>13</u>
<u>3.2 Alzheimerova demence</u>	<u>13</u>
<u>3.3 Příznaky Alzheimerovy demence</u>	<u>14</u>
<u>3.4 Zásady péče o člověka s demencí</u>	<u>18</u>
<u>3.5 Systém péče o člověka s demencí</u>	<u>19</u>
<u>4 Kvalita života</u>	<u>21</u>
<u>4.1 Kvalita života seniorů</u>	<u>26</u>
Praktická část	
<u>5.1 Metodologie</u>	<u>28</u>
<u>5.2. Vlastní výzkumná část</u>	<u>31</u>
<u>Závěr</u>	<u>37</u>
<u>Přílohy</u>	<u>39</u>
<u>Seznam použitých zdrojů</u>	<u>42</u>

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama, za použití citovaných a zmiňovaných zdrojů a s pomocí rad a připomínek vedoucího práce pana Mgr. Oldřicha Müllera, PhD.

V Sokolově dne: \_\_\_\_\_

Terezie Houdková

Podpis: \_\_\_\_\_

## **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu práce panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, PhD., za jeho cenné rady, připomínky, trpělivost a věnovaný čas při vypracování této bakalářské práce.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Terezie Houdková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Kvalita života seniorů s demencí v zařízeních ústavního typu
<b>Název v angličtině:</b>	The quality of senior's life living in institutions suffering by dementia
<b>Anotace práce:</b>	Práce je věnovaná kvalitě života seniorů v ústavních zařízeních, zejména v domově pro seniory a ve specializovaných zařízeních, která pečují o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. V teoretické části se věnuji stárnutí, seniorům a změnám, které ve stáří probíhají, demencím, zaměřila jsem se zejména na Alzheimerovu chorobu, životopis A. Alzheimerova, systém péče, zásady péče, příznaky choroby a na kvalitu života.
<b>Klíčová slova:</b>	stáří, demence, příznaky, péče, kvalita života
<b>Anotace v angličtině:</b>	My work is dedicated to the seniors quality of life living in institute, especially in rest homes and special facilities, which are taking care of persons suffering from Alzheimer's disease. In teoretical part am I focussing on aging, seniors and changes, which take place in senility, dementias, I focused on Alzheimer's disease, A. Alzheimer's curriculum vitae, system of care, principles of care, symptoms of the disease and on the quality of life.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	age, dementia, symptoms, care, quality of life
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazníky SEIQoL: Příloha č. 1 Příloha č. 2 Příloha č. 3

<b>Rozsah práce:</b>	43 strany
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk

# ÚVOD

*„Žít lépe a kvalitněji i v letech, která našemu životu byla dána a přidána.“*

(Jaro Křivohlavý)

Stáří je životní období, které neodmyslitelně patří k lidskému životu a je jeho součástí. I přesto, že je stáří poslední fází života, je potřeba se o seniory či o problematiku procesu stárnutí a samotného stáří zajímat a dále rozvíjet. Je důležité, aby i senioři měli jisté postavení ve společnosti, dny naplněné činnostmi a aktivitami, které jsou pro ně vhodné a měli zajištěnou kvalitní péči. Lidé s vyšším věkem jsou náchylnější k onemocněním demencí. Vzhledem k faktu, že dochází ke stárnutí populace a stařecký věk je typický pro vznik demence je nutné se tématům jako je onemocnění demencemi či kvalita života seniorů s demencí věnovat, zajímat se o ně, informovat o této problematice širokou laickou i odbornou veřejností.

Samotné téma *kvalita života* je v dnešní době aktuálním a stále diskutovaným tématem, stejně tak i problematika týkající se seniorského věku. Na celém světě i v České republice počet osob v seniorském věku roste. A proto je nutné těmto lidem věnovat určitou pozornost a přispívat k tomu, aby kvalita jejich života byla možná co nejlepší. Je žádoucí vytvářet vhodné podmínky pro život seniorů, kteří netrpí demencí, ale i pro seniory, kteří tímto onemocněním trpí.

Předkládaná práce se zabývá seniory, stárnutím a změnami, které s tímto procesem souvisí. Dále zmiňuje různé druhy demencí a to konkrétně Vaskulární demenci, demenci s Lewyho tělísky, demenci při Parkinsonově chorobě a zaměřuje se na téma samotné Alzheimerovy choroby. V textu najdeme životopis Aloise Alzheimerera, dle kterého byla nemoc pojmenována, příznaky choroby a zásady péče. Dalšími kapitolami jsou systém péče o osoby s demencí, kvalita života seniorů.

Cílem teoretické části práce je přiblížit téma kvality života seniorů a problematiku týkající se právě demence. Praktická část má za cíl na základě kvalitativního výzkumu zjistit jak subjektivně vnímají svou kvalitu života oslovení senioři žijící v zařízení ústavního typu a to na základě dotazníku SEIQOL. Součástí praktické části jsou kazuistiky jednotlivých oslovených seniorů trpících demencí, v našem případě se jedná o seniory s Alzheimerovou demencí.



# 1 STÁRNUTÍ

## 1.1 Vymezení pojmů senior, stárnutí

Za seniory dle demografického hlediska považujeme osoby starší 65 let věku. „*Organizace spojených národů uvádí jako ‚vstup do stárnutí‘ věk 65 let*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 25).

Haškovcová (2010) uvádí definici Světové zdravotnické organizace, podle které je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Kalvach, Zadák, Jirák et. al. in Haškovcová, 2010, s. 20).

Jedná se o osoby, u nichž již začal biologický proces stárnutí organismu. V dávných historických dobách se lidé stáří nedoživali, umírali již ve věku 40 let. Avšak v dnešní době je celosvětovým trendem a faktem stárnutí populace. Což je pozitivní zjištění, které poukazuje na zlepšení a pokroky v lékařské a sociální péči. Představuje to potencionál pro sociální a ekonomický rozvoj (MPSV, 2008).

„*Jedním ze symptomů stárnutí populace je nárůst procentuálního podílu staršího obyvatelstva v celkové populaci*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 16).

Dle Hudákové a Majerníkové (2013) je vzhledem k trendu stárnutí populace potřeba dbát na zvýšený důraz péče o seniory, což vede ke vzniku nových typů sociálních, zdravotních, ale i edukačních a dalších služeb.

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Probíhá u každého jedince rozdílně, individuálně a v jiném tempu. Je závislé na původním funkčním stavu dotyčného, jeho životním stylu, na psychických, sociálních a ekonomických činitelích (Kalvach a kol., 2004).

V literatuře je možné vyčíst několik vymezení stárnutí, mezi které patří například níže zmíněné definice různých autorů, zabývajících se problematikou stárnutí. Definice jsou rozdílné, avšak je možné říci, že se ve všech zmíněných definicích mluví o úpadku, poklesu a zhoršení jednak stavu člověka a jednak jednotlivých funkcí.

„*Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí*“ (Kalvach, 1997, s. 18).

„*Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu,*

*kteří podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti“ (Langmeier, Krejčíková, 2006, s. 202).*

*„Stárnutí je proces spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí“ (Vágnerová, 2007, s. 238).*

*„Stárnutí přináší zhoršení somatického i psychického stavu. Avšak proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů“ (Vágnerová, 2007, s. 311).*

*„Stáří je zároveň tělesný, psychický, sociální a duchovní jev“ (Baltes in Gruss, Perspektivy stárnutí, 2009, s. 11).*

Dle Hamiltona (1999) stáří považujeme za postvývojovou fázi lidského života, Křivohlavý (2011) považuje věk mezi 65 – 85 lety za třetí úsek života.

## **1.2 Somatické změny**

Somatické změny jsou nejvíce zřetelné a viditelné na první pohled. Během stárnutí ubývá vitality vzhledem k rostoucímu věku. Dochází k omezování pohybového aparátu a kloubní pohyblivosti, mění se i výška jedince. Jedinec ztrácí rychleji síly a jeho pohyb je pomalejší. Poměrně častým jevem je i řídnutí kostí s vyšším rizikem zlomenin, takzvaná osteoporóza. Celkově je zhoršena schopnost regenerace organismu a to zapříčiňuje delší dobu léčby úrazů a nemocí. Mimo tyto změny přicházejí i zdravotní komplikace. Kvůli snížené imunitě a obranyschopnosti organismu je senior náchylnější k nemocem. Obecně se zhoršuje smyslové vnímání. *„Nejvážnější zrakovou vadou, kterou trpí většina starých lidí je ztráta zrakové ostrosti“ (Hamilton, 1999, s. 27).* Dochází i k dalším změnám, jako je posunutí vnímání světla, jiné vnímání barev, pomalejší vnímání zrakových podnětů, zhoršení vnímání detailů. Většina seniorů trpí zhoršeným sluchem, nedoslýchavostí zvanou presbyakuzí. Lejska (2003) presbyakuzii definuje jako postupnou ztrátu sluchu vlivem rostoucího věku. Sluch se zhoršuje již v průběhu dospělosti. Více ohroženými jsou jedinci, kteří pracují v hlučném prostředí, jako jsou například stavební dělníci či učitelé. Zajímavostí je, že se lidem v seniorském věku zvětšuje ušní boltec. Oficiální vysvětlení neexistuje, ale můžeme se domnívat, že roste právě z důvodu zhoršujícího se sluchu, aby lidé mohli zvukové signály zaznamenávat lépe (Hamilton, 1999). Také se mění vzhled, lidem začínají šedivět vlasy, vráskovatět kůže (Langmeier, Krejčíková, 2007).

I dle Haškovcové (2010) lidem ve stáří šedivějí vlasy, řídnou, vznikají vrásky. Dále také

ochabuje svalstvo, klesá jeho pružnost a kůže začíná pigmentovat. Zmiňuje i výšku starých osob, u kterých se postava zmenšuje. Dochází i ke stárnutí smyslů, například u hmatu byl vysledován vyšší práh citlivosti. Čich zůstává relativně neměnný, ale je oslabeno vnímání chutí.

Vzniklé změny jsou nevratné a regresivní. Dochází k úbytku hmotnosti mozku i ke zmenšování jeho velikosti.

Pacovský a Heřmanová v roce 1981 (in Langmeier, Krejčíková, 2007) rozdělili teorie stárnutí do tří skupin:

1. teorie o působení zevních vlivů
2. teorie o působení vnitřních vlivů
3. teorie porušené integrace a organizace

Pacovský (1994) tvrdí, že při stárnutí dochází ke zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. Snižuje se adaptační schopnost a odolnost k zátěžím. Dále dochází k poklesu imunity. Přichází i zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů. Je zhoršené vnímání takzvanými zevními smysly, tedy zrak, čich, sluch, hmat a chuť. Se stářím také souvisí úbytek tělesné hmoty a pokles svalové síly i úbytek kostní hmoty.

### **1.3 Psychické změny**

Mimo somatické změny dochází i k přeměnám psychickým a emocionálním. Může docházet k poruchám paměti, nejčastěji se jedná o poruchu vstřípivosti nových informací. Senioři si méně pamatují a hůře vybavují vzpomínky, nebo spíše si je vybavují nepřesně. Více zapomínají události nově vzniklé, než příběhy z dětství (Langmeier, Krejčíková, 2007).

Schopnost přizpůsobit se novým věcem je značně omezena. Senioři si hůře zvykají na nová prostředí či nové situace. Někteří jsou v tomto směru velice rigidní a je například velký problém je přestěhovat do jiného bytu nebo vyhodit starou, nefunkční věc.

S přibývajícím věkem klesá inteligence, zejména ta, která se měří běžnými testy, jako je například Wechslerův test (Langmeier, Krejčíková, 2007).

Celkově se jedná o velmi náročné životní období, které je mimo jiné spojené i se ztrátou zaměstnání, které pro většinu lidí představuje hlavní a každodenní náplň života. To je výrazná a náhlá změna sociálního zařazení (Langmeier, Krejčíková, 2007).

Senior tudíž přichází o smysl celého dne. Někteří lidé si dokážou najít nové činnosti a aktivity, kterými tráví čas. Například se začnou naplno věnovat vnoučatům či navštěvují

nejrůznější kluby seniorů, divadla nebo podobné instituce. Jedná se o aktivní jedince. Pro jiné jde o závažný problém a s velkým množstvím času si neví rady. Tito lidé se pak stávají pasivními. Křivohlavý (2011) uvádí, že lidé v důchodu mají hodně času, takže vlastně nevědí, co mají dělat.

V tomto období je častá ztráta životního partnera či partnerky, z důvodu úmrtí. Ovdovění více postihuje ženy než muže. Což je další nelehká situace, se kterou se musí senior vyrovnat (Hamilton, 1999).

## 1.4 Rozdělení stáří

Hamilton (1999) uvádí následující hlediska, dle kterých lze rozdělit stáří:

- 1) **biologické stáří**: je vymezeno involučními změnami, které jsou těsně propojeny s chorobami
- 2) **sociální stáří**: je období vymezené sociálními změnami jako je na příklad odchod do důchodu, dochází ke změnám sociálních rolí
- 3) **kalendářní neboli chronologické stáří**: je vymezeno dosažením určitého věku

Věk či stáří můžeme kategorizovat do několika skupin.

Kozáková a Müller (2006) uvádějí rozdělení stáří dle Světové zdravotnické organizace – WHO:

- rané stáří: 60 - 74 let
- pozdní stáří: 75 - 89 let
- dlouhověkost 90 a více let

Mühlpachr a Staníček (2001) nabízejí následující periodizaci stáří:

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

Jiné dělení nabízí Haškovcová (2010):

- střední (zralý) věk: 45 – 59 let

- vyšší věk (rané stáří): 60 - 74 let
- stařecký věk (sénium, vlastní stáří): 75 – 89 let
- dlouhověkost: 90 let a výše

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí na serveru *www.mpsv.cz*, že v České republice i v dalších zemích Evropy dochází ke stárnutí populace. I když jsme nyní jednou z mladších zemí Evropské unie co se týče obyvatelstva, během několika desítek let se tato situace obrátí (MPSV, 2008).

*„Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob“* (MPSV, 2008).

Krejčířová, Vymazalová, Hublar (2011) ve své publikaci upozorňují na to, že v souvislosti s touto skutečností vznikají i nové obory například ve speciální pedagogice a to konkrétně speciálněpedagogická andragogika či speciálněpedagogická gerontoandragogika. Tyto obory reagují na potřebu společnosti zaměřit se na dospělé jedince se specifickými potřebami a pomáhat jim v průběhu jejich života.

## 2 DEMENCE

### 2.1 Vymezení pojmu demence

Pojem demence je dle autorů Koukolíka a Jiráka (1998) odvozený od latinského kořene *de mens*, který značí pokles úrovně kognitivních neboli poznávacích schopností.

Jakýmsi klíčovým příznakem, který vede k úvaze o možnosti výskytu demence je porucha paměti spojená s poruchou prostorové orientace. Porucha jazyka, která se vyznačuje jednak obtížemi v chápání a jednak obtížemi ve vyjadřování, ať už slovním či písemným. Dále je to porucha praxe, tedy porucha obratnosti a zručnosti. Porucha osobnosti projevující se oploštěním emotivity. Někdy se jedná o sentimentální osobnost, někdy o agresivní. Typické jsou i poruchy úsudku a nedostatek náhledu (Koukolík, Jiráka, 1998).

Jiráka a kol. (1999) uvádějí, že demence zahrnuje tyto symptomy:

- deteriorace intelektu
- poruchy paměti
- poruchy orientace
- poruchy soudnosti, poruchy schopnosti abstraktního myšlení
- poruchy pozornosti, motivace
- poruchy chápání
- apraxii, afázii atd.
- poruchy chování
- poruchy emotivity
- poruchy osobnosti

Častý je i výskyt halucinací, bludů.

Poruchy orientace se u demencí vyskytují poměrně často. Zejména orientace v prostoru a v čase. Dostí typické jsou poruchy pozornosti a také poruchy motivace. Jedinci ztrácejí zájem o koníčky, ale i blízké osoby. Výjimečné nejsou ani poruchy emotivity, kdy se jedinci stávají emočně otupělými, ubývá vyšších citů. Dále dochází k poruše osobnosti. Od degradace osobnosti až po její rozpad. Halucinace a iluze patří k poruchám vnímání, které se u demencí nekonstantně vyskytují. Doprovodným příznakem jsou i poruchy spánku. A to buď v podobě inverze cyklu spánků – bdění či insomnie neboli nespavost (Jiráka a kol., 1999).

Termín demence zavedl zakladatel psychiatrie Philip Pinel (1745 – 1826). Označoval takto různé choroby, které vedou ke zhoršení intelektu. Dominique Esquirol (1772 – 1840) od sebe

rozlišil vrozenou idiocii a získanou demenci. Demence se dělí dle stupně závažnosti do tří či čtyř skupin. Dělení bylo zavedeno zejména pro Alzheimerovu chorobu. Autoři Jirák a kol. (1999) uvádějí následující dělení:

1. stádium: mírná porucha paměti, zapomnětlivost, apatie
2. stádium: střední či těžká porucha paměti, dezorientace, výskyt řečových poruch, apraxie
3. stádium: jedinec není schopný se o sebe sám postarat a je plně odkázaný na péči okolí, verbální komunikace je velice narušena
4. stádium: pacient je zcela upoután na lůžko, nekomunikuje

Dle Koukolíka (Jirák, Koukolík, 2004) se jedná o syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy. Definice demence dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (in Kučerová, 2006, s. 9) „*Demence (F 00 - F 03) 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.*“

„*Výraz demence označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobených atrofií centrálního nervového systému (CNS)*“ (Hamilton, 1999, s. 177).

## 2.2 Dělení demencí

Kalvach (2008) uvádí následující dělení:

### **Skupina demencí atroficko-degenerativních**

- Alzheimerova choroba - nejčastější demence, až 60% případů
- demence s Lewyho tělísky
- demence při Parkinsonově chorobě
- frontotemporální demence
- kortikobazální degenerace
- demence typu Parkinson+
- demence při Huntingtonově chorei
- nemoc s argyrofilními zrny

### **Skupina demencí symptomatických (sekundárních)**

## Vaskulární demence

- multiinfarktová demence
- vaskulární demence s náhlým začátkem
- převážně podkorová vaskulární demence
- smíšená kortikosubkortikální vaskulární demence
- jiné, vzácné typy vaskulárních demencí
- smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence

## Ostatní symptomatické demence

- demence infekční etiologie
- demence prionové etiologie
- metabolicky podmíněné demence
- demence intoxikační etiologie
- demence u kolagenóz
- demence při epilepsii
- demence traumatické etiologie
- demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem likvoru
- demence při tumorech
- demence při avitaminózách

## 2.3 Nejčastěji se vyskytující demence

### 2.3.1 Vaskulární demence – Multiinfarktová demence

*„Tradiční klasifikace považuje vaskulární demenci:*

- *za důsledek mnoha infarktů mozkové tkáně, "malých a velkých", čemuž se říká multiinfarktová demence (MID)*
- *za důsledek strategicky umístěného infarktu mozku*
- *za důsledek lakunárního stavu*
- *za důsledek Binswangerovy nemoci*
- *za důsledek kombinace těchto stavů, (Jirák, Koukolík, 2004, s. 168)*



Tradiční klasifikace byla již překonána. Výskyt této demence roste s věkem a je vyšší u mužů než u žen. K diagnostikování vaskulární demence je třeba mít prokázané cerebrovaskulární onemocnění a demenci. Dále je důležitý výskyt kardiovaskulárních onemocnění (hypertenze), obezity, diabetes mellitus. Mezi nejpoužívanější diagnostická kritéria patří NINCDS - AIREN a dále kritéria DSM - IV a MSK - 10. Typickým příznakem jsou časté změny ve stavu pacienta v průběhu krátkých intervalů (Koukolík, Jirák, 1998).

*„Typické pro anamnézu jsou ischemické ataky přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, přechodnými parézami nebo ztrátou vidění“ (Jirák, Laňková, 2007, s. 3, [online]).*

Zhoršování neboli deteriorace kognitivních i nekognitivních funkcí má stupňovitý charakter. Vaskulární demence (VAD) vzniká akutně po cévních mozkových příhodách. Často je spojena s depresí. Na rozdíl od Alzheimerovy choroby je osobnost člověka s vaskulární demencí zachována a stejně tak náhled na chorobu.

Dle MKN 10. revize je dělení Vaskulární demence následující:

- Vaskulární demence s akutním začátkem
- Multiinfarktová demence
- Subkortikální vaskulární demence
- Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- Jiné vaskulární demence
- Vaskulární demence NS

(WHO/ÚZIS, 2013).

Hamilton (1999) místo Vaskulární demence zmiňuje Multiinfarktovou demenci (MID). Dochází k poškození mozkové tkáně ve velkém počtu a to zapříčiňuje vznik demence.

*„K infarktům dochází v mozkové tkáni relativně náhodně, ačkoliv obzvláště těžce postižena bývá mozková kůra a ostatní oblasti řídicí, vyšší mozkové funkce“ (Hamilton, 1999, s. 189).*

MID lze zjistit pomocí Ischemické hodnotící škály ( také pod názvem Hachinského ischemická škála). Dle vykazujících symptomů jsou pacientovi připisovány body. Skóre 7 a více bodů indikuje onemocnění (Hamilton, 1999).

### 2.3.2 Demence s Lewyho tělísky

Jedná se o druhou nejčastější demenci a to hned po Alzheimerově chorobě. Pojmenování má mnoho variant, některá dokonce považují demence s Lewyho tělísky za variantu Alzheimerovy choroby. Faktem je, že součástí této demence jsou alzheimerovské změny.

Základním diagnostickým znakem jsou Lewyho tělíška. Lewyho tělíška jsou kmenová a korová. Vyskytují se jednotlivě i mnohočetně, hledají se v pigmentových neuronech. Vývoj demence s Lewyho tělísky je dynamický, tělíška a neurity napadají nejdříve amygdalu a nakonec neokortex.

Rozvíjí se pomalu a nenápadně stejně jako Alzheimerova demence. Mezi nejčastější příznaky patří svalová rigidita, šouravá chůze.. V začátcích onemocnění se objevují problémy s krátkodobou pamětí a vyjadřováním. Také zde chybí náhled na nemoc, logické uvažování. Typické jsou poruchy vnímání - zrakové halucinace či iluze. Vyskytují se deprese. Onemocnění trvá průměrně 7 - 8 let, končí smrtí a vyskytuje se nejčastěji u mužů starších 75 let (Jirák, Koukolík, 2004).

Demenci s Lewyho tělísky řadíme mezi atroficko – degenerativní demence.

Někteří autoři řadí tuto demenci mezi neurodegenerativní onemocnění na hranici mezi Parkinsonovu a Alzheimerovu demenci. Název nese po Friedrichu Heinrichu Lewym (1855 – 1950), což byl německý neurolog a internista. Z Německa emigroval do Velké Británie a poté do USA. Kulovitá tělíška Lewy poprvé popsal v roce 1912 (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

### 2.3.3 Demence při Parkinsonově nemoci

Parkinsonova nemoc byla pojmenována po anglickém lékaři z Londýna Jamesi Parkinsonovi. Jako první totiž popsal případ "třaslavé obrny" a to v roce 1817 (VFN, 2013).

Parkinsonova nemoc je progresivní motorická porucha, vyskytující se v dospělosti, kterou doprovází například svalový třes či končetinová rigidita. Je řazena mezi podkorové demence. Progrese bývá zpravidla pomalá. Dalšími jevy můžou být deprese, úzkost, delírium a později úbytek kognitivních funkcí, abstraktního myšlení. Je narušena schopnost naplánovat si určité akce. Řeč je pomalá a bez intonace. Nemoc je nevyléčitelná. Mezi rizikové faktory patří život na venkově, voda ze studní, kouření (Jirák, Koukolík, 2004).

Při diagnostice je důležitá přítomnost neurologického symptomu. Postihuje 100 - 150 lidí ze 100 000 (Geriatrické revue, Rektorová, 2008). Demence při Parkinsonově nemoci je snadno zaměnitelná s demencí s Lewyho tělísky (Jirák, Koukolík, 2004).

Dle Holmerové a kol. (2007) se demence u osob trpících Parkinsonovou chorobou vyskytuje u 10 - 30 % nemocných.

Roth, Sekyrová a Růžička (2009) uvádějí, že choroba vzniká ve středním věku člověka, průměrný věk uvádějí 50 – 60 let. Avšak existují i předčasné formy, které vznikají okolo 40 let věku, nebo naopak pozdní formy, které přicházejí po 75. roce věku. Výskyt neboli prevalence Parkinsonovi nemoci v Evropě se pohybuje mezi 84 až 187 nemocnými na 100 tis. obyvatel. Jak je již výše zmíněno, nemoc je nevyléčitelná, lze její příznaky potlačit.

Příčina vzniku není zatím známa, existují pouze hypotézy a domněnky. Mezi rizikové faktory se řadí vliv životního prostředí a genetická podmíněnost (Bonnet, Hergueta, 2012).

## 3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

### 3.1 Životopis Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer byl německý psychiatr a neuropatolog, který se narodil 14. června 1864 v Markbreitu nad Mohanem a zemřel 19. prosince 1915 ve Vratislavi. Pochován je ve Frankfurtu nad Mohanem. Jeho otec se jmenoval Eduard Alzheimer, matka se jmenovala Theresie. Alois Alzheimer studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu.

V roce 1894 se oženil s Nathalií Geisenheimerovou. Měli společně tři děti. Již v roce 1906 zveřejnil případ jednapadesátileté ženy Augusty Deterové, která nastoupila v roce 1901 do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem. Nebyla schopna se sama o sebe postarat, zároveň odmítala pomoc druhých. V průběhu času se u ní objevila dezorientace či zhoršená paměť. Také se u této ženy objevily poruchy řeči, agresivní chování a halucinace. To vše pokračovalo a její celkový stav se výrazně zhoršil, až došlo k celkovému omezení vyšších mozkových funkcí. V roce 1907 byla nemoc pojmenována po A. Alzheimerovi (Koukolík, Jirák, 1998).

### 3.2 Příznaky Alzheimerovy choroby

Příznaky se vyvíjejí pomalu a plíživě. Zprvu není jednoduché rozlišit symptomy Alzheimerovy choroby od příznaků normálního stárnutí. Prvním typickým příznakem bývají poruchy krátkodobé paměti, kdy jedinec zapomíná každodenní události. Koukolík a Jirák (1998, s. 90) uvádějí, že poruchy slovní paměti jsou jedním z klasických příznaků Alzheimerovy choroby. *„Přibližně u 40% nemocných se začnou projevovat poruchy nekognitivních funkcí, například deprese, halucinace a agresivita.“*

Dále jsou to poruchy nálad a chování. Tyto poruchy jsou mnohem nápadnější, než poruchy kognitivních funkcí. Občas se u Alzheimerovy demence vyskytuje deprese či úzkost, agresivní či neagresivní poruchy chování. Nemocní jsou často přesvědčeni, že jim nic není a léčbu odmítají. Jedná se tedy o anozognozii. Mezi častý příznak patří poruchy spánku. Zejména takzvaná reverzní porucha. To znamená, že jedinec většinu dne prospí a velkou část noci bdí. Zezačátku pacienti zapomínají kam si odložili své věci či je ztrácejí. Zapomínají běžné informace jako jsou jména známých. Dále přichází porucha orientace v prostoru i v čase. Jedinec se může ztratit i v místě, které dobře zná. Málomocný pacient je schopný přesně říci, datum či jaký je den. Vytrácí se logické uvažování, návaznost myšlenek. Objevuje se

nesmyslné jednání. Jedinec, který byl před propuknutím choroby klidným, vždy ovládal své emoce, se najednou dokáže velice snadno a často rozčítit a nedokáže se ovládat. Typickým projevem jsou halucinace a bludy. Halucinace je vjem, který není založený na reálném podkladu a jedinec je přesvědčený o jeho existenci. Blud je chorobné přesvědčení, které je nevývratné. Jedinec je například přesvědčený, že mu někdo bere jeho osobní věci. Dalším příznakem je ztráta schopnosti rozeznávat jednotlivé osoby, zejména jejich tváře. V pozdních fázích nemoci, jedinec nerozezná ani své rodinné příslušníky. Přicházejí potíže s koncentrací, jedinec není schopný se soustředit dlouhodobě a záměrně. V rozvinutém stádiu choroby již jedinec nerozumí tomu, co mu kdo říká. Vytrácí se motorické schopnosti, jedinec není schopný samostatného pohybu, stává se pacientem upoutaným na lůžko. Nedokáže se bez pomoci druhé osoby najít, umýt se či jít na toaletu. Jedinci jsou apatičtí, nedokáží udržet oční kontakt. Často bývají inkontinentní. V průběhu onemocnění pacienti hubnou (Koukolík, Jirák, 1998).

Alzheimerova choroba trvá obvykle 3-8 let a muži umírají dříve, než ženy. Avšak je prokázáno, že u žen se choroba vyskytuje častěji. Délka života jedince s Alzheimerovou chorobou je závislá na věku, v němž byla diagnóza stanovena (Koukolík, Jirák, 1998).

### **3.3 Alzheimerova demence**

Toto onemocnění je heterogenní nemoc. Jedná se o nejčastěji vyskytovanou demenci. Více ohrožené jsou ženy ve vysokém věku, nežli muži. Počet lidí, kteří onemocní Alzheimerovou nemocí roste s věkem, avšak stále se diskutuje o tom, zda je rostoucí počet případů onemocnění vázán na věk či stárnutí. Topinková (2005) uvádí, že Alzheimerova nemoc tvoří asi 50 – 60% ze všech demencí vyskytujících se ve stáří.

*„Alzheimerova choroba je jedna z největších zdravotních zátěží lidstva, podobně jako kardiovaskulární choroby, zhoubné nádory a AIDS“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 139).*

Zgola (2003) uvádí, že dle Americké psychiatrické asociace je definice Alzheimerovy choroby následující: jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

1. poruchy paměti
2. jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
  - a) afázie (porucha již získané řeči)
  - b) apraxie (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost, přestože pohybové funkce nejsou poškozeny)

c) agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty, přičemž sensorické funkce nejsou postiženy)

d) poruchy výkonu činností (například: plánování, organizace činností) (Zgola, 2003).

I Koukolík, Jirák (1998) uvádějí tato obecná kritéria diagnózy demence dle čtvrtého vydání Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti DSM IV.

Autorka Regnault uvádí, že Alzheimerova demence je neurodegenerativní onemocnění, které je získané v dospělosti a je nevyhléditelné. Můžeme pouze zmírnit průběh choroby. I když se nám občas může zdát, že nemocný jedinec má takzvaný lepší den, nebo se mu jednou za čas daří lépe, jedná se o nepomíjivé onemocnění mozku. Dochází k postupnému zhoršování kognitivních funkcí. Alzheimerovu chorobu řadíme mezi atroficko - degenerativní demence. Typickým znakem je atrofie, čili úbytek mozkové tkáně. *„Při onemocnění Alzheimerovou chorobou dochází u člověka k degenerativním změnám neuronů, tedy mozkových buněk, které umožňují přenášet a zpracovávat informace zvenku“* (Regnault, 2011, s. 16).

Kromě globální atrofie mozku při onemocnění Alzheimerovou chorobou dochází i k atrofii spánkového laloku.

*„Vývoj Alzheimerovy nemoci doprovázejí regresivní (ale i progresivní) změny dendritických systémů. Jsou úměrné stupni kognitivních poruch“* (Jirák, Koukolík, 2004, s. 125).

Demence postihuje následující funkce: poznávací funkce, schopnost vykonávat běžné aktivity, dále pak chování, spánek a emotivitu.

*„Možnými rizikovými vlivy pro vývoj Alzheimerovy nemoci jsou poranění hlavy, nižší vzdělání a kouření cigaret“* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 19). Tito autoři dále uvádějí, že mezi další možné rizikové faktory řadíme pohlaví. Ověřenými rizikovými faktory jsou familiární agregace a genetické vlivy včetně Downova syndromu.

Jak uvádí Jirák (Jirák, Koukolík, 2004) existuje řada škál, které potvrzují přítomnost demence a její stupeň. Alzheimers Disease Assesment Scale slouží k hodnocení kognitivních i nekognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby. Nejvyužívanější orientační testovou metodou na zjištění přítomnosti demence je MMSE (Mini-Mental State Examination). Dalším screeningovým testem na zjištění demence je Test kreslení hodin neboli CDT (MMSE, 2002).

Titíž autoři uvádějí, že při diagnostice se využívá magnetická rezonance MRI nebo výpočetní tomografie CT. Při Alzheimerově chorobě dochází ke zmenšování neboli atrofii oblastí hipokampů v mozku. Tyto struktury jsou odpovědné za paměť.

„Klinická diagnóza Alzheimerovy nemoci se zakládá na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích skupiny NINCDS - ADRDA z roku 1984“ (Koukolík, Jirák, 1998, s.99).

Koukolík a Jirák (1998) uvádějí, že následující kritéria diagnózy pravděpodobné Alzheimerovy choroby jsou:

- a) diagnóza demence
- b) porucha dvou nebo více poznávacích funkcí
- c) progresivní zhoršení paměti nebo jiných poznávacích funkcí
- d) není porucha vědomí
- e) onemocnění začíná ve věku 40-90 let, nejčastěji po 65. roce věku
- f) jiné systémové onemocnění nebo onemocnění mozku, které by mohlo vysvětlit poruchu poznávacích funkcí samostatně, není přítomno.

Dle autorů Koukolíka a Jiráka (1998) je definitivní diagnóza Alzheimerovy demence podle kritérií NINCDS – ADRDA histologická. I přesto, je však nutné mít na paměti, že choroba je vyvíjející se proces.

U Alzheimerovy choroby rozlišujeme tři stádia demence:

**1) První stádium** (může trvat 2 – 4 roky): jedná se o syndrom počínající a mírní demence, jedinec je schopný samostatně fungovat za pomoci nejrůznějších lístečků, upomínek, návodů a pomůcek. Jsou přítomny poruchy paměti, zejména té krátkodobé. Občasná časová dezorientace, obtížné hledání slov. Ztráta zájmů a koníčků.

**2) Druhé stádium** (může trvat 2 – 10 let): syndrom rozvinuté demence, již je potřeba jedince neustále kontrolovat a dohlížet na něho. Dotyčný se špatně orientuje jak v prostoru, tak v čase. Jedná se o nejdélší období a také nejnáročnější, zejména pro pečující osobu. Jedinec zapomíná jména přátel i rodinných příslušníků, vyhýbá se návštěvám cizích míst. Ignoruje hygienu ani jídlo.

**3) Třetí stádium** (může trvat 3 a více let): neboli syndrom pokročilé demence, jedinec již není soběstačný, je potřeba, aby mu byla zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče. Stává se úplně závislým. Jedinec nepoznává přátele, ani členy rodiny. Může se stát agresivním, pokud se cítí ohrožený (Alzheimerova nemoc v rodině, 2004, [online], Brydenová, 2013).

Alzheimerova choroba má dvě základní formy:

**1) forma familiární** - jedná se o velmi vzácnou formu, kde hlavní roli hraje dědičnost, můžeme zde sledovat genetické faktory, typické pro tuto formu je začátek choroby v mladším věku, podíl těchto případů je zhruba 5-10%

**2) forma sporadická** - zapříčiňuje až 80% případů, vzniká v pozdním věku (Alzheimerova nemoc, 2004, [online]).

Dále můžeme dělit Alzheimerovu chorobu dle doby vzniku:

**1) presenilní (raná)**- časný začátek před 65. rokem věku

**2) senilní (pozdní)** - vzniká až po 65. roce života (Koukolík, Jirák, 1998).

Klasifikace Alzheimerovy choroby dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), která vstoupila v platnost 1.1. 1993 a v České republice v roce 1994 je následující:

#### **F 00 Demence u Alzheimerovy nemoci**

- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem - začíná před 65. rokem věku a má poměrně rychle se zhoršující průběh
- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem - vzniká po 65. roce věku, obvykle v 70 letech či později a má pozvolný průběh
- Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- Demence u Alzheimerovy nemoci NS

(MKN 10., 2008, [online]).



### 3.4 Zásady péče o člověka s Alzheimerovou demencí

Existují základní pravidla či zásady a doporučení, jak se chovat k lidem s Alzheimerovou demencí, jak s nimi jednat, jak pro ně připravit vhodné prostředí. Zmíním dvě základní oblasti péče a to konkrétně rady a zásady pro *komunikaci*, doporučení a pravidla v případě, že se senior trpící Alzheimerovou chorobou *toulá*. (Regnault, 2011).

#### 1) Komunikace s osobou trpící Alzheimerovou chorobou

Dle autorky Regnault (2011) komunikace může probíhat buď verbálně, tedy za pomoci slov či neverbálně pomocí gest, mimiky, pohybů a doteků. Komunikace s jedincem, který trpí Alzheimerovou chorobou je značně narušena. Jedinec zcela nerozumí tomu, co mu říkají ostatní a také není rozumět jemu. Jednak z důvodu zhoršených komunikačních schopností a také kvůli tomu, že sled jeho myšlenek je narušený a nelogický.

Je nutné přizpůsobit projev stavu postiženého jedince a stádiu nemoci. Zásadním pravidlem je být trpělivý a neodbývat komunikaci. Efektivní komunikace je důležitým aspektem při péči.

Autorka uvádí následující obecná pravidla:

- rozhovor musí probíhat v klidném a tichém prostředí, aby nemocného nerušily žádné okolní vlivy
- měli bychom mluvit pomalu, spíše hlubokým hlasem, jelikož vysoký hlas je méně srozumitelný a měli bychom řádně artikulovat každé slovo
- k nemocnému bychom měli stát čelem a tak, aby dobře viděl na náš obličej, ústa, jedinci se díváme do očí
- vyjadřujeme se v jednoduchých větách, používáme srozumitelné výrazy
- v pozdních fázích nemoci si jedinec málokdy uvědomuje kdo jsme a proto, se mu připomeneme neboli představíme ještě před zahájením rozhovoru

- pozorní musíme být i my ve chvíli, kdy se vyjadřuje nemocný jedinec, neboť postižený má problémy s vyjadřováním, používá většinou jednotlivá slova či velmi okleštěné a jednoduché věty
- v pozdní fázi choroby je komunikace spíše neverbální a proto bychom se neměli bát používat doteky, nejrůznější mimická vyjádření, úsměvy

(Regnault, 2011)

## 2) Když se nemocný toulá

V pokročilých fázích nemoci se jedinec téměř vůbec neorientuje v okolí, ani ve svém bytě.

Holmerová (2004) uvádí následující pravidla, co dělat:

- měli bychom vysledovat, zda jeho toulání nesouvisí s nudou, pokud ano, je nutné rozšířit zájmy tohoto jedince
- měli bychom dbát na to, aby byl jedinec vždy opatřen identifikačními kartičkami (v kapsách oděvu), které obsahují telefonní číslo či adresu, kam volat nebo zajít v případě, kdy byl jedinec nalezen dezorientovaný venku
- je potřeba nainstalovat doma nejrůznější vymoženosti, které zabrání tomu, aby jedinec odešel z bytu sám ( speciální zámky)
- rozhodně bychom neměli jedince kárat za to, že z bytu odešel a ztratil se

## 3.5 Systém péče o člověka s demencí v ČR

V České republice je péče o seniory s demencí, ale i o kohokoliv jiného, kdo péči vyžaduje zajištěný sociálním systémem a jeho službami. Ty jsou zakotveny v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. v platném znění. Zákon byl vydán ministerstvem práce a sociálních věcí a v

platnost vstoupil 1. 1. 2007. Jeho prováděcím předpisem je Vyhláška číslo 505/2006 Sb. Ta mimo jiné obsahuje přílohu s takzvanými Standardy kvality sociálních služeb. Ty byly vydané taktéž MPSV a to v roce 2002. Avšak do roku 2007 byly brány pouze jako doporučení. Závazným předpisem se staly 1. 1. 2007. Dle Valenty a Müllera (2009) se jedná se o soubor měřitelných a ověřitelných kritérií. Je to 15 kritérií rozdělených do 3 skupin. Slouží zejména k tomu, aby byla respektována základní lidská práva, dále aby byla nastavena odpovídající úroveň poskytovaných služeb. Tyto Standardy jsou obecné a použitelné pro všechny poskytované sociální služby. V naší republice existuje i možnost pečovat o svého nejbližšího, který onemocní demencí, doma v jeho přirozeném prostředí. I pro tuto variantu se některé rodiny rozhodnou a nabízených sociálních služeb využívají jen okrajově.

Zmíním zde některé sociální služby, které je možné využít pro péči o seniory s demencí. Informace pocházejí zejména ze zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. v platném znění.

**1) Osobní asistence** - terénní sociální služba, která je poskytována v přirozeném prostředí uživatele služby a to při činnostech, při kterých to osoba vyžaduje a potřebuje. Tato služba je spíše využitelná v samých začátcích u seniorů s demencí.

**2) Pečovatelská služba** - terénní nebo ambulantní služba, poskytovaná buď v přirozeném sociálním prostředí uživatele či v zařízeních sociálních služeb. Opět se jedná o službu, která je využitelná pro seniory s demencí spíše v samém začátku propuknutí demence.

**3) Domov pro seniory** - pobytová služba, která je realizována v zařízeních sociálních služeb, zaměřena konkrétně na seniory, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Mezi základní poskytované činnosti patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti, sociálněterapeutické činnosti a některé další.

**4) Domovy se zvláštním režimem** - dle Krejčířové a Treznerové (2012) poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách či osobám s Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí. Režim je zde přizpůsobený specifickým potřebám uživatelů. Domovy se zvláštním režimem jsou nejvíce specializovanými zařízeními pro péči o seniory s demencí.

## 4 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je dle Heřmanové pojem užíván laickou společností i politiky (Heřmanová, 2012).

Podle Hartla, Hartlové (2000) se jedná o vyjádření pocitu životního štěstí.

*„Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje. Na jedné straně představuje objektivní podmínky pro dobrý život a na druhé straně subjektivní prožívání dobrého života“* (Timoracký, 2002 in Heřmanová, 2012, s. 36). Jiná definice zní: *„Kvalita lidského života závisí ve velké míře na zdraví, pocitu spokojenosti a mezilidských vztazích“* (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36).

Podle Šalgovičové je kvalita života výsledek vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje (in Heřmanová, 2012).

Je zřejmé, že termín nelze jednoznačně přiblížit a definovat, o což se pokusilo již mnoho lidí. Do jisté míry se jedná o pojem subjektivní (Hudáková, Majerníková, 2013).

Obsah pojmu kvalita života musíme uchopit a chápat interdisciplinárně, jelikož se touto problematikou zabývají různé vědní disciplíny, například psychologie, etika, sociologie a jiné. Lze konstatovat, že každá disciplína se kvalitou života zaobírá samostatně, bez návaznosti na další disciplíny. Kvalita života je zkoumána ať už přímo, či nepřímo celou řadou oborů. Jednotlivé disciplíny se zaměřují na poznání kvality z jiných úhlů. Například psychologie či medicína se zaměřují na aktuální a objektivní životní situaci jednotlivců. Sociologie se zabývá poznáním způsobu života jednotlivců (Heřmanová, 2012).

Pro termín kvalita života se používá zkratka QOL, která pochází z anglických slov „quality of life“.

*„Pojem ‚kvalita života‘ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7). Později byl tento termín uveden do politiky americkými prezidenty Kennedym a Johnsonem. Dle Vaďurové a Mühlpachra (Vaďurová, Mühlpachr, 2005) byl téměř ve stejné době uveřejněn v lékařském časopise komentář s názvem *Lékařství a kvalita života*. Jeho autorem byl Elkington, který se v

článku zaměřil na otázku zodpovědnosti v medicíně, konkrétně na pacienty s transplantovanými ledvinami.

Hudáková a Majerníková (2012) uvádějí, že termín „kvalita života“ se začala ve společenských vědách užívat ve druhé polovině 20. století, prvním kdo použil tento termín byl americký ekonom a sociolog Galbraith.

„V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 7). Jednalo se o nevládní organizaci, která byla založena v roce 1968 a sídlila ve Švýcarsku. Tato organizace kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, hledala způsoby a prostředky k humanizaci světa a člověka. Jedním z hlavních cílů této organizace bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

W. Forrester vymezil jako první faktory vymezující kvalitu života. A to: zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí, hodnota růstu počtu obyvatel (Vařurová, Mühlpachr, 2005). Do této doby se mnoho lidí snažilo ve svých publikacích definovat termín kvalita života, tyto snahy vedly k založení časopisu *Zkoumání sociálních indikátorů*. Toto vymezení později upravila a rozšířila OSN, pomocí 12 faktorů, které označila jako podmínky života.

„V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin:

- *zdraví*
- *kvalita pracovního prostředí*
- *nákup zboží a služeb*
- *možnosti trávení volného času*
- *pocit sociální jistoty*
- *možnosti rozvoje osobnosti*
- *fyzikální kvalita životního prostředí*
- *možnost účasti na společenském životě*

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Damián Kováč vytvořil model kvality života. Tento model se skládá ze tří vzájemně provázaných úrovní.

- 1. úroveň - bazální (všelidská)
  - 2. úroveň - mezo úroveň (civilizační, individuálně specifická)
  - 3. úroveň - meta úroveň (elitní, kulturně duchovní)
- (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Kvalita života se měření za pomoci nejrůznějších dotazníků a strukturovaných rozhovorů, které jsou zaměřené na určité oblasti kvality života.

Měření není zaměřené pouze na jednotlivce. Rozlišujeme několik úrovní.

**a) makro rovina** - kvalita života velkého počtu lidí, například na úrovni státu či kontinentu

**b) mezo rovina** - zde se jedná o malé sociální skupiny, například pracovní skupina, škola

**c) personální rovina** - život jednotlivce

(Vařurová, Mühlpachr. 2005)

Můžeme sledovat kvalitu života subjektivní a objektivní. V té objektivní rovině se zaměřujeme na materiální zabezpečení, sociální status, fyzické zdraví a sociální podmínky života. Subjektivní kvalitu života posuzuje sám člověk a jedná se o jeho vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu kultury a systému hodnot (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Jesenský (2001) rozděluje činitele kvality života na vnitřní a vnější.

**Vnitřní činitelé** – „*somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami*“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

**Vnější činitelé** – „*jedná se o ekologické, společensko - kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory*“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

Významná organizace, která se mimo jiné zabývá kvalitou života je WHO neboli Světová zdravotnická organizace. Tato organizace byla založena v roce 1948, sídlí v Ženevě.

WHO vytvořila nástroj na měření kvality s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) (Hudáková, Majerníková, 2013).

Jedná se o dotazníky hodnocení kvality života, které byly vytvořené v 90. letech. Dotazníky vytvořila pracovní skupina Světové zdravotnické organizace, která se skládala ze

zástupců z 15 výzkumných center z celého světa. Dotazníky mají dvě základní verze a to konkrétně sebehodnotící dotazník WHOQOL 100 a jeho zkrácenou verzi WHOQOL – BREF. WHOQOL 100 obsahuje 100 položek rozdělených do 6 domén, zatímco WHOQOL – BREF jich obsahuje 26 rozdělených do 4 domén. V dnešní době se na měření kvality života u seniorů používá dotazník WHOQOL – OLD. A to buď samostatně, nebo v kombinaci s již zmiňovanými dotazníky. WHOQOL – OLD obsahuje 6 domén – doménu tělesnou, psychickou, doménu nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí a spirituálních či osobních hodnot (Hudáková, Majerníková, 2013).

Hartl, Hartlová (2000) uvádí, že zdraví je dle definice WHO stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha, přičemž tento stav je proměnlivý v čase.

*„WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Kvalita života je ovlivněna mnoha faktory, například fyzickým zdravím, psychickým stavem či sociálními vztahy.

Dle Vaďurové a Mühlpachra (2005) Světová zdravotnická organizace rozlišuje čtyři základní oblasti:

- 1) fyzické zdraví a úroveň samostatnosti
- 2) psychické zdraví a duchovní stránka
- 3) sociální vztahy
- 4) prostředí

*„Tyto oblasti korespondují s jednotlivými oblastmi obsažených v měřících nástrojích WHOQOL - BREF a WHOQOL 100“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 19).

- **Kvalita života z medicínského hlediska**

Zde je důležité vymezit si termín „zdraví“. Definice dle WHO z praktického slovníku medicíny ( Vaďurová, Mühlpachr, 2005) je *„stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“*

Dle Vaďurové a Mühlpachra (2005) Křivohlavý rozeznává dvě dimenze zdraví:

- zdraví jako prostředek k realizaci určitého cíle

- zdraví jako cíl sám o sobě

V tomto vymezení Křivohlavý (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) uvádí sedm teorií zdraví - zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, zdraví jako metafyzická síla, salutogeneze (individuální zdroje zdraví), zdraví jako schopnost adaptace, zdraví jako schopnost dobrého fungování, zdraví jako zboží, zdraví jako ideál.

V medicíně používáme označení "Health - Related Quality of Life", zkratka HRQOL. „*HRQOL vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče*“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 26).

- **Kvalita života z psychologického hlediska**

V tomto ohledu používáme termín "well-being", v překladu znamená spokojenost či pohoda. Z psychologického hlediska se soustředíme na prožívání, myšlení, potřeby a přání člověka, sebehodnocení a seberealizaci (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

- **Kvalita života ze sociologického hlediska**

Vaďurová a Mühlpachr uvádějí, že je zde nutné vymezit kvalitu života vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu.

*„Životní úroveň je určována reálnými příjmy lidí a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky života.“*

*„Způsob života je nejen pojem sociologický, je společný pro všechny společenské vědy“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30). Způsob života charakterizuje život člověka jako celek, zachycuje charakter, obsah a strukturu.

Životní styl je ve velkém sociologickém slovníku vymezen jako *„strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, respektive akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém (teritoriálním) chování a v celkové stylizaci“* (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 31).



## Tabulka č. 1: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

### 1. BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka

Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra

### 2. PATŘIT NĚKAM (BELONGING) – spojení s konkrétním prostředím

Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)

### 3. REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace

Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

(Vlastní úprava a zpracování podle Svobodová (2006), cit. *The quality of life model*, University Toronto, Canada, přístup z

<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>. In Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu, Heřmanová, 2012, [online])

Poznámky: tabulku zde uvádím jako příklad jak lze nahlížet na kvalitu života. Myslím, že by se tento model dal využít pro výzkum či zjišťování kvality života právě u cílové skupiny této práce, tedy seniorů s demencí žijících v zařízeních ústavního typu.

## 4.1 Kvalita života seniorů

Hrozenká, Dvořáčková (2013) uvádějí, že kvalita života je determinována životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním a prožíváním každého jedince. Mezi indikátory kvality života dle Světové zdravotnické organizace WHO patří:

- fyzické zdraví - energie, únava
- psychické zdraví – pozitivní a negativní city, způsob myšlení
- úroveň nezávislosti – pohyb, denní aktivity
- sociální vztahy – osobní vztahy, sociální opora
- prostředí – svoboda, bezpečí
- spiritualita – osobní víra, hodnotová orientace

Myslím si, že kvalita života seniorů je svébytnou oblastí v celkovém pojetí kvality života. Svědčí o tom i výše zmiňovaný fakt, že pro výzkum kvality života je zavedený zvláštní dotazník WHOQOL – OLD. Kvalitou života seniorů v České republice se zabývá i Vláda ČR. Vytvořila Národní programy přípravy na stárnutí. Jeden na období 2003 – 2007, druhý na

období 2008 – 2012. Nyní je aktuální Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017.

Dle portálu *www.mpsv.cz* se do tvorby Národního akčního plánu podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017 zapojili zástupci neziskových organizací, podnikatelských subjektů, dalších ministerstev a další. Mezi priority tohoto programu patří například zajišťování a ochrana lidských práv starších osob, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a podobně (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017, 2013).

Psychiatrické centrum Praha se v letech 2001 – 2004 zapojilo do mezinárodního projektu *Měření kvality života seniorů a její vztah k zdravému stárnutí – WHOQOL – OLD*. Tento projekt probíhal ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. Zúčastnilo se 23 výzkumných center. Jedním z cílů bylo vytvořit nástroj pro měření kvality života seniorů – WHOQOL – OLD. V České republice byl výzkum kvality života seniorů proveden již v 80. letech a to za využití dotazníku VAS. Autorem této Vizuelní analogové stupnice je Jaro Křivohlavý (Kvalita života, 2004).

Podle mého názoru je specifickou oblastí zkoumání kvality života seniorů žijících v zařízeních ústavní péče, ať už se jedná o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a podobně. Je jasné, že kvalita poskytování služeb je definována Standardy sociálních služeb a dle nich je i kontrolována a hodnocena, jak je již výše zmíněno. Ale zaručuje dodržování Standardů i to, že je i život samotných klientů kvalitní? To mohou posoudit určitě sami senioři, možná jejich blízcí, kteří ale opět mohou spíše posuzovat nabízené služby, nežli subjektivní prožívání samotného seniora. Lze předpokládat, že kvalitně poskytované služby, přispívají k pozitivnímu hodnocení vlastní kvality života klientů.

# PRAKTICKÁ ČÁST

Praktickou částí této práce je kvalitativní výzkum vycházející z metody SEIQoL, doplněnou o kazuistiku jednotlivých klientů zařízení ústavního typu seniorského věku trpících demencí.

## **Kvalitativní výzkum:**

Kvalitativní výzkum je často využívaný v pedagogických, psychologických, sociálních i jiných vědách. Má dlouholetou tradici a liší se v několika směrech od výzkumu kvantitativního. Někteří autoři vymezují kvalitativní výzkum od kvantitativního na základě použitých metod. Zjednodušeně řečeno můžeme říci, že nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník, zatímco nástrojem kvalitativního výzkumu je rozhovor (Švaříček, Šed'ová, 2007). Stejní autoři uvádějí, že se lze domnívat, že výzkum je mnohem více než jen sběr dat a proto definovat kvalitativní výzkum na základě použití metody sběru dat považujeme za nedostatečné.

## **5.1 Metodologie**

- **Metoda SEIQoL:**

Název SEIQoL je tvořen zkrácením slov Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. Česky překládáme jako Systém individuálního hodnocení kvality života. SEIQoL vychází z určení pěti oblastí, které jsou pro daného člověka klíčové, které považuje za hlavní. Ať už se jedná o životní cíle, hodnoty nebo úkoly. Každý respondent si sám zvolí svých pět oblastí, které jsou pro něho nejdůležitější, také určí na kolik procent od 1% do 100% se mu daří je plnit a dále cílům přiřadí důležitost tohoto cíle, kdy u všech pěti cílů dohromady musí být maximální součet 100%. Tuto metodu lze provádět pomocí dotazníku, ale také pomocí rozhovoru (Křivohlavý, 2002).

*„Základem metodologie je rozhovor. Zkoumaná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které považuje v dané situaci za nejdůležitější“ (Křivohlavý, 2009, s.204).*

Ať použijeme dotazník či rozhovor po každé jsou odpovědi respondentů zaznamenávány do tabulky.

Dle Křivohlavého (2002) se vyhodnocení provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost mírou spokojenosti, přičemž je obojí vyjádřeno v procentech. Výsledek je roven součtu zjištěných součinů všech pěti oblastí. Výsledný součet se dělí 100, tak aby se

výsledek pohyboval od 0 do 100. Výsledná hodnota je označována jako QL – index kvality života.

V předkládané práci jsou cíle jednotlivých respondentů seřazeny dle toho, jak je respondent uvedl, tzn. jak jej napadaly. V závorkách u jednotlivých cílů je uvedené místo dle důležitosti pro respondenta. Místo bylo určeno na základě míry důležitosti, kterou respondenti vyslovovali v procentech.

- **Anamnéza**

Přinosilová (2007) řadí anamnézu mezi obecné metody diagnostiky ve speciální pedagogice. Metody obecné využívají i jiné vědy, které se speciální pedagogikou spolupracují. Anamnézu dělí na rodinnou a osobní. Rodinná anamnéza (RA) se zaměřuje na rodinné poměry, na zjištění informací o sourozencích, rodičích a předcích. V rodinné anamnéze se například uvádí věk rodičů, zda žijí, choroby, které prodělali. Osobní anamnéza (OA) navazuje na rodinnou anamnézu, zaznamenává data o dané osobě z prenatálního, perinatálního, postnatálního období, dětství až po současný věk. Zajímá se o prodělané či aktuální choroby, léky, operace, úrazy.

- **Rozhovor**

Rozhovor je možné využít jako doplňující nástroj ke kazuistice. Vašek (2007) uvádí, že se jedná o nejvíce využívanou metodu, kterou chápeme jako cílevědomou slovní nebo posunkovou komunikaci. Cílem je získat podklady k vytvoření diagnózy.

### **Vzorek respondentů:**

Výzkum pro tuto práci byl zpracován na základě spolupráce se třemi osobami seniorského věku, které trpí demencí, žijí v zařízení ústavního typu a využívají sociálně zdravotnické služby. Jednotlivé rozhovory probíhaly v zařízení a za přítomnosti personálu.

**Cíl práce:**

Cílem praktické části je popsat, jak subjektivně vnímají kvalitu života osoby s demencí seniorského věku žijící v ústavních zařízeních.

Výzkumná otázka byla stanovena vzhledem k cíli práce takto:

- 1) Jaký životní cíl považují senioři s demencí za prioritní?

## 5.2 Vlastní výzkumná část

### Respondent č.1

*Pohlaví:* muž

*Věk:* 74 let

*Zdravotní anamnéza:*

Jedná se o polymorbidního klienta vzhledem k vyššímu věku. Hlavní diagnóza pro tuto práci je Vaskulární demence při Alzheimerově chorobě. Dále je to chronické onemocnění ledvin, žaludeční vřed a hypertenze.

*Rodinná anamnéza:*

Nyní již nemá rodiče, matka zemřela ve 45 letech věku, otec v 60 letech. Má tři děti, bydlí s manželkou.

*Osobní anamnéza:*

Dříve pracoval jako řidič kamionu. Jeho zálibou bylo cestování, tudíž měl povolání spojené s koníčkem. Když nebyl na cestách nejvíce se věnoval svým dětem. Nyní patří mezi jeho hobby rodina, přátelé a sledování televize. Již dva měsíce nekouří, předtím vykouřil až 20 cigaret denně. Pán působil klidně. Rozhovor byl mírně ovlivněn dysartrií.

*SEIQoL metoda:*

Na základě rozhovoru respondent určil svých pět životních cílů:

- 1) Vrátit se domů (1. – nejdůležitější)
- 2) Naučit se chodit (dle jeho slov - aby mohl za kamarády do hospody)  
(2. místo)
- 3) Chodit na houby (4. místo)
- 4) Chodit na zahradu (4. místo)
- 5) Koukat na televizi (3.místo)

*Index kvality života QL = 34,7 %*

*Výpočet: cíl: důležitost.spokojenost=výsledek*

1) Vrátit se domů:  $60.40=2400$

2) Naučit se chodit:  $30.20=600$

3) Chodit na houby:  $3.15=45$

4) Chodit na zahradu:  $3.15=45$

5) Koukat na televizi:  $4.95=380$

*Výsledný součet:  $2400+600+45+45+380=3470$*

*Výsledek:  $3470:100=34,70 \rightarrow \mathbf{34,7\%}$*

## **Respondent č. 2**

*Pohlaví:* žena

*Věk:* 91 let

*Zdravotní anamnéza:*

Z hlediska naší práce je významná diagnóza Vaskulární demence. Avšak jedná se o respondentku s více zdravotními obtížemi, trpí arteriální hypertenzí, hypothyreozou.

*Rodinná anamnéza:*

Oba rodiče se dožili vysokého věku. Respondentka má jednoho zdravého syna.

*Osobní anamnéza:*

Respondentka je i přes svůj vysoký věk velice komunikativní a usměvavá. Avšak po fyzické stránce vyžaduje téměř nepřetržitou péči. Není schopna orientovat se hlouběji v čase, orientuje se místem či osobou. Má přehled o tom, jaké události jí a její rodinu čekají (svatba, narozeniny), ale není schopna určit jaký den v týdnu je, občas ani hodinu. Dříve pracovala jako dělnice v porcelánce. Mezi její nynější zájmy patří luštění, poslech hudby z vlastních kazet.

*SEIQoL metoda:*

- 1) Vnučky svatba (2. místo)
- 2) Synovy kulaté narozeniny (1. místo)
- 3) Schopnost alespoň částečné soběstačnosti (4. místo)
- 4) Dožití se pravnoučat (5. místo)
- 5) Návštěvy rodiny (3. místo)



*Index kvality života QL = 65%*

*Výpočet: cíl: důležitost.spokojenost=výsledek*

1) Vnučky svatba:  $30.75=2250$

2) Synovy kulaté narozeniny:  $30.80=2400$

3) Schopnost alespoň částečné soběstačnosti:  $20.30=600$

4) Dožití se pravnoučat:  $10.50=500$

5) Návštěvy rodiny:  $10.75=750$

*Výsledný součet:  $2250+2400+600+500+750=6500$*

*Výsledek:  $6500:100=65 \rightarrow 65\%$*

### **Respondent č. 3**

*Pohlaví:* žena

*Věk:* 89 let

*Zdravotní anamnéza:*

Opět se jedná o respondentku s více diagnózami. Jedná se o nemoc či potíže, které jsou spojené a souvisí s vysokým věkem. Jsou to hypertenze, chronická žilní insuficience a Alzheimerova demence.

*Rodinná anamnéza:*

Respondentka žije s dcerou, která netrpí vážnými zdravotními obtížemi. Otec trpěl astmatem, matka měla nemocné srdce.

*Osobní anamnéza:*

Respondentčina nálada byla ovlivněna aktuálním zdravotním stavem, zužovaly ji bolesti celého těla. Ochotně se mnou spolupracovala. Jejím největším zájmem, je kromě rodiny, práce a odpočinek na zahradě. Ráda čte knihy o historii, či romány z historických období.

*SEIQoL metoda:*

- 1) Žít s rodinou (1. místo)
- 2) Být se svým psem (3. místo)
- 3) Být více soběstačná (2. místo)
- 4) Pracovat na zahrádce (4. místo)
- 5) Chodit ven (5. místo)

*Index kvality života QL = 39%*

*Výpočet: cíl: důležitost.spokojenost=výsledek*

1) Žít s rodinou:  $60 \cdot 40 = 2400$

2) Být se svým psem:  $10 \cdot 40 = 400$

3) Být více soběstačná:  $15 \cdot 55 = 825$

4) Pracovat na zahrádce:  $10 \cdot 20 = 200$

5) Chodit ven:  $5 \cdot 15 = 75$

*Výsledný součet:  $2400 + 400 + 825 + 200 + 75 = 3900$*

*Výsledek:  $3900 : 100 = 39 \rightarrow 39\%$*

## ZÁVĚR

Kvalita života – slovní spojení, které dnes stojí v popředí dění společnosti. Dá se měřit či zjišťovat pomocí nejrůznějších objektivních a standardizovaných dotazníků kvality, avšak důležité je i subjektivní prožívání a náhled na vlastní život. Každý z nás vnímá a charakterizuje kvalitu života jinak, ale i přesto jsou vytyčené oblasti, kterých se ona kvalita týká více a na jejich základě se měří v již zmiňovaných dotaznících.

Dnešní společnost zajímá a i nadále by měla zajímat kvalita života osob s postižením či osob v seniorském věku. Tito lidé pojmají kvalitu života trochu jinak, z důvodu jejich handicapu. Ať se jedná o lidi s tělesným, mentálním či smyslovým postižením, nebo o seniory, kterým přítomnost mnoha onemocnění, komplikací a úbytek fyzických i psychických sil komplikují život.

V této bakalářské práci je středem zájmu právě kvalita života seniorů s demencí, kteří žijí z nejrůznějších důvodů v ústavních zařízeních. Tato zařízení poskytují nepřetržitou péči svým klientům a snaží se o to, aby byl jejich život kvalitní a dobře prožitý i v jeho posledních fázích, které jsou ztížené onemocněním demencí. Péče o tyto osoby není nikterak snadná. Je zapotřebí znát mnoho věcí, a to jak z oblasti sociální, psychologické, tak třeba i lékařské a mnohých dalších. Jedná se o psychicky velmi náročnou práci a fyzicky také.

První kapitola je věnována vymezení pojmů senior, stárnutí a dále psychickým a somatickým změnám, které jsou spjaté s procesem stárnutí.

Obsahem druhé kapitoly je vymezení pojmu demence a popis nejznámějších a nejčastěji se vyskytujících demencí, jako je demence s Lewyho tělísky, Vaskulární demence a demence při Parkinsonově chorobě.

Třetí kapitola přibližuje život Aloise Alzheimerera, samotnou Alzheimerovu chorobu, zásady péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou a systém péče o klienty s Alzheimerovou demencí.

Čtvrtá a zároveň poslední kapitola teoretické části popisuje pojetí kvality života, hlediska, ze kterých lze na kvalitu nahlížet.

Praktická část vyhodnocuje využití metody SEIQoL a přibližuje anamnézy jednotlivých respondentů.

Obecný cíl práce, tedy popsat problematiku týkající se kvality života seniorů s demencí žijících v zařízení ústavního typu se podařilo splnit. Konkrétnějším cílem bylo zodpovědět výzkumnou otázku.

Každý z respondentů vybíral subjektivně svých pět nejdůležitějších cílů či hodnot. Dle procentuálního vyjádření důležitosti, kterou uvedli sami respondenti vyplývá, že mezi nejdůležitější hodnoty, cíle se řadí návrat domů, žít s rodinou a oslava synových narozenin.

Dle míry spokojenosti s plněním či realizací daných cílů u respondentů u dvou respondentů (č.1 a č.2) vyplývá, že nejdůležitější cíle se jim daří nejlépe plnit, neboli, že jsou spokojeni s jejich plněním. U třetího respondenta se nejdůležitější cíl dle míry spokojenosti zařadil na druhé místo.

Lze obecně vyvodit, že mezi prioritní cíle a hodnoty osob seniorského věku trpících demencí, které žijí v zařízení ústavního typu, se řadí rodina, popřípadě přirozené domácí prostředí. Zřejmé je, že nejdůležitější cíle se daří respondentům nejlépe plnit. Což je pozitivní zjištění pro zařízení, pro klienty, ale i samotné rodiny klientů. Rodinní příslušníci ví, že jsou pro člena své rodiny stále důležití, ale i to, že mají jejich blízcí prostor a možnosti k tomu, aby mohli realizovat a plnit si své cíle a dosahovat žádoucích hodnot. Na základě tohoto by měli být spokojeni i samotná zařízení a jejich pracovníci, kteří s klienti pracují, protože vidí aktivitu a vynaložené úsilí u svých klientů, kteří se po příchodu nestávají pasivními osobami.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### 1. Tištěné knihy, články a dokumenty

- 1) Bonnet Anne – Marie, Hergueta Thierry, 2012, *Parkinsonova choroba: Rady pro nemocné a jejich blízké*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0155-7
- 2) Brydenová Christine, 2013, *Jaká budu umírat*, 1.vyd. Praha: TRITON, ISBN 978-80-7387-641-8
- 3) Haškovcová Helena, 2010, *Fenomén stáří*, 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9
- 4) Hendl Jan, 2008, *Kvalitativní výzkum, Základní teorie, metody a aplikace*, 2.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-485-4
- 5) Holmerová Iva, Jarolímová Eva, Suchá Jitka, kol., 2007, *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, 1.vyd. Praha: EV Public Relations s.r.o, ISBN 978-80-254-0177-4
- 6) Hudáková Anna, Majerníková Ludmila, 2013, *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-4772-9
- 7) Gruss Peter, 2009, *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-605-6
- 8) Jiráček Roman, Holmerová Iva, Borzová Claudia a kol., 2009, *Demence a jiné poruchy paměti*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-2454-6
- 9) Jiráček Roman, Koukolík František, 2004, *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*, 1.vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-268-4
- 10) Kalvach Zdeněk a kolektiv, 2008, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-2490-4
- 11) Kalvach Zdeněk a kolektiv, 1997, *Úvod do gerontologie a geriatrie I.díl Gerontologie obecná a aplikovaná*, 1.vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-7184-366-0
- 12) Koukolík František, Jiráček Roman, 1998, *Alzheimerova nemoc a další demence*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-7169-615-3
- 13) Kozáková Zdeňka, Müller Oldřich, 2006, *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*, 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 80-244-1552-6

- 14) Krejčířová Olga, Treznerová Ivana, 2011, *Malý lexikon sociálních služeb*, 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, . ISBN 978-80-244-2754-6
- 15) Krejčířová Olga, Vymazalová Eliška, Hublar Jaroslav, 2011, *Teorie a praxe speciálně pedagogické andragogiky*, 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 80-244-2880-6
- 16) Křivohlavý Jaro, 2002, *Psychologie nemoci*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-247-0179-0
- 17) Křivohlavý Jaro, 2003, *Psychologie zdraví*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-774-4
- 18) Křivohlavý Jaro, 2011, *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie, Možnosti, které čekají*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-3604-4
- 19) Langmeier Josef, Krejčířová Dana, 2007, *Vývojová psychologie*, 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-247-1284-9
- 20) Lejska Mojmir, 2003, *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*, 1.vyd. Brno: Paido, ISBN 80-7315-038-7
- 21) Švaříček Roman, Šedřová Klára, a kol., 2007, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-313-0
- 22) Mühlpachr Pavel, Staníček Petr, 2001, *Geragogika pro speciální pedagogy*, 1.vyd. Brno: Masarykova Univerzita, ISBN 80-210-2510-7
- 23) Přinosilová Dagmar, 2007, *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*, 2.vyd. Brno: Paido, ISBN 978-80-7315-157-7
- 24) Regnault Mathilde, 2011, *Alzheimerova choroba*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0010-9
- 25) Roth Jan, Sekyrová Marcela, Růžička Evžen, kol., 2009, *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, 4.vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-178-3
- 26) Stuart – Hamilton Ian, 1999, *Psychologie stárnutí*, 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-274-2
- 27) Topinková Eva, 2005, *Geriatric pro praxi*, 1.vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-365-6
- 28) Vařurová Helena, Mühlpachr Pavel, 2005, *Kvalita života teoretická a metodologická východiska*, 1.vyd. Brno: MSD Brno, ISBN 80-210-3754-7

- 29) Vágnerová Marie, 2007, *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*, 1.vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1318-5
- 30) Valenta Milan, Müller Oldřich, 2003, *Psychopedie teoretické základy a metodika*, 1.vyd. Praha: Parta, ISBN 80-7320-039-2
- 31) Venglářová Martina, 2007, *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-2170-5
- 32) Zgola M. Jitka, 2003, *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-247-0183-9



## 2. Elektronické a online dokumenty

- 1) Heřmanová Eva., *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu* in Sociológia 44, [online], [cit. 2013 – 12 - 03], dostupné z <<http://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>>
- 2) Holmerová Iva, Jarolímová Eva, Nováková Helena, 2004, *Alzheimerova choroba v rodině*, [online], [cit. 2013 – 12 - 07], dostupné z <[www.gerontologie.cz/files/alzheimerova\\_nemoc\\_v\\_rodine.pdf](http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf)>
- 3) Jiráček Roman, Laňková Jaroslava, 2007, *Demence, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*, dostupné [online], [cit. 2013 – 06 - 18], dostupné z <[svl.cz/Files/nastenka/page\\_4766/Version1/Demence.pdf](http://svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Demence.pdf)>
- 4) MPSV, *Příprava na stárnutí*, [online], 2008. [cit. 2013 – 06 - 18], dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>
- 5) Rektorová Irena, *Demence u Parkinsonovi nemoci*, [online], 2008, [cit. 2013 – 06 - 18], dostupné z <[http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_08\\_04\\_02.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_04_02.pdf)>
- 6) VFN, *James Parkinson*, [online], [cit. 2013 – 06 – 18], dostupné z <<http://www.vfn.cz/priloha/51627d24bb216/james-parkinson-profil.pdf>>
- 7) WHO/ÚZIS ČR, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)*, [online], 2013, [cit. 06 – 18 - 2013], dostupné z <[www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html)>

### **3. Legislativní normy**

- 1) Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, *Zákon o sociálních službách*

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1

1 M

### Metoda SEIQoL

SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

důležitost	cíl, hodnota	spokojenost
60%	VRAČIT SE DOMŮ	40%
30%	VAČÍT SE CHODIT	20%
3%	CHODIT NA HOUKY	15%
3%	CHODIT NA ZAHRADU	15%
4%	KOUKAT NA TV	95%

celkem 100%

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem



22

### Metoda SEIQoL

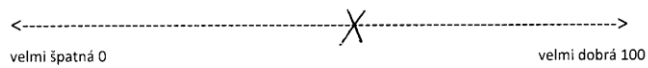
SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

důležitost	cíl, hodnota	spokojenost
30%	VNUČKY ŠKOLBA	75%
30%	SYNOVY KULATE NACČENINY	80%
20%	CARTEČNA' SENSEPTAC'NOST	30%
10%	DOŽITI SE PRAVLOUCAT	50%
10%	NAKITEVY KODINY	75%

celkem 100%

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem



3 2

**Metoda SEIQoL**

SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

důležitost	cíl, hodnota	spokojenost
60%	ŽIT S RODINOU	40%
10%	BYT SE JINYM PŘEM	40%
15%	VELKÁ ŠKOLITELNOST	55%
10%	PRACOVAT NA ZAHRADKĚ	20%
5%	CHODIT VEN	15%

celkem 100%

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem

