

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. MARCELA ŠŤASTNÁ

II. ročník – kombinované magisterské navazující
studium

Obor: Speciálněpedagogická andragogika

**Aspekty kvality života seniorů s demencí
Alzheimerova typu**

Diplomová práce

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

OLMOUC 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedeníh pramenů a literatury.

V Olomouci dne 23. března 2009

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D., za odborné vedení, rady, metodické připomínky, velkou ochotu a čas, který mi při tvorbě diplomové práce věnoval. Poděkování patří i paní Ladislavě Šeré za její hluboké znalosti a zkušenosti v práci s lidmi s demencí, za ochotu povídat si o lidských osudech.

OBSAH

Úvod.....	5
1 OSOBNOST SENIORŮ	6
1.1 VYMEZENÍ STÁŘÍ.....	6
1.2 SPECIFIKA STÁŘÍ	7
1.3 DEMENCE VE STÁŘÍ.....	10
1.4 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU (DAT).....	18
2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ S DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU	23
2.1 POJEM „KVALITA ŽIVOTA“	23
2.2 ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ S DAT	26
3 PÉČE O SENIORY S DAT	32
3.1 PÉČE O SENIORY	32
3.2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S DAT.....	32
3.3 AKTIVIZAČNÍ METODY PRÁCE SE SENIORY S DEMENCÍ	36
4 ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ S DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU V NÁPLNI PRAXE - ŠETŘENÍ.....	43
4.1 STANOVENÍ CÍLŮ ŠETŘENÍ	43
4.2 METODY REALIZACE ŠETŘENÍ	43
4.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU ŠETŘENÍ.....	45
4.4 PRŮBĚH A VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	46
4.5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	63
4.6 SHRnutí A ZOBECNĚNÍ VÝSLEDKŮ	80
Závěr.....	81
Result.....	83
Literatura a prameny.....	84
Přílohy	

Úvod

Tématem této diplomové práce je kvalita života seniorů s demencí Alzheimerova typu. Problematika kvality života je v posledních letech aktuálním tématem v mnoha vědních oborech týkající se i oblasti stáří a stárnutí osob s demencí. Nejpříjemnějším a nejdůstojnějším způsobem stárnutí z pohledu jedince je zvýšení jeho soběstačnosti a prodloužení jeho nezávislosti. K přiblížení se takovému stavu zásadně přispívá kvalitní způsob života.

Práce je zaměřena na zjištění kvality života seniorů s demencí Alzheimerova typu v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji. Řeší jednak otázky, které sebou stáří, demence Alzheimerova typu přináší, ale rovněž i oblast poskytování sociálních služeb a spolupráci klíčových pracovníků s rodinnými příslušníky. Cílem práce je poukázat, jaká je současná situace sociální péče z hlediska dodržování kritérií standardů kvality sociálních služeb v zařízeních pro seniory s demencí Alzheimerova typu.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu stáří a specifikaci stárnutí, na demenci ve stáří a Alzheimerovu nemoc, na aspekty kvality života seniorů s demencí a teoretické vymezení a rozbor faktorů, které kvalitu života ovlivňují. Pojednává se i zde o současném systému péče o seniory s demencí Alzheimerova typu v ČR. Praktická část se zaměřuje na stanovení a zhodnocení dílčích cílů dotazníkového šetření a zpracování zjištěných údajů šetření.

V diplomové práci je nahlédnuto do problematiky péče o seniory s demencí Alzheimerova typu, která se začíná dostávat do popředí zájmu veřejnosti a je snahou aktivním přístupem změnit tak negativní postoj ke stáří a nemoci a zlepšit přístup k člověku jako k individuální bytosti se svými specifickými potřebami a zájmy.

1 Osobnost seniorů

1.1 Vymezení stáří

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. Pohled na vymezení stáří si přiblížíme z několika citací od různých autorů zabývajících se obdobím senescence v rámci vývojové fáze života jedince.

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních a morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký syndrom. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role (Kalvach, 2004, s. 47).

Stáří je posledním obdobím v životním cyklu člověka, končí smrtí. Bylo třeba si uvědomit, že ontogenetický vývoj představuje jednotu evolučních a involučních změn (Langmeier, 2006, s. 202).

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy poškození fyzických či psychických funkcí se stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 1990, s. 56).

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny (Stuart-Hamilton, 1999, s.18).

Tahle citace autora nás přinutí zamyslet se nad tím, kdy a jak dochází k proměně lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří. Výzkumníci si uvědomují problém kontinuální proměny tedy, kdy končí střední věk a začíná stáří a pokoušejí se

vytvořit objektivní měřítka stáří. Podle Kalvacha (2004) můžeme rozlišovat stáří na kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří se současně orientačně člení:

- 65 – 74 let: **mladí senioři** – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace,
- 75 -84 let: **staří senioři** – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti,
- 85 a více let: **velmi staří senioři** – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Věk člověka je sám o sobě bez informace, neboť tento časový údaj se nemusí shodovat s dalšími údaji. Zatímco někteří si zachovávají duševní svěžest i tělesnou zdatnost do vysokého věku, jiní vykazují výrazné známky stárnutí velmi brzy.

Sociální stáří představuje proměny sociálních rolí a sociálních potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Nejdříve se projevuje v období změny sociálního statusu, pravděpodobně v době povinného odchodu do důchodu.

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace, vyjadřující stav anatomické stavby těla a stav fyziologických procesů organismu. K biologickému stárnutí je třeba si uvědomit, že úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti každoročně dochází k úbytku funkce až o 1 %. Dále za úvahu stojí, zda řada změn u starého člověka není způsobena spíše nemocemi než stárnutím samotným.

1.2 Specifika stáří

V průběhu klinicky normálního stárnutí lidí, u nichž nebyly běžným vyšetřením doloženy neurologické nebo psychologické poruchy, se v mozku projevují strukturální i funkční změny (Koukolík, 1989). O 7 - 8 % klesá v porovnání se střední dospělostí hmotnost mozku a spolu s ní jeho objem. Ten ve střední dospělosti činil 92 % nitrolební kapacity. Ve věku 90 let je zhruba o

10 % nižší. Klesá tloušťka mozkové kůry, nejvíce čelní, pokles dosahuje mezi 24. – 100. rokem života 15 % (Baštecký, 1994, s. 37).

Ve stáří dochází k proměně většiny kognitivních funkcí, i když jejich zhoršení nebývá rovnoměrné. Typickým signálem stárnutí je zpomalení psychických funkcí, snižování kvality percepce, zhoršování pozornosti a paměti, nerovnoměrný úbytek rozumových schopností v oblasti fluidní inteligence. Změny kognitivních funkcí nejsou jenom biologicky podmíněné, ale mohou je ovlivnit i psychosociální faktory (Vágnerová, 2007, s.333).

Podrobněji si rozvedeme vliv stáří na jednotlivé kognitivní funkce - paměť, smyslové vnímání, jazyk, tvořivost, pozornost, které se nejčastěji projevují v sociálním kontaktu jedince.

Paměť s věkem slábne, a přesto v některých aspektech zůstává zachována (jednoduché úlohy na krátkodobou paměť), převládá však tendence k poklesu. Výzkumy potvrzují, že starý člověk má oslabeno zejména mechanické vštěpování do paměti, zapamatuje si především to, co má logickou souvislost. Má-li se starší člověk něco naučit, je potřeba vyhnout se učení zpaměti, protože tento způsob je pro ně nevhodný. V pokročilém věku se jednotlivé složky paměti neustále zhoršují, což se projevuje častými selháními, zapomínáním běžných věcí, neschopností vybavit si jména nebo pojmy, neschopností přizpůsobovat se změněným podmínkám.

Podle Vágnerové (2007), která cituje myšlenky Maylora a Rabbitta, může zhoršení pracovní paměti dosáhnout takového stupně, že bude významně ztěžovat či dokonce znemožňovat uchování aktuálních informací, a tudíž i jejich další zpracování. Člověk se závažnější poruchou paměti může mít obtíže i v nenáročném stereotypu běžného života. Problémy s vybavováním starších informací se projevují obtížnější orientací ve vlastních vzpomínkách, tj. v retrospektivě uplynulého života, ale i v aktuálním dění, např. v komunikaci. Mnohem menší kapacitu mívá také prospektivní paměť, pro starší seniory může být tudíž problém, když si mají naplánovat i běžné činnosti a udržet jejich pořadí v paměti (Vágnerová, 2007, s. 407).

Smyslové vnímání představuje pro člověka kontakt s okolním prostředím, z čehož vyplývá, jakákoliv vada ovlivňuje funkci centrálního nervového systému. Poruchy senzorní percepcce často významně ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázeno podezíravostí, úzkostí, nejistotou nebo hněvivostí.

Ve stáří se poruchy zrakové percepcce projevují zhoršením zrakové ostroty a periferního vidění, vnímáním intenzity světla, pomalejším zpracováváním podnětů, snížením rychlosti přizpůsobovat se světelným podmínkám.

Sluch během života jedince slábne, nejrozšířenějším typem oslabení sluchu u starých lidí je nedoslýchavost (presbyakuze), navíc trpí „zvoněním v uších“ (tinitem) nebo špatným vnímáním zvuků o vysokých frekvencích. Důsledky oslabení sluchu mohou vést ke stranění se společností s následnými depresivními stavy a vnější pozorovatel může tento projev chápat jako nespolečenské chování nebo nástup demence.

Slovní porozumění se udržuje na relativně dobré úrovni až do 80 let, ale pak rychle klesá. Slovní plynulost, tj. vybavování verbálních výrazů se zhoršuje již dříve, začíná klesat po 50. roce. Je zřejmé, že tato schopnost je závislá na flexibilitě, kvalitě pozornosti a paměťových funkcích (na rychlosti vybavování), přestože jde o funkce ovlivněné zkušeností (Vágnerová, 2007, s. 250).

Schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace a zároveň eliminovat ty nepodstatné, přesouvat a rozdělovat pozornost podle potřeb situace, a koordinovat příjem informací z různých zdrojů se v průběhu stárnutí postupně zhoršuje.

Pokud je v rámci nějaké činnosti nutné přesouvat pozornost z jednoho podnětu na druhý, reagují starší lidé pomaleji a dělají více chyb, zejména pokud by šlo o různorodé podněty. Starší lidé nejsou schopni rozdělovat pozornost nebo ji selektivně zaměřovat jen na některé z podnětů. Nedokáží se soustředit na větší množství podnětů, činí jim problémy zpracovat víc informací najednou, protože jejich kognitivní kapacita je omezená (Vágnerová, 2007, s. 320).

1.3 Demence ve stáří

Pojem

Demence se ve stáří vyskytují často a jsou oprávněnou hrozbou a neštěstím nejen pro postiženého a jeho rodinu, ale i pro společnost. Péče o staré lidi s demencí je obtížná, zpravidla dlouhodobá, málo perspektivní a ekonomicky náročná.

Demence je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako 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 vyskytuje u demence Alzheimerova typu (dále jen DAT), cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek (Mühlpachr, 2004, s. 44).

Demence pochází z latinského „demens“, tedy z „de“ = mimo a z „mens“ = duch – „ten, kdo ztratil ducha“. Demence je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného (tudíž nevyléčitelného) mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti (Pichaud, 1998, s. 92).

Demence jsou velmi časté choroby, především vyššího věku. V první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucináním a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení – bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence (Mühlpachr, 2004, s. 41).

Klasifikace

V odborné literatuře lze najít několik klasifikačních schémat. V Evropě je rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize), která se používá převážně v medicínské praxi. Schéma třídí demence následujícím způsobem:

Schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. decenální revize)

F 00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.-+)

- .0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (G30.0+)
- .1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (G30.1+)
- .2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)
- .3 Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (G30.9+)

F 01 Vaskulární demence

- .0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- .1 Multiinfarktová demence
- .2 Subkortikální vaskulární demence
- .3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- .8 Jiné vaskulární demence
- .9 Vaskulární demence, NS

F 02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- .0 Demence u Pickovy choroby (G31. 0+)
- .1 Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (A81. 0+)
- .2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)
- .3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)
- .4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV) (B22. 0+)
- .8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde:

Demence u :

- mozkové lipidózy (E75.-+)
- epilepsie (G40.-+)
- hepatolentikulární degenerace (E83. +)
- hyperkalcemie (E83.5 +)
- hypotyreózy získané (E01, E03.-+)

- intoxikace (T36 – T65 +)
- sclerosis multiplex (G35+)
- neurosyphilis (A52.1. +)
- deficitu niacinu (pelagra) (E52+)
- systémového lupus erythematoses (M32.-+)
- trypanosomózy (B56.-+, B57.-+)
- karence vitamínu B12 (E 53.8+)

F 03 Neurčená demence

Presenilní:

- demence NS
- psychóza NS

Primární degenerativní demence NS

Senilní:

- demence
- NS
- depresivní nebo paranoidní typ
- psychóza NS

Častěji než schéma Mezinárodní klasifikace nemocí se však v odborné literatuře užívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti. Zde je její výčet:

Schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (IV. Revize, DSM IX.)

Demence Alzheimerova typu

- s časným začátkem
- pozdním začátkem
- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Vaskulární demence

- s deliriem
- s bludy

- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Demence při onemocnění HIV

Demence v důsledku poranění hlavy

Demence při Parkinsonově nemoci

Demence při Huntingtonově nemoci

Demence při Pickově nemoci

Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci

Demence při jiných obecně medicínských poruchách

Perzistující demence v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)

Demence s mnohočetnou etiologií

Demence jinak neurčená (Koukolník, 1999, s. 28).

Diagnostika

Problematika diagnostiky demencí je důležitá z hlediska toho, aby nedošlo k mylné záměně diagnostikování deprese. Mühlpachr (2004, s. 41) uvádí, že diagnostikovat demenci můžeme na základě příznaků, které se vyskytují alespoň 6 měsíců. Příznaky jsou:

- úbytek paměti, ztížené zapamatování si nových pamětí obsahů, zpomalené a nepřesné vybavování si starších vzpomínek,
- pokles úsudku, logického uvažování, myšlení, orientace v prostoru, představivosti,
- poruchy emocí, motivace, změny sociálního chování, projevuje se emoční labilita, hrubost, apatie, podrážděnost,
- při demenci je dobře zachováno vědomí.

Poměrně jednoduchou pomůckou určující střední a těžké demence zejména při DAT je Fosteinův MMSE test (Mini-Mental State Examination) nebo test hodin. Test MMSE, mimo jiné si jej můžete sami vyzkoušet na internetových stránkách Stáří, vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozované syndromem demence. Jednotlivé úkoly testu jsou zaměřené na orientaci, opakování a paměť, pozornost a počítání, vybavování, poznávání

předmětů, opakování, stupňovaný příkaz, reakce na psaný pokyn, psaní, malování podle předlohy.

Test hodin představuje citlivou metodu pro odhalení již počátečních stádií DAT. Jeho podstatou je jednoduchý úkol nakreslit hodiny do předkresleného kruhu, nejprve doplnit hodinový ciferník a pak nakreslit ručičky ukazující čas.

Důležité je uvědomit si, že test MMSE není jediným vodítkem při stanovování diagnózy demence, stav pacienta je nutno vždy posuzovat komplexně a v souvislostech (faktory degenerativní, vaskulární, metabolické). Víceméně se nikdy nejedná o čistou formu některého typu demence podle klasifikace MKN – 10.

Stádia demence

Mühlapchr (2004) uvádí k určení hloubky demence řadu stupnic, např. sedmičlennou stupnici Reisbergovy skupiny z roku 1982. Ve stejném roce sestavil Hughes mezinárodně používanou pětistupňovou stupnici, která zkoumá paměť, orientaci, úsudek, řešení problémů, zájmy osobní péči, zvládání společenských záležitostí.

Podle symptomatologie rozdělujeme demence do tří stádií:

1. **mírná demence** (horší zapamatování nových paměťových obsahů, ztrácení věcí),
2. **středně těžká demence** (postižení nejsou schopni vykonávat smysluplnou činnost, paměť porušena ve všech složkách),
3. **těžká demence** (těžká porucha paměti ve všech složkách, pomoc jiné osoby).

Vaskulární demence

Kalvach (2004) hlavní příčinou vaskulární onemocnění mozku je cévní poškození mozku projevující se mozkovou sklerózou. Podpůrnými příznaky jsou porucha chůze, pády, časté nutkání k močení, porucha polykání, porucha osobnosti, např. deprese, abulie, afektivita a emoční inkontinence v podobě bezpodmětného pláče nebo smíchu. Vaskulární demence se může kombinovat

s DAT. Ve srovnání s demencí u DAT jsou deficity kognitivních funkcí rozloženy nerovnoměrně, postižení bývá ostrůvkovitého charakteru.

V rámci pečovatelské služby se rodinní příslušníci obracejí podle stupně závažnosti a náročnosti péče v místě trvalého bydliště na odbor sociálního zabezpečení o přiznání stupně závislosti dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Využívají odlehčovacích a pečovatelských služeb nebo zařízení sociálních služeb s denním, týdenním nebo trvalým pobytem.

Atroficko-degenerativní demence

Demence je syndrom provázený obvykle třesem, je méně výrazný a méně hluboký než při DAT. Na rozdíl od DAT součástí **Parkinsonovy nemoci** nejsou poruchy řeči, nepočítáme-li dysartrii, ani větší poruchy jazyka. Pacienti jsou spíše zapomnětliví, než aby šlo o vyslovenou amnézii neboli úplný výpadek paměti. Jejich poznávání je spíše poškozené a zpomalené než zničené, jako je tomu při DAT. Pacienti jsou „zpomalení“, hůře řeší problémy a jsou apatičtí. Příčina demence při Parkinsonovy nemoci není dobře známa. U některých nemocných se Parkinsonova nemoc kombinuje s AN, u dalších s vaskulární demencí (Koukolík, 1999, s. 69).

Huntingtonova nemoc je dominantně dědičné onemocnění. Má klasické rysy demence při Parkinsonově nemoci, není léčitelná, podávají se antidepresiva, neuroleptika, která tlumí výraznější neklid. Nemoc se projevuje ztrátou poznávacích schopností, změnou v osobnosti, ubýváním mentálních schopností, což vede k demenci. Pacient nedokáže ovládat pohyby, mívá zhoršující se potíže řeči, stává se popudlivým, náladovým. Časem není schopen pracovat, starat se o běžné denní věci, potřebuje pomoc při nakupování, placení, s hygienou až nakonec je závislý na cizí pomoci sociálního zařízení. Péče je namáhavá a vyčerpávající, její úroveň je velmi nízká, pacienti bývají ve vyšším stádiu umístění do zařízení se zvláštním režimem.

Vývoj pojmu **Alzheimerovy nemoci** byl dlouhý, složitý a stále pokračuje. Senilní demenci dobře poznávali odborníci již v první polovině minulého století. Alois Alzheimer, mnichovský neuropatolog, v r. 1907 popsal

histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku 51 roků. Spíše než Alzheimer sám považovali jeho spolupracovníci histologický nález za natolik odlišný od běžné senilní demence, že prosadili pojem Alzheimerovy nemoci. (Mühlpachr, 2004, s. 55). Dále se budeme podrobněji zabývat touto nemocí v samostatné kapitole.

Symptomatické (sekundární) demence

Kalvach (2004) se zmiňuje o demenci způsobené virem HIV. Na vzniku demence se mohou podílet i další faktory v souvislosti se selháním imunity, např. abscesy mozku nebo meningoencefalitidy. HIV demence se typicky projevuje stížnostmi na zapomnětlivost, pomalostí, špatným soustředěním a potížemi při řešení problémů a při čtení. Běžné jsou apatie, snížená spontaneita a sociální stažení. Demence vyvolaná virem HIV je nejčastější příčinou demence u pacientů do 40 let, přesto byla stručně popsána, i když se netýká období senescence.

Podkladem **demence v důsledku poranění hlavy** je mozková kontuze, chronický hematom, kdy nejtěžší formou demence je tzv. apatický syndrom. Organický psychosyndrom – nádor mozku a jiné mozkové kontuze vedou často ke změnám osobnosti, člověk může být agresivní nebo naopak pasivní až apatický, ve vážnějších stádiích je demence spojena s poruchami paměti. V zařízeních následné péče je důležitá komplexní rehabilitace jejíž součástí je kinezioterapie, ergoterapie mimo jiné v rámci volnočasových aktivit využití aktivizačních metod zaměřených na trénink paměti, reminiscenční terapii. Senioři postižení tímto typem demence jsou nesoběstační a okázáni na pomoc jiných osob, často tito lidé zůstávají v péči zdravotnických pracovníků v zařízení léčebny dlouhodobě nemocných.

Kalvach (2004) upřesňuje **demenci při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci** jako nemoc, která působí v mozku encefalopatie, na jejichž podkladu pak vzniká demence. Má znaky shodné s příznaky tzv. Alzheimerovy choroby (nejčastější lidské demence, která však není infekční). Příznakem onemocnění je demence, která se v u nemocného projevuje apatií, podrážděností, stížnostmi

na únavu a poruchy spánku. Dochází u nich k dezorientaci až k celkové poruše intelektu spojenou s afázií, apraxií, dyslexií, agnózií. Při diagnostikování je nemocný umístěn do nemocnice, protože jde o pomalu postupující virovou infekci centrálního nervového systému a nemoc je vždy smrtelná.

Dále si objasníme další formu demence, jde o **perzistující demence** v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.) Počet různých druhů léků a průmyslových jedů, které mohou způsobit poruchu kognitivních funkcí, je nepřehledný. Jejich negativní účinky zesilují u lidí se špatným stavem výživy, diabetiků nebo alkoholiků.

Na diagnózu alkoholické demence je možné klinicky pomýšlet tehdy, jsou-li naplněna obecná kritéria diagnózy demence, prokáže-li se příčinná souvislost s nadměrným užíváním alkoholu a jsou-li vyloučeny jiné příčiny demence (Koukolík, 1999, s. 94). Jako „hazardní“ se v tomto směru uvádí denní dávka alkoholu vyšší než 60 g u mužů (40 g u žen). Pití více než 80 g alkoholu denně po dobu patnácti a více let snižuje hmotnost mozku (tamtéž, 93).

Alkoholová demence se projevuje charakteristickými projevy ostatních demencí. V popředí je výrazná deteriorace intelektových schopností, nejvíce je postižena všítivost, proto jsou postižení bezradní v novém prostředí, nepřizpůsobiví, těžkopádní, emočně labilní, bez zájmů a se somatickými komplikacemi. Celkově dochází k degradaci osobnosti. To všechno má vliv na samostatný život postiženého, na sociální vyloučení ze společnosti, zaměstnání, vyloučení z rodiny. Člověk se stává závislým na péči jiných osob, střídavě může být umístěn a léčen na psychiatrickém oddělení zdravotnického zařízení, nebo domově se zvláštním režimem. Často tyto senioři patří k jedincům s psychosociálním ohrožením, kteří jsou v důsledku slabé finanční situace bez přístřeší s narušenými rodinnými vazbami a jsou ohroženi trestnou činností.

1.4 Demence Alzheimerova typu (DAT)

Definice

DAT je jednou z nejrozšířenějších forem demence. V průmyslově vyspělých zemích je DAT nejčastějším typem demence a s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. Onemocnění, které je nejčastěji chorobou stáří, se vyvíjí postupně. Rozlišení prvních poruch paměti od příznaků, které mohou doprovázet normální stárnutí, nemusí být zpočátku jednoduché.

Podle Americké psychiatrické asociace se v definici demence Alzheimerova typu uvádí zhruba toto:

- A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:
 - 1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené).
 - 2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
 - a) afázie (porucha řeči),
 - b) apraxie (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy),
 - c) agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že senzorické funkce nejsou postiženy),
 - d) poruchy výkonu činností (např. plánování, organizace, řazení podle posloupností, abstrahování).
- B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.
- C. Průběh DAT je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností (Zgola, 2003, s. 19).

Etiologie

Rizikovým faktorem vzniku DAT je věk, pravděpodobně ženské pohlaví, snad úraz hlavy.

Příčiny AN zůstávají dosud neznámy, avšak onemocnění může způsobovat hned několik faktorů:

- genetické
- zánětlivé
- virové
- životní prostředí

Stádia DAT

Ve vývoji DAT lze zřetelně rozlišit tři odlišná stádia, kdy přechod mezi jednotlivými obdobími může trvat i několik let. První stádium je charakteristické pouze mírnými a často přehlédnutelnými příznaky. Ve druhém jsou příznaky výraznější, které pacientovi znemožňují vykonávat každodenní činnosti. Třetí stádium se projevuje úplnou závislostí, kdy kognitivní poruchy ústí až ve významný rozklad osobnosti.

1. fáze AN:

- a) zhoršování paměti zejména pro nedávné situace,
- b) přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si den, měsíc),
- c) prostorová dezorientace (neschopnost poznat místa – svůj byt),
- d) ztráta iniciativy,
- e) obtížné hledání slov.

2. fáze AN:

- a) významné výpadky paměti (neschopnost vybavit si jména členů rodiny),
- b) snížená schopnost postarat se sám o sebe (péče např. při hygieně),
- c) častá ztráta nebo zabloudění na známých místech,
- d) zhoršování řečových schopností,
- e) halucinace.

3. fáze AN:

- a) péče blízké osoby (přijímání potravy),
- b) neschopnost poznat přátele, členy rodiny,
- c) obtíže s motorikou, chůzí,

- d) neudržení moči, stolice,
- e) významné poruchy chování.

Důsledky kognitivní poruchy u osob s DAT

Při DAT si osoba s kognitivní poruchou neuvědomuje, že něco zapoměla, nepozná, že ztratila paměť. Zpočátku ztráta paměti ovlivňuje vzpomínky časově nepříliš vzdálené, postižený si nevybaví událost, ke které došlo před chvílí.

Ztráta paměti tohoto druhu se podle M. Zgoly (2003) projevuje jako:

- a) **Potíže se získáváním nových znalostí.** (Neschopnost získat nové znalosti znesnadňuje postiženému nabytí nových dovedností a změnit staré zvyky, poučit se ze zkušenosti a přizpůsobit se novým okolnostem.)
- b) **Špatná orientace v prostoru, čase a lidech.** (Nemocný nedokáže uchovat v paměti orientační informace.)
- c) **Opakující se dotazy.** (Osoba se ztrátou krátkodobé paměti udržuje téma v pracovní paměti, až je v určitém okamžiku z nějakého důvodu opustí. Pomoc pro ni představuje to, že otázku opakuje).
- d) **Paranoické tvoření představ, konfabulace.** (Osoba používá znalosti z dřívější doby, vznikají tím situace, kdy nemluví pravdu, vymýšlí si a obviňuje ostatní z bizarních nesmyslných činů).
- e) **Úzkostlivost a nedostatek vhledu.** (Pocity úzkosti často provázejí ztrátu paměti, např. Nemocný neví, jak se dostal na nějaké místo, jak se vůbec dostane domů).

Zgola (2003) ve své knize Úspěšná péče o člověka s demencí uvádí příklady nejobvyklejších vzorců chování spojených s problémy pozornosti:

- Neschopnost začít nebo ukončit úkol nebo akci (inerce – netečnost x perseverace – lpění).
- Fixace na jeden nepodstatný aspekt úkolu, přičemž na úkol jako celek osoba zapomene (např. při oblékání kalhot se soustředí na zapínání a přitom úplně zapomene na oblékání).
- Neschopnost vzdorovat rušivým podnětům.

- Snížená schopnost reagovat.
- Zmatená reakce.

U osob s poruchou kognitivních funkcí musíme určit, zda je schopna formulovat myšlenku (expresivní jazyk) nebo jí uniká smysl slov a složitých vět (receptivní jazyk). Osoba, která má problém s expresivním jazykem, hledá slova, a aby přesně vyjádřila myšlenku, může použít rozsáhlý popis – opis nebo marně hledá výraz a skončí třeba slovem „tentononc“, čemu se říká anómie. Může taky nahradit slovo podobně znějící nebo slovo ze stejné kategorie, tomu se říká parafázie.

Důsledky poruchy osoby s kognitivní poruchou:

- a) v důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc,
- b) trvá na svých starých vzorcích chování,
- c) nepřijme důkaz o snížení svých schopností,
- d) ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany,
- e) nedokáže předvídat důsledky,
- f) nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech,
- g) má tendenci brát věci doslovně (Zgola, 2003, s. 31).

Poruchy ve vnímání mohou představovat tyto problémy:

1. Neúspěch při rozeznávání známých předmětů (agnózie) nebo tváře lidí (aprebignosis).
2. Ztráta schopnosti rozlišovat předmět a pozadí (např. bílé talíře na bílém ubruse).
3. Sklony ke klamným představám, k prožívání bludů (např. lupič v okně – stín záclony).
4. Ztráta schopnosti odhadnout vzdálenost a hloubku (např. lesklé dlaždičky mohou vyvolat představu vlhké podlahy, osoba pokládá předmět před nebo vedle stolu, neoznačený schod).

5. Ztráta schopnosti vnímat směr a relativní polohu předmětů vůči sobě navzájem (nerozlišování pravé a levé strany, přední a zadní polohy, např. ztrácí správnou cestu ve známém prostředí, neprostře stůl).

Nervová soustava se během života vytvořila miliony pohybových vzorců, které podle potřeby automaticky využívá. Problémy mohou nastat u úkolu, který se skládá z více kroků. Osoba může ztratit přístup k automatickému vzorci a není schopna činnost začít nebo se zadrhne v půli úkolu. Důležité je vést nemocného prostřednictvím konkrétních úkolů, třeba i několikrát od začátku pokud kdykoli ztratí kontakt s automatickým vzorcem (melodie písně).

2 Kvalita života seniorů s demencí Alzheimerova typu

2.1 Pojem „kvalita života“

Mnoho lidí se domnívá, že kvalitního života mohou dosáhnout pomocí technických vymožeností dnešního světa, neustálým obstaráváním a hromaděním materiálních statků. V dnešní konzumní společnosti jde v podstatě o výrobu (vyrábět čím dál tím víc, a tím více vydělávat) a o narůstající spotřebu, a tak se i kvalita života stává podle některých výrobkem, tím, co se dá koupit za peníze. Ale kvalitní život nelze redukovat na pobývání v každodennosti a v neustálém obstarávání a hromaděním. Kvalitní život potřebuje přesáznost, ta vytváří základ kvalitního prožívání, směřuje k duchovní stránce života, která je nedílnou součástí lidského bytí. (Hogenová, 2002).

Pojem „kvalita života“ můžeme všeobecně chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se hlavně naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě. Kvalita života ve stáří a s ní související subjektivní pocit pohody může být individuálně rozdílný. Obecně platí, že kvalita života postupně spíše klesá, a přestože jsou staří lidé schopni až obdivuhodné adaptace na nepříznivé změny, zhoršuje se i subjektivní interpretace vlastní životní situace (Kožený, Tišanská, 2005, s. 211).

Pojem kvalita života je pojmem zasahujícím do různých vědních disciplín a proto je těžké sjednotit definici tohoto termínu. Z této definiční nejednotnosti vyplývá i problém s měřením. Každá vědní disciplína jinak definuje kvalitu života, a proto i jiný přístup k jejímu měření.

Kvalita života z pohledu sociologie úzce souvisí s pojmy životní úroveň, způsob života, životní styl, ale v žádném případě by s těmito pojmy neměla být zaměňována. Životní úroveň vyjadřuje materiální a ekonomické podmínky života člověka, způsob života je založen na specifickém vztahu jedince a

společnosti. Životní styl je popisován jako souhrn životních zvyků, obyčejů. Na kvalitu života se můžeme dívat ze dvou úhlů pohledů a to subjektivního a objektivního. V poslední době se však upřednostňuje pohled subjektivní, který nám nabízí přesnější zmapování úrovně kvality života daného jedince.

- *objektivní dimenze QOL* - zahrnuje položky jako materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Celkově shrnuto jsou to ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, které ovlivňují život člověka.

- *subjektivní dimenze QOL* - vychází z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou ve které žije a jeho hodnotovým systémem. Životní spokojenost je pak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Vymětal, 2001, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Důležitým úkolem pozdního stáří, který souvisí s pocitem životní pohody a kvality života, je udržení přijatelného životního stylu. Jeho podmínky lze shrnout do několika bodů:

- Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti.
- Udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti.
- Udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti (Vágnerová, 2007, s. 399).

O udržení kvality života seniorů obecně mluví **Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR**, kde je vytyčeno 10 základních principů a s nimi souvisejících práv, zaměřených na oblast etického přístupu ke stáří, přirozeného sociálního prostředí, pracovních aktivit, hmotného zabezpečení, zdravého životního stylu a kvality života, zdravotní péče, komplexních sociálních služeb, společenských aktivit a bydlení. Zvolených 10 základních principů postihuje potřeby českých seniorů i společnosti a směřuje zejména k zajištění rovného práva pro seniory,

důstojnosti, nezávislosti, plnohodnotné účasti seniorů na sociálním, kulturním, hospodářském a politickém životě, kvality péče a podpory, vyrovnání příležitostí, k uvědomění si osobní odpovědnosti za přípravu na stáří a posílení role přirozeného sociálního prostředí.

Jednotlivé principy jsou rozvedeny v určitých doporučeních, jejichž naplňování by mělo zajistit, aby senioři mohli přiměřeně uspokojovat své potřeby a vyrovnat se s podmínkami života, které vyvolává proces stárnutí a rovněž, aby společnost byla připravena řešit problémy spojené se stárnutím populace (Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR, 2001).

K významným změnám dochází také v zajištění kvality sociálních služeb. Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou České republiky pod č. 127 přijat materiál **„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“**. Za hlavní navrhované body materiálu lze označit zejména:

- zkvalitňování životních podmínek obyvatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče;
- podporu poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při změnách v institucionální péči a to zejména v poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů;
- naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí;
- spolupráce mezi všemi aktéry procesu transformace institucionální péče,
- informovanost o procesu změn v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Kvalitu života ovlivňuje forma péče o seniora, která by měla vycházet z následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982:

- **demedicalizace** - akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii
- **deinstitutionalizace** - prioritní ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti
- **desektorizace** - akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče
- **deprofesionalizace** - podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví (Horehled, 2008, s. 78).

2.2 Aspekty kvality života seniorů s DAT

Aspekt sociální role osob s DAT v rodině

V minulosti bylo běžné soužití tří generací – rodičů, dětí a prarodičů a tzv. mezigenerační výměnná služba, která se týkala péče o staré členy rodiny. Staří lidé se jistili pro případ nemoci a nemohoucnosti, a to dohodou o výměnku. Jedním z nesporných kladů výměnkářské praxe byla skutečnost, že staří lidé bydleli sice odděleně (v místnosti nebo chaloupce vedle svých dětí), ale pořád spolu. Propojení generací mělo svůj význam. Děti přejímaly do svého kodexu chování a jednání rodičů vůči prarodičům a bezděčně se učily pečovat o staré lidi.

Dnešní situace rodiny je podstatně jiná. Mladí lidé mají právo na individuální realizaci vlastního života kdekoliv mimo bydliště svých rodičů. To relativně vyhovuje rodičům i dětem do té doby, dokud se u rodičů neohlašuje stáří. Stuart-Hamilton (1999) poukazuje na výzkum preferencí rodinných vztahů, kde v západních zemích preferují staří lidé samostatný život, zároveň však vítají, nežijí-li jejich potomci či blízcí příbuzní daleko. Staří lidé tedy

pravděpodobně rádi kombinují příležitost k aktivitám v interakci se členy rodiny se soukromím svých domovů (Stuart-Hamilton, 1999, s. 171).

Demence vede ke ztrátě sociálních rolí a ke změně pozice nemocného nejen ve společnosti, ale především v jeho rodině. V této souvislosti se mění i vzájemné vztahy a hierarchie rodinného uspořádání. Vágnerová (2007) popisuje složky zátěže - náročnost péče o postiženého člověka, přijetí proměny osobnosti nemocného, které rodina prožívá při úpadku osobnosti jednoho z jejích členů.

Když chceme z psychologického hlediska analyzovat, jak rodina prožívá vztah ke starým rodičům s DAT, můžeme konstatovat, že nejčastěji směřují pozitivní city s negativními, což může často vést k ambivalentním postojům. Z pozitivních citů a pocitů lze jmenovat lásku k rodičům, starost o to, aby byly potřeby a přání starého člověka uspokojeny, zabránit vstupu starého člověka do sociálního zařízení. Z negativních pocitů lze jmenovat strach, když k sobě nepřijmu starého rodiče, nebudu se moci o něj postarat, strach z toho, když vztah rodiče a dítěte se obrací, jak jej zaměstnat, zorganizovat jeho každodenní život a zajistit bezpečí, aniž by mu zakazovali veškerý volný pobyt.

Kvalita společného života se starým rodičem a jeho spokojenost pak bude záviset na rovnováze mezi těmito negativními a pozitivními city. Rodiny, které se starají o dementního rodiče, často vyjadřují znepokojení, zmatek a těžkosti při tom, když se musí přizpůsobovat této situaci (Pichaud, 1998, s. 70).

Buijssen (2006) za problémy členů rodiny pečující o osobu s demencí uvádí vyrovnání se s bolestí z pomalé ztráty blízké osoby, nedostatek pochopení a ocenění od ostatních členů rodiny, kteří péči o osobu s demencí považují později za samozřejmost a nevidí psychickou náročnost domácí péče, požádání o pomoc „vnějšího pečovatele“, aby nebyli důkazem živé neschopnosti postarat se o člena rodiny a smíšenost emocí pociťující k osobě s DAT.

Rodinná politika by se měla věnovat přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů. Odpovědná a kvalitní péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně pečovatelů a seniorů s DAT. Péče rodinných i profesionálních

pečovatelů musí být ceněna a uznávána společností. Ekonomická bezpečnost je předpokladem pro zajištění kvality péče. Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví pečovatelů a seniorů s DAT, důstojnost a kvalitu péče a zvyšují riziko zneužívání a zanedbávání. Umístění do sociálního zařízení je často jediným způsobem zajištění péče a rodinný pečovatel je tak stavěn před volbu mezi přetížením a „institucionalizací“.

Aspekt respitní péče z hlediska kvality života osob s DAT

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 44 nabízí rodinným pečovatelům odlehčovací službu. Je to osobní služba poskytovaná tam, kde člen rodiny celodenně pečuje o člověka, jehož schopnost sebeobsluhy, orientace v čase a prostoru jsou omezeny v důsledku stáří, demence. Cílem služby je poskytnout pečovateli čas k odpočinku, dovolené, regeneraci sil, uzdravení. Na druhé straně respitní péče rozšiřuje seniorům s DAT sociální kontakty a předchází sociální izolaci. Služba je prevencí dlouhodobých pobytových služeb. Forma služby může být návštěvní, ambulantní, terénní. Obsahem nabídky služby je např. pomoc se sebeobsluhou, kontakt s vnějším prostředím, pomoc při pobytu, ošetřovatelská péče, pomoc při zajištění chodu domácnosti.

Pro seniora s DAT přináší tento druh služby navázání nových sociálních kontaktů, podporu zájmu o dění ve společnosti, předcházení sociální izolace, podporu soběstačnosti, sebeobsluhy a nezávislosti na péči, oddálení nebo omezení potřeby trvalé pobytové péče v zařízení sociálních služeb, možnost vést aktivní společenský život.

Pobyt na oddělení zařízení sociálních služeb je vždy přechodného typu, nenahrazuje hospitalizaci, není to forma umístění v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v domově pro osoby se zdravotním postižením nebo v domově pro seniory. Pobyt je možno realizovat opakovaně. Po ukončení pobytu na oddělení se klient vrací do domácí péče. Pro přijetí klienta s DAT do péče je nezbytná záruka úzké spolupráce s rodinou. Služba je ze strany rodinných pečovatelů kladně hodnocena a využívána, jde o prevenci rizika institucionalismu.

Aspekt odborné péče v rámci komplexní péče o seniora s DAT

Péče o seniory je péčí týmovou, multidisciplinární a multiresortní a považujeme ji za celospolečenskou otázku. Cílem je zachovat v co největší míře zdraví, soběstačnost seniorů a jejich schopnost žít kvalitní a nezávislý život.

V oblasti péče o seniory s DAT dominují mezi poskytovanými službami především **sociální a zdravotní služby**, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdějšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určených.

Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou resortů: zdravotnictví a sociální péče. Může se jednat o převážně péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní nebo o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit. Vzhledem ke specifickým problémům a potřebám seniora s DAT je zapotřebí, aby byl systém zdravotně sociální péče těmto specifickým potřebám seniorů přizpůsoben. (Horehled, 2008, s. 81).

Systém sociální péče představuje systém dávek a služeb určených na zajišťování pomoci mimo jiné seniorům s DAT. V ČR se podílí všechny tři složky sociálních služeb; tedy jak základní sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, a odborné sociální poradenství zahrnující poradny pro seniory s DAT, tak i služby sociální péče a služby sociální prevence.

Mezi tyto služby, které se mohou podílet na uspokojování jejich potřeb, patří osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Tyto služby jsou charakterizovány Zákonem 108/2006 Sb.,

o sociálních službách. Dávky sociální péče poskytují jednotlivé obecní úřady a tyto dávky jsou přiznávány na základě žádosti, která je posuzována sociálním pracovníkem. Na spolupráci v rámci zajištění komplexní sociální péče a odborného poradenství se podílí odborné kvalifikace z různých resortů zaměřené na lékařství, právní poradenství, vzdělání, pečovatelsví, ochranu osobních a lidských práv.

Aspekt participace a lidská práva seniorů s DAT

Důležité je podpořit participaci seniorů s DAT na kulturních, společenských aktivitách a na životě společnosti jak v rodinném prostředí tak v institucionálních zařízeních. Významným zdrojem aktivního života jsou zájmové a volnočasové aktivity, aktivizační metody, které přispívají k prevenci sociálního vyloučení, izolace a k zachování sociálních a mezigeneračních vztahů a kontaktů. Pro naplnění potřeby sociálního začlenění klienta s DAT se v rámci sociální péče vychází ze shromážděných informací o klientovi, který upřesňuje své přání a potřeby v individuálním plánu péče, který splňuje kritérium zákona o sociálních službách a standardů kvality sociálních služeb, z něhož vyplývá nutnost zpracovávat individuální plán péče klienta. Individuální plánování je proces, který je možný jen v rámci znalosti osobní historie klienta, tzn. že je při něm nezbytné se seznámit s životním příběhem klienta, jeho zásadními událostmi, zálibami, návyky, postoji, s rodinnou a lékařskou anamnézou.

Lidé trpící DAT jsou ve zvýšené míře ohrožení rizikem institucionalizace a zneužití lidských práv a sociálního vyloučení. K významným změnám v zajištění kvality sociálních služeb a odstranění rizika institucionalizace dochází na základě přijatého materiálu Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. V předkládaném Návrhu základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR je vytyčeno několik práv, zaměřených mimo jiné na oblast etického přístupu ke stáří seniorů s DAT.

Potřeba bezpečí je jednou ze základních lidských potřeb, které zajišťují kvalitu života na důstojné úrovni. Lidé s demencí jsou rizikovou skupinou týrání a zneužívání, včetně finančního, psychologického a sexuálního, jsou ve vyšší míře ohroženi majetkovou i násilnou trestnou činností. Osoby, které špatně zacházejí s lidmi DAT, mohou být členové rodiny, profesionální pečovatelé, přátelé nebo i neznámí lidé.

Špatné zacházení je většinou způsobeno přepracovaným pečovatelem – členem rodiny, který týrá slabou a závislou starší osobu. Někteří pečovatelé – členové rodiny se domnívají, že jsou oprávněni používat moc, aby mohli trestat a ovládat své oběti. Člen rodiny často svou oběť záměrně tělesně napadá a trápí nejrůznějšími důmyslnými způsoby, zajímají se jen o to, jak získat peníze a majetek oběti pro svou osobní potřebu (Tošnerová, 2002, s. 16-17). Základním přístupem k zabránění zneužívání je preventivní přístup zaměřený na depistáž, zvýšení bezpečnosti, poradenství a podporu pečující rodiny.

3 Péče o seniory s DAT

3.1 Péče o seniory

Péči o staré občany s DAT lze rozdělit do 3 úrovní:

- péče o starého občana v rodině,
- sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách,
- sociální péče o starého občana v pobytových podmínkách zařízení sociálních služeb.

Nejvíce pomoci se dostává a bude dostávat starému člověku v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Starý člověk by ovšem dával přednost bydlení samostatnému, nejraději blízko příbuzných. Oddělené bydlení však ztěžuje širší rodině péči o své staré členy rodiny.

Na sociální péči o seniora s DAT v ambulantních podmínkách se podílejí sociální pracovníce, pracovníce v sociálních službách a geriatrické sestry. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku nebo osobám se stařeckou, DAT a ostatními typy demencí v těchto zařízeních sociálních služeb:

- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením.

3.2 Zařízení sociálních služeb pro osoby s DAT

Služba v zařízeních sociálních služeb obsahuje tyto základní činnosti sociální péče:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) poskytnutí ubytování,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006, § 35)

Mühlpachr (2004) uvádí obecné základní vnitřní problémy pro seniory vyplývající z pobytové péče v zařízeních sociálních služeb, které se vztahují i k osobám s DAT:

- ztráta vazeb s rodinou,
- ztráta společenských vazeb,
- omezené soukromí,
- dezorientace v novém prostředí,
- komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb,
- ztráta plnoprávné občanské pozice,
- ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti.

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením či seniory. Jejich služby jsou však uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí DAT či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením.

Pro tyto seniory je typické, že trpí určitou formou demence, mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a potřebují pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby. Snížená soběstačnost např. znamená potíže orientovat se v prostředí, v němž žijí a jsou imobilní či schopni jak samostatného pohybu, tak s pomocí kompenzačních pomůcek (francouzských holí, chodítek atd.) pod dohledem odborného personálu, inkontinence.

Sociální služby ve **zdravotnických zařízeních** (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože není v danou chvíli možné jim zabezpečit péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb. Mnohdy pak v zařízeních léčebny dlouhodobě nemocných jsou umístění klienti, kterým zdravotnická péče nezajistí podnětné sociální prostředí.

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Služba podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní centrum poskytuje péči v průběhu dne, lidé s demencí sem docházejí nebo jsou přiváženi ze svého domova. Provoz denních center je zajištěn zpravidla ve všední dny, o víkendech zůstávají klienti denního centra v péči rodiny.

Denní centrum pro lidi s demencí je určeno primárně klientům s diagnózou demence, kteří mají zázemí v rodině či v zařízení sociální péče, jejich stav je

stabilizovaný a nevyžadují nepřetržitou ošetrovatelskou péči či hospitalizaci v nemocnici a potřeba péče a dohledu se jeví v denním centru jako optimální

Obsahem celodenní péče mohou být různé aktivity denního života, podpora v soběstačnosti a zapojování do různých terapeutických metod (např. procházky, ergoterapie, trénink paměti, reminiscenční terapie, skupinové cvičení...) Součástí náplně režimu dne by měl být přiměřený pohybový režim, fyzioterapie, komunikace s klienty, rozvíjení vztahu a společenského života. Pečovatelé by měli soustavně hodnotit a sledovat psychický stav klienta, sestavovat individuální plán a naplňovat jeho cíle. Práce s rodinou je další velmi důležitá složka náplně sociální práce pracovníka v sociálních službách.

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc jejich přirozeném sociálním prostředí.

Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a současně nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm seniorům, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 služba zahrnuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domov pro seniory se speciálním oddělením patří mezi zařízení sociálních služeb. Denní program na oddělení pro osoby s DAT se odvíjí podle aktuálního stavu pacientů, domov zajišťuje sociální a zdravotní péči. Poskytované služby by měly být odborné, zajištěné kvalifikovaným personálem a nabízet víc, než jenom zajištění zdravotní péče, ale hlavně podporovat hodnotný život těchto klientů. V objektech s větší kapacitou lůžek by měl víceméně každý týden ordinovat praktický lékař a tým odborně vyškolených zdravotních sester a ošetřovatelek.

Sociální pracovnice by měla poskytovat pomoc při řešení problémových situací klientů, pomoc při jednání s úřady apod. Je v kontaktu s klientem a jeho příbuznými již před jeho nástupem i během pobytu v domově pro seniory. Zaměstnanci domova se starají také o příjemné a smysluplné využití volného času seniorů, probíhají různé kulturní akce, hudební odpoledne, vystoupení dětí, soutěže, besedy a další aktivizační metody.

3.3 Aktivizační metody práce se seniory s demencí

Kvalitní program je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný. Tyto programy nezvrátí stav nemocného, ale redukuje efekt sensorické deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí a rozbíjí cyklus vedoucí k tzv. naučené neschopnosti (Zgola, 2003, s.151).

Důležitým požadavkem kvalitní péče o staré či nemocné je, že musí vycházet především z potřeb obyvatel či pacientů a nikoli z potřeb personálu. V našich zařízeních je tomu ještě často naopak. Programy, které vyžadují účastníkovu iniciativu a spolupráci založenou na vzhledu a pochopení, jsou pro tuto populaci nevyhovující. Osoby s demencí zřídka sledují rozpis činností a vybírají si aktivity z tabule. Téměř nikdy se z vlastní vůle nedostaví k aktivitám, které jim byly určeny. Potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, do kterých se zapojí sami přímo a spontánně, které vycházejí nikoli z rozpisu činností, ale z rutiny jejich každodenního života. Každá činnost musí splňovat různá kritéria. Musí mít jasný účel, být dobrovolná, příjemná, společensky přijatelná, nesmí vést k neúspěchu.

Aktivity, které jsou u lidí postižených demencí nejúspěšnější:

- užívají známých pohybových stereotypů,
- mají výrazné rytmické prvky,
- obsahují jeden opakující se krok,
- poskytují okamžitou zpětnou vazbu,
- zapojují člověka přímo,
- jsou dosti rigidní, konkrétní, předvídatelné (Zgola, 2003, s.165).

Prvním krokem pro vytvoření programu je zjištění funkčního stupně obyvatele v oblasti fyzické, kognitivní a společensko-emoční. Zhodnoceny jsou také jeho silné a slabé stránky. Zájmy obyvatel jsou však právě tak důležité jako jejich kondice, a proto je třeba brát je při sestavování programu v úvahu. Pro každého obyvatele je vytvořen cíl nebo plán péče, podle kterého jsou vybírány příhodné činnosti tak, aby těmto zájmům a potřebám vyhovovaly. Programy jsou analyzovány, rovnávány podle terapeutických účinků a oblíbenosti u obyvatel a podle dalších faktorů. Teprve pak je rozhodnuto, které z nich budou přijaty (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

Aktivity zaměřené na cvičení orientace v realitě, na kognitivní trénink, rehabilitaci řeči a motoriky

Trénink paměti

Mnoho lidí se domnívá, že proti duševním úbytkům ve stáří se nedá nic dělat. Nejnovější výzkumné výsledky však prokazují, že člověk si i ve stáří ponechává schopnost učit se, že se může dále psychicky rozvíjet a že má k dispozici velkou kapacitu myšlení, z níž často není dost čerpáno a jež by měla být využívána. Činnost mozku je možno srovnat s činností svalů. Psychické deficity, jako oslabení všímavosti, narůstající zapomnětlivost, poruchové nalézání slovních pojmů nebo ubývající schopnost koncentrace mohou být proto u zdravých starších osob přisuzovány nedostatečnému tréninku. Ty pak mohou tedy znovu získat, zlepšovat a podržet si svou psychickou výkonnost odpovídajícím cvičením. U lidí s psychickými deficity (např. po mozkové mrtvici nebo při demenci) to pak znamená stabilizovat, využívat a budovat tímto způsobem ještě existující rezervy (<http://www.letokruhy-vs.cz/text=nase-sluzby>).

Skutečný trénink paměti je pak spíše určen pro zdravé lidi, kteří se chtějí udržovat duševně čilí. Dementním pacientům může trénink paměti za určitých okolností dokonce uškodit, protože pro ně představuje velkou zátěž nebo si v sobě proti němu vytvoří citovou averzi. Existují jednoduché názorné hry trénující paměť, které lze v každém případě doporučit spíše než abstraktní úlohy, jejichž pochopení je pro pacienty trpící DAT postupem času stále těžší. Pro paměť a pro lepší orientaci v každodenním životě mohou mít v raném stádiu nemoci mnohem větší smysl jednoduché pomůcky, jako je např. zapisování do notesu, plánovací kalendář, vedení deníku obsahujícího důležité události, označení skříní štítky, které usnadní uklízení a hledání věcí nebo denní plán s přesně časově stanovenými aktivitami.

Cenným impulzem může být i vytvoření alba, které bude obsahovat chronologicky seřazené fotografie a podobné dokumenty z vlastního života, eventuálně doplněné poznámkami o důležitých zážitcích a událostech. Pro

osoby s DAT je důležité vědět, kdo jsou, protože pocit a znalost vlastní identity se stávají fragmentární. Nejistota může vyvolat strach a pocit ohrožení.

Pro představivost si uvedeme jednoduché cvičení, která se používají při tréninku paměti zdravých osob nebo u lehkého stupně demence:

a) Trénink pravé mozkové hemisféry

Mozek má dvě hemisféry a každá umí něco jiného. Vyjadřovacími prostředky pravé poloviny mozku jsou barvy, symboly, hudba. Ideální pro naši paměť je, když obě hemisféry fungují v rovnováze. Západní společnost je však orientovaná především na levou hemisféru. Proto je třeba tréninku pravé hemisféry věnovat zvýšenou péči. Úkolem je nakreslit obrázek pouze z geometrických tvarů, např. jenom z koleček obrázek nebo spojit např. tři různé tvary v jeden obraz.

b) Asociační cvičení

Smyslem cvičení je vyprávět nebo napsat příběh na základě předložených slov, které v nás asociují příběh.

c) Akrostika

Akrostika je mnemotechnická pomůcka, kdy je vymyšlena věta, kde první písmeno každého slova je pomůckou k zapamatování daného poznatku, např. lev couvá do manéže znamená římské číslice od 50 do 1000 – L, C, D, M.

d) Koncentrační cvičení

- hledání v textu, číslech, čarách,
- hledání rozdílů,
- iluze, bludiště.

Reminiscenční terapie

Metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam, ale zejména je důležitá pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře vybavují události dávno minulé. Je vhodná pro pacienty s lehkou či středně těžkou demencí, tedy pro

pacienty, pro něž mnoho jiných terapeutických alternativ nemáme. Nejedná se v žádném případě o cvičení paměti, které bývá u těchto pacientů velmi problematické (<http://www.letokruhy-vs.cz/text=nase-sluzby>).

Validace

Jestliže dementní nemocné akceptujeme takové, jací jsou, je možné se k nim velmi přiblížit. Většina lidí potřebuje blízkost a intimitu a dementní lidé v tomto směru nejsou výjimkou. Jestliže je budeme chtít změnit, přivést je zpět do skutečnosti, ztratíme s nimi kontakt. Začnou se zlobit, cítit se nepochopení a poníženi. Validovat znamená hodnotit, vzít na vědomí city druhých jako pravdivé. Popřením jejich citů popíráme je samé. Musíme se snažit rozumět i tomu, co se nám zdá nelogické nebo nerealistické.

Simulační terapie

Vychází z toho, že primárně blízké osoby působí na nemocné demencí zvláště stabilizačně. Příznivý vliv lze využít i v případě nepřítomnosti pomocníka. K tomuto účelu se zhotoví zvuková kazeta, která simuluje telefonní rozhovor mezi pacientem a jeho blízkou osobou. Pauzy mezi řečí umožňují pacientovi, aby sám něco řekl. Z hlediska obsahu by se mělo hovořit především o pozitivních zážitcích ze života nemocného, společných vzpomínkách, jakož i o přátelích a rodině. Tímto způsobem se vyvolá svět představ, který je pro pacienta příjemný.

Podobné principy používá „video-pauza“, rovněž vyvinuta v USA, kdy si nemocní demencí prohlížejí videa, která byla vyvinuta speciálně pro tento okruh osob. Když nemocný využije této nabídky, dopřeje ošetřovatelům „pauzu na odpočinek“.

Terapie chování

Speciálně pro psychoterapii lidí s DAT v raném stádiu vyvinuli v roce 1999 Thorsten Ehrhardt a Anita Plattner „trénink kompetencí terapeutickým chováním“. Zahrnuje to více základních prvků, z nichž by měly být pro názornost představeny dva: „vytváření aktivit“ a „změna škodlivého myšlení“.

Vytváření aktivit

V raném stadiu demence registruje nemocný své ztráty často velice dobře a pokouší se je skrýt před okolím. Aby předcházel všem možným eventualitám, přestává často i s aktivitami, které by ještě bez problémů zvládal. Následky jsou fatální: Zaprvé se vše, co se nedělá pravidelně, rychleji zapomene, za druhé se v důsledku pasivity a sociálního stažení stále více snižuje počet úspěšných výsledků – tzv. pozitivních zesilovačů. Terapeut a pacient spolu vytvoří seznam příjemných aktivit. Tyto musí být dobře zvládnutelné a musí odpovídat potřebám pacienta.

Změna škodlivých myšlenek

Ústřední hypotézou terapie chování je u toho tzv. „ABC-model“: A (iniciační zážitek) vede k určitému hodnocení (B) a toto teprve k určitému emocionálnímu důsledku (C). Nejsou to tedy zážitky samotné, které „dělají“ depresi, ale naše hodnocení. Když se tato hodnocení trvale změní, změní se nakonec i emoce. Zároveň ale bude spolu s pacientem opatrně vyvíjet realističtější alternativy hodnocení (tak by se například myšlenka „Stále jen bloudím“ mohla zpracovat do realističtější myšlenky „V novém prostředí se sice jen těžko vyznám, ale ve své čtvrti se vyznám dobře!“).

Aktivity zaměřené na neverbální techniky

Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu)

Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu) je skupina terapií zabývajících se edukačně zaměřenou enkulturací osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu, nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znenýhodněny ve společenském životě. (Müller, 2005, s. 28)

Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Jako terapeutický prostředek využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které

pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality života. (Müller, 2005, s.253)

Terapie s pomocí zvířete

Canisterapie

Canisterapie je jedna z forem zooterapie, která se snaží o využití zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. V užším pojetí rozumíme využití psa v podpůrné alternativní terapii. Pes pomáhá k navození vzájemného kontaktu mezi klientem a terapeutem, k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci klienta. Pes je pro klienta velký motivační činitel a dokáže přispět i k tlumení nežádoucích a negativistických projevů klienta (Müller, 2005, s. 288). Pes zde tvoří také součást jakési rehabilitace, protože napomáhá procvičování některých částí těla, např. při házení míčku se uživatel natahuje, tím procvičuje svaly na ruku, aby si pejska pohladil, rozevívá dlaň, aby cítil jeho srst apod.

Aktivity všedního dne (ADLs – Activities of Daily Living)

Zgola (2003) poukazuje na problém, který nastává v okamžiku, když člověk ztrácí kontrolu nad svými každodenními aktivitami. Mnoho aktivizačních programů se snaží tuto potřebu uspokojit, zakládají se proto různé skupiny společenské komunikace, programy sensorické stimulace, programy péče o zevnějšek, programy pracovní činnosti.

4 Aspekty kvality života seniorů s demencí Alzheimerova typu v náplni praxe - šetření

4.1 Stanovení cílů šetření

Hlavním cílem je zjistit úroveň kvality života seniorů s DAT. Posoudit kvalitu služeb poskytovanou seniorům prostřednictvím aktivizačních metod a odborným komplexním přístupem pracovníků v sociálních službách a rodinných příslušníků, což zahrnuje v rámci péče o seniory DAT spolupráci s psychology, s pracovníky OSSZ, speciálním pedagogem a odborným lékařem, respitní a poradenskou péči pro rodinné příslušníky. Tohoto cíle je možné dosáhnout především za předpokladu stanovení a naplnění podrobnějších cílů dílčích. Za dílčí cíle lze považovat:

1. Zjistit, zda zařízení sociálních služeb poskytují odbornou péči osobám s DAT.
2. Ověřit situaci, zda se zařízení, poskytující sociální služby seniorům s DAT, se potýkají s kapacitním nedostatkem míst.
3. Ověřit, zda rodinní příslušníci spolupracují s pracovníky v sociálních službách v rámci péče o seniory s DAT.
4. Zhodnotit situaci, zda zařízení sociálních služeb nabízí respitní péči a zda rodinní pečovatelé využívají tyto odlehčovací služby.
5. Ověřit, zda pracovníci zpracovávají individuální plán péče obsahující aktivity vhodné pro práci s danou osobou,
6. Zhodnotit, zda v rámci práce s klientem je využíván široký výběr z aktivizačních metod.

4.2 Metody realizace šetření

Musely se v první řadě zvolit metody, které jsou pro tento druh šetření odpovídající, aby se mohly získat, zpracovat a objasnit poznatky o aspektech kvality života seniorů s DAT. Při kvantifikaci dat byla především použita jedna z nejvíce užívaných metod – metoda dotazníku.

Dotazník bývá definován jako výzkumný a diagnostický prostředek zkoumajících mínění osob o jednotlivých jevech. Jeho podstatou je soubor otázek (výroků) – předložený v písemné formě a zkonstruovaný podle požadavků vědecké metodologie. Dotazník – stejně jako ostatní metody pedagogického výzkumu – musí mít objektivní výpovědní hodnotu – což závisí hlavně na formulaci otázek, výběru respondentů a způsobu zadávání dotazníku. (Průcha, 1995, s. 49)

M. Chráska k této souvislosti uvádí, že druhy otázek (obecněji položek) mohou být tříděny:

- a) Podle cíle, k němuž je otázka (položka) určena na:
 - obsahové (zjišťující údaje nutné pro splnění výzkumného záměru),
 - funkcionální (optimalizující průběh dotazování).
- b) Podle formy požadované odpovědi na:
 - otevřené (umožňující respondentovi zvolit si formu své odpovědi),
 - uzavřené (nabízející respondentovi formu určitých odpovědí).
- c) Podle obsahu, které otázky (položky) zjišťují na:
 - zjišťující fakta,
 - zjišťující znalosti nebo vědomosti,
 - zjišťující mínění, postoje a motivy. (Chráska, 1993)

Použitý dotazník byl tvořen osmnácti otázkami, které slouží k ověření dílčích cílů týkající se ověření kvality života seniorů s DAT. Pro zjištění současné aktuální situace kvality života seniorů s DAT se jako nejvhodnější jevíly obsahové otázky dotazníku zjišťující fakta. Ve dvanácti otázkách byly použity otázky uzavřené dichotomického charakteru, kromě otázek uvažovaných bylo nutné do dotazníku zařadit také šest otázek otevřených. Nutilo nás k tomu potřeba doplnění základních informací týkající se typu sociálního zařízení, funkce a dosažení vzdělání, počet let praxe zaměstnance v sociálních službách. Dále se otevřenými otázkami dal prostor k upřesnění informací o aktivizačních metodách a svépomocných skupinách.

Pro dosažení optimální struktury dotazníku bylo použito následujících pravidel, aby všechny otázky byly jasně a srozumitelně formulovány, formulace otázek nepřipouštěla různá vysvětlení, aby dotazník obsahoval jednoduchý pokyn k vyplnění a nebyl příliš rozsáhlý. Dodržování těchto pravidel je důležité proto, aby bylo dosaženo co největší možné návratnosti dotazníku, a tím zajistili jeho nutnou výpovědní hodnotu. Ke zpracování výsledků získaných dotazníkem bylo dále použito metody uspořádání dat.

4.3 Charakteristika vzorku šetření

Vzorek pro aplikaci dotazníkového šetření tvořil sociální pracovník, ergoterapeut, rehabilitační pracovník, instruktor sociální péče, osobní asistent, pracovník v sociálních službách, vedoucí pracovník v přímé obslužné péči, zdravotní sestra, vedoucí sociálně zdravotní péče.

Bylo osloveno deset zařízení sociálních služeb – domovy pro seniory ve Zlínském kraji (Vsetín, Zlín, Vizovice, Malenovice, Otrokovice), která poskytují péči klientům s disadaptabilitou a ošetrovatelskou náročností, která zpravidla nedovolují řešení zdravotní problematiky v domácích podmínkách, a proto poskytují krátkodobé pobyty, péči o pacienty s demencí, osobní asistenci, ošetrovatelskou péči, osobní konzultace a další služby seniorům. Zde bylo umožněno hovořit s pracovníky, kteří byli ochotni zodpovědět otázky a podělit se s nimi o své zkušenosti.

Zařízení sociálních služeb:

- Domov pro seniory Burešov, Burešov 4884, 760 01 Zlín
- Senior Otrokovice, p. o. Školní 1299, 765 02 Otrokovice
- Charitativní domov Otrokovice, Na Uličce 1617, 765 02 Otrokovice
- Letokruhy, o. s., Tyršova 1271, 755 01 Vsetín
- Domov pro seniory – Ohrada, Ohrada 1864, 755 01 Vsetín
- Denní stacionář - Charita Vsetín, Horní náměstí 135, 755 01 Vsetín
- Domov s chráněným bydlením, p.o., Broučkova 292, 760 01 Zlín
- Dům pokojného stáří – Naděje, Okružní ul. 5550, 760 05 Zlín
- Dotek, o. p. s., Pardubská 1194, 763 12 Vizovice

- Hvězda – občanské sdružení, Seniorcentrum – Domov seniorů, Sokolovská 967, 763 02 Zlín – Malenovice

4.4 Průběh a výsledky dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření bylo provedeno v prosinci 2008 – lednu 2009 ve vybraných zařízeních sociálních služeb Zlínského kraje. Největším problémem dotazníkového šetření je vždy nízká návratnost dotazníků. Odpovídání prostřednictvím rozdaných dotazníků však probíhalo bez větších problémů. Pokyny k vyplňování obdrželi osobně od zpracovatele dotazníku, mohli jej vyplňovat sami nebo přímo se zadavatelem, kdy doba k odevzdání nebyla omezena, přesto se dotazníky vracely během 14 dnů. Odpovídající měli možnost kontaktovat v případě nejasností autora dotazníkového šetření.

Vyplněný dotazník odevzdalo celkem 10 zařízení z toho 34 respondentů. Během vyplňování dotazníku respondenti své odpovědi zdůvodňovali a dále písemně nebo v rámci diskuze rozváděli. Po vypsání předloženého dotazníku, měl zadavatel možnost prohlédnout si a seznámit se s prostředím a s klienty zařízení sociálních služeb a zúčastnit se některých aktivit dopoledního programu (reminisceční terapie, tréninku poznávacích funkcí, aktivit všedního dne, rekreační aktivity).

Po skončení sběru dat byly jednotlivé položky analyzovány. Byly vždy nejdříve pojmenovány slovní formulací příslušné otázky, potom uspořádány v tabulce a posléze provedena jejich dílčí analýza.

Otázka č. 1 V jakém typu zařízení sociálních služeb pracujete?

Tab. č. 1 Typ zařízení sociálních služeb

<i>Typ zařízení</i>	<i>Četnost</i>
<i>Domov pro seniory</i>	29
<i>Denní stacionář</i>	5
<i>Domov se zvláštním režimem</i>	2
<i>Chráněné bydlení</i>	1
<i>Hospic</i>	1

Na první otázku dotazníku měli respondenti odpovědět v jakém zařízení sociálních služeb vykonávají práci. Většina dotázaných, tedy 28 osob, pracuje v domovech pro seniory, pět respondentů v denním stacionáři, jeden v domově se zvláštním režimem, ale jeden v domově se zvláštním režimem a současně i v domově seniorů, jeden respondent uvedl současně chráněné bydlení a domov seniorů, taktéž jeden současně v hospici a v domově seniorů.

V dotazníkovém šetření byly vybrány zařízení, která poskytují služby klientům s DAT, z toho tedy vyplývá, že dotazníky byly zpracovány respondenty pracující v denním stacionáři a v domovech pro seniory s další službou nabízející chráněné bydlení, hospic a domov se zvláštním režimem. Jde o domovy pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a zde jsou zřizovány zvláštní oddělení pro klienty s DAT a ostatními typy demencí.

Otázka č. 2 Jakou funkci v zaměstnání vykonáváte?

Tab. č. 2 Druh zaměstnání v zařízeních sociálních služeb

<i>Druh zaměstnání</i>	<i>Četnost</i>
<i>Sociální pracovnice</i>	7
<i>Ergoterapeut</i>	4
<i>Pracovnice v sociálních službách</i>	14
<i>Osobní asistent</i>	1
<i>Instruktor sociální péče</i>	3
<i>Rehabilitační pracovník</i>	1
<i>Zdravotní sestra</i>	2
<i>Vedoucí sociálně zdravotní péče</i>	1
<i>Vedoucí pracovník v přímé obslužné péči</i>	1

Z celkově dotázaných 34 respondentů jsou služby v sociálních zařízeních poskytovány nejvíce pracovníky v sociálních službách (14 osob). Sedm osob tvoří sociální pracovnice, dále čtyři osoby zastávají práci ergoterapeuta, tři práci instruktora sociální péče, dvě zdravotní sestry, které netvoří průzkumný vzorek pro dotazníkové šetření. Málo četná byla funkce vedoucího pracovníka

v přímé obslužné práci, vedoucího sociálně zdravotní péče, rehabilitačního pracovníka a osobního asistenta, které se v odpovědích objevili vždy jedenkrát.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. uvádí pracovníka v sociálních službách jako toho, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost a pečovatelskou činnost v domácnosti osoby. Proto největší počet pracovníků v sociálních službách odpovídá potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby, tedy patří mezi nečetnější skupinu v sociálních službách.

Další početnou skupinu, jak nám to potvrzují výsledky z šetření, tvoří sociální pracovníci, kteří mimo jiné vykonávají sociální šetření, vedou sociální agendu, poskytují sociálně právní poradenství, metodickou, depistážní činnost. Je tomu proto, že zastřešují práci pracovníků v sociálních službách a dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. jsou zodpovědní za sociální práci, poradenství a osobní cíle uživatelů sociálních služeb.

Kritéria Standardů upřesňují způsob odpovídajícího personálního zajištění služeb, potřebnou strukturu a odpovídající počet pracovníků, kteří zajišťují jak samotné služby, tak administrativní a technické zázemí.

Otázka č. 3 Jak dlouho zaměstnání vykonáváte?

Tab. č. 3 Odpracované roky v sociálním zařízení

<i>Počet měsíců - vykonávání zaměstnání</i>	<i>Četnost</i>
<i>1 měsíc</i>	1
<i>2 měsíce</i>	3
<i>3 měsíce</i>	2
<i>4 měsíce</i>	1
<i>5 měsíců</i>	1
<i>8 měsíců</i>	1
<i>Počet let - vykonávání zaměstnání</i>	
<i>1 rok</i>	4

<i>2 roky</i>	4
<i>3 roky</i>	2
<i>4 roky</i>	2
<i>5 let</i>	5
<i>8 let</i>	2
<i>10 let</i>	1
<i>14 let</i>	1
<i>15 let</i>	1
<i>18 let</i>	1
<i>22 let</i>	1
<i>28 let</i>	1

Rozsah vykonávání zaměstnání v sociálním zařízení se pohybuje buďto v měsících nebo v letech. Pokud zhodnotíme vykonávání zaměstnání do jednoho roku, tak dva měsíce jsou zaměstnaní tři respondenti a tři měsíce jenom dva respondenti. V dalších případech pracuje vždy jeden respondent jeden měsíc, čtyři, pět a osm měsíců. Celkově devět respondentů z 34 dotázaných pracuje teprve necelý rok v sociálním resortu.

Nejvíce respondentů, co se týká délky zaměstnání, pracuje do doby osmi let, nejdéle pět respondentů pracuje pět let v sociálních službách, čtyři pracují jeden a dva roky, dva respondenti tři, čtyři a osm let. Dále v sociálních službách zůstává menšina zaměstnanců, alespoň to ukazuje statistika, kde 10 až 28 let v sociálním resortu zůstává pouze 6 respondentů.

Rozbor výsledků nám ukazuje, že průměrně nejvíce zaměstnanců pracuje v sociálních službách od 1 do 5 let, a to 17 respondentů. Z hlediska trvalosti pracovně právního poměru nevydrží pracovníci dlouho pracovat v sociálním resortu, kdy jedním z důvodů může být psychická, fyzická náročnost i podprůměrné finanční ohodnocení těchto pracovníků v sociálních službách.

Otázka č. 4 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Tab. č. 4 Dosažené vzdělání

<i>Dosažené vzdělání</i>	<i>Četnost</i>
<i>Střední vzdělání s výučním listem (střední odborné učiliště)</i>	10
<i>Střední vzdělání s maturitou (gymnázium)</i>	9
<i>Střední odborné vzdělání s maturitou (zdravotní škola)</i>	8
<i>Vyšší odborné vzdělání</i>	4
<i>Vysokoškolské vzdělání</i>	3

Z přehledů odpovědí o dosaženém vzdělání má převahu vzdělání ukončené výučním listem, tj. 10 respondentů, převážně se jedná z hlediska profese o pracovníka v sociálních službách. 17 respondentů ukončilo střední vzdělání s maturitou, dále 3 z nich studují při zaměstnání na vysoké škole. 4 respondenti mají ukončené vzdělání absolutoriem a 3 vysokoškolským vzděláním.

Pokud bychom chtěli celkově zhodnotit odbornou způsobilost skupiny dotázaných respondentů mohli bychom vycházet ze statistických údajů následovně.

Dosažená kvalifikace sedmi sociálních pracovníků odpovídá ukončenému vyššímu odbornému a vysokoškolskému vzdělání zaměřeném na sociální práci, sociální politiku nebo speciální pedagogiku.

Odborná způsobilost pracovníka v sociálních službách odpovídá dle zákona o sociálních službách základnímu nebo střednímu vzdělání, střednímu vzdělání s výučním listem a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Otázka však nebyla přesně položena, protože v ní nebyla nabídnuta možnost, zda respondenti absolvovali tento akreditovaný kvalifikační kurz. Odpovědi o vzdělání však přiměřeně odpovídají vykonávanému povolání.

Otázka č. 5 Jakou formu sociálních služeb poskytujete?

Tab. č. 5 Forma poskytování sociálních služeb

<i>Forma poskytování soc. služeb</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ambulantní</i>	6
<i>Pobytovou</i>	29
<i>Terénní</i>	6

Jako průzkumný vzorek jsme oslovili pracovníky z 10 zařízení ve Zlínském kraji. Vzhledem k četnosti odpovědí, zařízení neplní jen jednu formu poskytování sociálních služeb osobám s DAT. Nejčastější formou je pobytová forma služeb, kterou označilo 29 dotázaných, dále ambulantní a terénní forma sociálních služeb se shoduje ve stejném počtu odpovědí, tady odpovědělo 6 respondentů. Co se týká ambulantní a terénní služby, jedná se o občanské sdružení Letokruhy a denní stacionář Charity ve Vsetíně, které nabízí tyto dvě formy služeb a nejsou tedy poskytovateli služeb s ubytováním. Tyto organizace vznikly bez podmínky poskytovat sociální službu s ubytováním osobám s DAT.

Stále nejsou výjimkou zařízení s velkou kapacitou uživatelů, kdy jsou často uvnitř objektu zřizovány další služby (cukrárna, kadeřník, kantýna). Tyto domovy, byť jsou sebemodernější, mohou jen stěží nahradit přirozené domácí prostředí. Pobytové služby by měly být poskytovány tak, aby se přirozenému prostředí co nejvíce přibližovaly. Jde o požadavek umístění v běžné zástavbě, aby počet obyvatel jednotlivých bytů odpovídal velikosti malé skupiny, zařízení ani oblečení personálu nepřipomínalo nemocnici a byl zpracován individualizovaný režim pro klienta s DAT.

Otázka č. 6 Poskytuje Vaše zařízení odbornou péči osobám s DAT?

Tab. č. 6 Odborná péče pro osoby s DAT

<i>Poskytovaná odborná péče</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	31
<i>Ne</i>	3

Otázka byla položena záměrně za účelem, jak moc se dělí poskytování služeb seniorům s DAT v jednotlivých zařízeních pro seniory, zda existují vůbec zařízení, která tyto jedince s DAT nepřijímají a zaměřují se na seniory s příznaky nesoběstačnosti v důsledku stáří, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Z dotázaných respondentů odpověděli 3 záporně.

Podle poznámek šlo o zařízení - Domov pro seniory Burešov, který neposkytuje služby seniorům s těžkým psychickým postižením a demencí, seniorům s požadavkem osobní asistence a těm, jejichž chování výrazně narušuje soužití v kolektivu. Jak bylo zjištěno, služby jsou poskytovány seniorům se sníženou soběstačností z důvodu stáří (zrakové, sluchové, tělesné, zdravotní postižení, chronické onemocnění). Toto zařízení by bylo možné hodnotit jako penzion pro seniory, kteří jsou schopni vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách.

Otázka č. 7 Potýká se Vaše zařízení s kapacitním nedostatkem míst pro osoby s DAT?

Tab. č. 7 Kapacita lůžek v zařízeních sociálních služeb

	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	23
<i>Ne</i>	8
<i>Neodpovědělo</i>	4

Vzhledem k narůstajícímu počtu populace seniorů s DAT mají zařízení sociálních služeb problém s nedostatkem kapacitních míst. Nejde jen o lidi

s diagnózou DAT, ale i o seniory, kteří nejsou schopni pro svoji nemoc, zdravotní postižení a ztrátu soběstačnosti žít ve svém domácím prostředí a hrozí jim vyloučení ze společnosti, často bez podpory své rodiny a blízkých. Většina, tedy 23 respondentů, odpověděla ano pro nedostatek kapacity lůžek, 8 dotázaných odpovědělo ne, tedy nemají problém s umístováním osob s DAT a 4 osoby se k otázce nevyjádřily.

Žádající klienti o umístění do zařízení sociálních služeb a jejich rodinní pečovatelé se setkávají se zamítáním žádostí vzhledem k narůstajícímu počtu stárnoucí populace. Hlavním důvodem může být sociální a finanční politika, která neposkytuje dostatečné zabezpečení sociálních služeb.

Otázka č. 8 S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s DAT?

Tab. č. 8 Spolupráce v rámci péče o seniory s DAT

<i>Spolupráce s dalšími odborníky</i>	<i>Četnost</i>		
	Ano	Ne	Bez odpov
<i>Odborný lékař – neurolog, psychiatr</i>	24	6	4
<i>Pracovník OSSZ</i>	21	5	8
<i>Terapeut pracující v oblasti spec. ped.</i>	13	11	10
<i>Pracovník zdravotní pojišťovny</i>	11	11	12
<i>Psycholog</i>	9	15	10
<i>Policie ČR</i>	5	17	12
<i>Speciální pedagog</i>	2	16	16

S vyhodnocováním otázky č. 8 vznikly určité nepřesnosti, protože na jednotlivé nabídnuté možnosti, na které měli možnost odpovědět kladně nebo záporně, třetina respondentů neodpověděla. Můžeme tuhle odpověď považovat za variantu, kdy nevěděli, nebyli si jisti odpovědí.

V rámci péče o seniory s DAT je stále prioritní, jak nám to nakonec potvrzují i výsledky dotazníkové otázky, péče odborných lékařů. Lékařské služby usnadňují přímou práci s uživatelem a prostor pro poskytování služeb.

S rozdílem tří bodů patří mezi další důležitou spolupráci kontakt se zaměstnanci okresní správy sociálního zabezpečení. Z osobního rozhovoru vyplynulo, že jde víceméně o posuzování stupně závislosti, příspěvek na péči ze zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a jiné dávky, které mohou senioři čerpat ze zákona. V pořadí další je spolupráce s terapeuty pracující v oblasti speciální pedagogiky (arteterapeutem...) a s psychology, která je na stejné úrovni s rozdílem 2 bodů. Nejméně je však podle respondentů využívána spolupráce s policií. Nejhuře dopadla spolupráce se speciálními pedagogy. Zde můžeme zařadit práci logopedů, andragogů, somatopedů, která by měla být více podporovaná z hlediska kvality života seniorů s DAT. Zde existuje nutnost podpořit činnost těchto speciálních pedagogů a informovanost poskytovatelů sociálních služeb.

Otázka č. 9 Zpracováváte individuální plán péče obsahující aktivity vhodné pro práci s danou osobou?

Tab. č. 9 Individuální plán péče

<i>Individuální plán péče</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	31
<i>Ne</i>	2
<i>Nevyplněno</i>	1

Individuální plán péče zpracovávají víceméně všichni, tedy 31 respondentů, pouze 2 dotázaní odpověděli záporně, 1 nevedl svou odpověď.

Z toho vyplývá, že pracovníci v sociálních službách zpracovávají individuální plán péče společně s uživatelem podle osobního přání, zájmů a potřeb klientů, a tím splňují kritérium zákona o sociálních službách a standardů kvality sociálních služeb, z něhož vyplývá povinnost zpracovávat individuální plán péče klienta, který má být taky usnadněním pro všechny pracovníky, kteří přichází do kontaktu s klientem.

Otázka č. 10 Jaké aktivizační metody používáte pro osoby DAT při Vaší práci s klientem?

Tab. č. 10 Aktivizační metody

<i>Aktivizační metody</i>	<i>Četnost</i>		
	Ano	Ne	Bez
<i>Trénink paměti</i>	33	0	1
<i>Orientace v realitě</i>	33	0	1
<i>Rekreační aktivity</i>	31	0	3
<i>Aktivity všedního dne</i>	29	2	3
<i>Trénink poznávacích funkcí</i>	28	1	5
<i>Arteterapie v širším slova smyslu</i>	26	2	6
<i>Ergoterapie</i>	25	5	4
<i>Reminiscenční terapie</i>	24	3	7
<i>Canisterapie</i>	15	11	8

Při práci s klientem s DAT jsou používány různé aktivizační metody. Trénink paměti a orientaci v realitě využívá 33 respondentů, pouze o dva případy méně, 31 dotázaných využívá u klientů rekreační aktivity. Aktivity všedního dne, trénink poznávacích funkcí, arteterapie v širším slova smyslu, ergoterapie, reminiscenční terapie jsou metody, vzhledem k získaným odpovědím, průměrně stejně využívány v práci se seniory s DAT. Nejvíce za aktivizačními metodami zaostává canisterapie s 15 kladnými odpověďmi.

Z analýzy vyplývá pravidelné využívání aktivizačních metod, která směřují k trénování, rozvíjení a upevňování kognitivních funkcí a zmírňování dopadů stáří, kdy mohou průběh nemoci (DAT) zpomalovat a její příznaky příznivě mírnit. Individuální přístup respondentů k metodám jednak vyplývá z pracovní náplně, ze vzdělání a pracovních zkušeností a z osobních cílů, které vycházejí z možností a schopností zájemce o aktivitu.

Poskytování aktivizačních metod je nezbytnou podporou v těch oblastech, ve kterých ji uživatel potřebuje a chce ji přijímat. Výsledky struktury

aktivizačních metod nám jasně ukazují širokou škálu nabízejících se možností využití v náplni sociálních služeb klientů s DAT.

Otázka č. 11 Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují?

Tab. č. 11 Četnost nejoblíbenějších aktivit ze strany klientů

<i>Aktivizační metody</i>	<i>Četnost</i>
<i>Rekreační aktivity</i>	14
<i>Trénink paměti</i>	12
<i>Ergoterapie</i>	9
<i>Arteterapie v širším slova smyslu</i>	8
<i>Aktivity všedního dne</i>	5
<i>Reminiscenční terapie</i>	5
<i>Canisterapie</i>	3
<i>Orientace v realitě</i>	2
<i>Trénink poznávacích funkcí</i>	1

Jednotlivé aktivizační metody v doplňující otázce jsou seřazeny v tabulce sestupně podle výskytu volných odpovědí. Nejvíce jsou preferovány rekreační aktivity spolu s tréninkem paměti, následuje ergoterapie a arteterapie v širším slova smyslu, aktivity všedního dne a reminiscenční terapie. Přesto, že v předcházející otázce č. 10 patří canisterapie k nejméně využívaným aktivizačním metodám, zde je uvedena jako činnost, kterou mají senioři s DAT více zájem než o trénink poznávacích funkcí. Orientace v realitě patří k nejčastějším používaným aktivizačním metodám ze strany respondentů, ale ze strany seniorů s DAT patří k předposlední činnosti, které se dobrovolně zúčastňují. Trénink poznávacích funkcí patří mezi nejméně vyhledávané aktivity seniorů s DAT z pohledu respondentů.

Z analýzy jasně vyplývá oblíbenost rekreačních aktivit mezi než patří procházky, posezení s přáteli u kávy, společenské hry, výlety, které nabízejí uživatelům sociální integraci. Trénink paměti může pomoci znovu získat,

zlepšovat a podržet si svou psychickou výkonnost odpovídajícím cvičením nebo vytvořit citovou averzi klientů s DAT. Výsledky však poukazují na kladný přístup uživatelů k metodě.

Otázka č. 12 Pomáhá Vám při práci s klienty spolupráce se členy rodiny?

Tab. č. 12 Spolupráce se členy rodiny

<i>Spolupráce se členy rodiny</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	32
<i>Ne</i>	1
<i>Bez odpovědi</i>	1

Spolupráce se členy rodiny funguje ve 32 případech, pouze jeden respondent opověděl záporně, jeden dotázaný odpověď neuvedl. Přesto z výsledků vyplývá jasná podpora rodiny při spolupráci klíčových pracovníků koordinujících služby konkrétnímu uživateli služby.

Otázka č. 13 Poskytujete v rámci sociálních služeb respitní péči?

Tab. č. 13 Respítní péče

<i>Respítní péče</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	20
<i>Ne</i>	14

Dvacet dotázaných respondentů uvedlo, že v zařízeních sociálních služeb poskytují odlehčovací služby a čtrnáct oslovených uvedlo zápornou odpověď. Zde nám vyplynulo, že respítní služba má v široké nabídce sociálních služeb své opodstatnění a existují různé důvody, proč ji rodinní pečovatelé využívají, jak nám blíže specifikuje následující otázka.

V další otázce č. 14 budeme posuzovat odpověď dvaceti respondentů, kteří poskytují respítní péči.

Otázka č. 14 V jakých situacích se na Vás nejčastěji obracejí rodinní příslušníci s poskytnutím respitní péče v domácnosti?

Tab. č. 14 Nejčastější důvody využívání respitní péče

<i>Důvody respitní péče</i>	<i>četnost</i>	
	Ano	Ne
<i>Zdravotní důvody pečovatele</i>	18	2
<i>Volnočasové aktivity</i>	17	3
<i>Psychické vyčerpání rodin. příslušníků</i>	17	3
<i>Fyzické vyčerpání rodin. příslušníků</i>	16	4
<i>Pracovní povinnosti</i>	15	5

Dvaceti respondentům poskytující ve svém sociálním zařízení odlehčovací služby rodinným příslušníkům byly nabídnuty situace, ve kterých se na ně nejčastěji obracejí rodinní pečovatelé o pomoc.

Nejčastějším důvodem pomoci byly zdravotní důvody pečovatele, v sedmnácti případech využívají respitní péči z důvodu své dovolené nebo z psychického vyčerpání související s náročnou péčí o jedince s DAT. Dále následuje fyzické vyčerpání pečovatelů a v patnácti případech byly důvodem odlehčovacích služeb pracovní povinnosti.

Respitní péče má svůj význam pro rodinné pečovatele v krizových situacích, kdy mají možnost krátkodobě umístit klienta do zařízení, které krátkodobě zastoupí péči rodinného příslušníka. Z analýzy vyplývá důležitost všech uvedených faktorů, které naplňují význam odlehčovací služby a mají vliv na osobní život rodinného pečovatele, kterému se nenabízí jiná možnost alternativní dočasné péče.

Otázka č. 15 S jakými problémy – dotazy se na Vás nejčastěji obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?

Tab. č. 15 Dotazy rodinných příslušníků týkající se poradenské péče

<i>Nejčastější dotazy</i>	<i>Četnost</i>		<i>Bez odpo</i>
	<i>ano</i>	<i>ne</i>	
<i>Změny nálady nemocného</i>	20	5	9
<i>Obtížné rozhodování</i>	15	9	9
<i>Bezpečnost v bytě</i>	14	11	9

V otázce byly nabídnuty možnosti – problémy, se kterými se nejčastěji obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče o seniory s DAT na pracovníky v sociálních zařízeních.

Z odpovědí vyplývá, že nejčastějším poradenským problémem byly změny nálad nemocného, tj. depresivní nálady z příznaků DAT, odmítání nemoci, podezíravost, halucinace, prosopagnosie. – nepoznávání tváří. V patnácti případech respondenti uvedli problém s obtížným rozhodováním, tj. hospodaření s penězi nemocného, řízení vozidla nemocným, umístění do institucionální péče a další. Ve čtrnácti případech se na ně obracejí s otázkou bezpečnosti v bytě nemocného, tedy jestli odstranit klíče ze zámků dveří, odstranit čisticí prostředky, zabránit v přístupu k oknům, na balkón.

Z analýzy vyplývá, že v oblasti poradenství sociálních pracovníků jsou nejvíce rodinní příslušníci beznadějní v běžných aktivitách všedního dne, kdy vznikají obtížné situace týkající se psychického stavu klienta. Důvodem může být malá zkušenost s následky a vývojem DAT, nedostatek informací a případně chybějící vzdělání související s diagnózou DAT.

Otázka č. 16 Jak často probíhají svépomocné skupiny?

Tab. č. 16 Pravidelnost setkávání svépomocných skupin

<i>Svépomocné skupiny</i>	<i>Četnost</i>
<i>1 x týdně</i>	1
<i>2 x týdně</i>	1
<i>2 x za měsíc</i>	3
<i>Neprobíhají</i>	29

Pět respondentů z celkově 34 dotázaných uvádí činnost svépomocných skupin, a to ve třech případech 2 krát za měsíc, v jednom případě 2 krát za týden nebo 1 krát týdně. Proč ve 29 případech nefungují svépomocné skupiny pro rodinné pečovatele můžeme zdůvodnit tím, že mezi oslovenými 10 zařízeními je 7 zařízení, která poskytují pobytovou péči seniorům s DAT.

Otázka č. 17 Dokážete vždy v rámci svépomocných skupin odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?

Tab. č. 17 Poradenská činnost v rámci svépomocných skupin

<i>Svépomocné skupiny</i>	<i>Četnost</i>
<i>Ano</i>	10
<i>Ne</i>	13
<i>Bez odpovědi</i>	11

V deseti případech jsou schopni respondenti v rámci svépomocných skupin odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí. Ve třinácti případech je odpověď záporná a obracejí se na další poradenskou odbornou pomoc. Jedenáct respondentů se k otázce nevyjádřilo, považujeme ji jako odpověď, kdy nevěděli, nebyli si jistí odpovědí.

Spousta vzniklých neřešitelných nebo nezdůvodnitelných problémů spojených s péčí klienta je možné řešit a zmírnit tím, že pracovníci v sociálních službách

spolu s rodinnými příslušníky hledají opodstatnění problémů v minulosti, zkušenosti, prožitcích a v dokumentaci klienta s DAT. Hledání řešení krizové situace může mnohdy spočívat v pomoci účastníků svépomocných skupin, kteří mají své zkušenosti s péčí o klienty s DAT a s dalšími odbornými poradci. Pro klíčového pracovníka v sociálních službách může být pomocí stále zvyšující se kvalifikace a nabízející se možnost konzultace problému se supervizorem a s odbornými poradnami týkající se komplexní péče o klienta s DAT.

Vzhledem k tomu, že v otázce č. 16 jsme se dozvěděli, že pouze v pěti případech probíhají svépomocné skupiny, zde odpovědělo 26 respondentů, takže to může být posouzeno tak, že respondenti odpovídali podle možnosti, jako kdyby u nich probíhaly svépomocné skupiny.

Otázka č. 18 Možnosti odborné konzultace

Tab. č. 18 Možnosti odborné konzultace

<i>Možnosti řešení problému</i>	<i>Četnost</i>	
	Ano	ne
<i>Odborné poradenství (lékař...)</i>	11	2
<i>Odborná literatura, časopisy</i>	10	3
<i>Semináře, kurzy, školení</i>	10	3
<i>Neuplatňují žádný postup</i>	0	13

V tomto hodnocení vycházíme z odpovědí 13 respondentů, protože v otázce č. 17 ve třinácti případech respondenti nedokážou vždy v rámci svépomocných skupin odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí. Obracují se na další poradenskou odbornou pomoc a sebevzdělávání. V jedenácti případech respondenti vyhledávají možnost řešení problému v odborném poradenství (lékař, psychiatr, neurolog...), v deseti případech využívají odbornou literaturu, semináře, kurzy a školení.

Z analýzy je vidět kladné stanovisko všech respondentů, kteří při řešení krizové situace uplatňují vždy nějaký postup – odborné poradenství, sebevzdělávání

skrze odbornou literaturu, školení, kurzy, semináře. Je to postup běžný a nevyhnutelný pro zlepšení kvality života všech seniorů.

V navštívených domovech si někteří pracovníci rozšiřují kvalifikaci formou dalšího studia zaměřeného na otázky specializované péče a zacházení s klienty trpícími demencí. Semináře na obecnější témata jsou zabezpečována pro širší okruh personálu (např. typicky školení na standardy).

4.5 Výsledky šetření

Na počátku dotazníkového šetření zhodnocení kvality života seniorů s DAT byly vytýčené jisté dílčí cíle. Dostali jsme se až k zobecnění výsledků získaných šetřením. Sumarizace, analýza všech dostupných poznatků získaných hlavním dotazníkovým šetřením nás tedy opravňuje k následujícím závěrům.

Cíl č. 1: Zjistit, zda zařízení sociálních služeb poskytují odbornou péči osobám s DAT.

Kvalitu života seniorů s DAT ovlivňuje stupeň odborné péče, kterou poskytuje oblast zdravotní, sociální, právní a pedagogická. Rozsah odborných služeb je poskytován individuálně dle konkrétní formy pomoci.

V obecné rovině je třeba uvést, že v žádném z navštívených zařízení nebylo seniorům odpíráno právo na lékařskou péči prostřednictvím praktických lékařů. Rezervy lze nalézt v zajištění odborné péče. Výrazným problémem, který je často pociťován při práci s demenčními klienty, je nedostatečná dostupnost odborné (zejména psychiatrické) konzultace, kdy ve většině domovů je nastavený interval návštěv psychiatra (jednou za 2 – 6 týdnů), což neodpovídá vysoké potřebě tohoto druhu péče. Příčinou při tom není pouze nedostatek finančních prostředků, nýbrž zejména malá nabídka služeb takových odborníků.

K problematice péče o demenční klienty přistupuje i další faktor – velmi nedostatečná diagnostika tohoto onemocnění. Přitom právě včasné odborné zachycení rozvíjející se nemoci je prvořadým krokem ke zpomalení jejího progresu.

V neposlední řadě je třeba upozornit na to, že klientům s demencí by zásadně neměl být odpírán volný pohyb. Řada specializovaných oddělení je konstruována tak, aby z nich klienti nemohli odejít pryč, často formou mříží, zábran, zamčených dveří.

Cíl č. 2: Ověřit situaci, zda zařízení, poskytující sociální služby seniorům s DAT, se potýkají s kapacitním nedostatkem míst.

Žádající klienti o umístění do zařízení sociálních služeb a jejich rodinní pečovatelé se setkávají se zamítáním žádostí vzhledem k narůstajícímu počtu stárnoucí populace.

Hlavním důvodem může být sociální a finanční politika, která nepřispívá ke zkvalitnění života starých občanů s DAT. Dalším důvodem může být to, že klient nechtěl být na obtíž svým dětem či vzdálenějším příbuzným, nebo chtěl mít v době podání žádosti o umístění jen jistotu, že nezůstane bez pomoci, nebo nebyl schopen se postarat o svou domácnost nebo finančně pokrýt náklady pro něj nadbytečně velkého bytu.

Průměrný věk klientů těchto zařízení se zvyšuje. Nelze tedy očekávat, že v krátkodobém výhledu bude moci nastat významné snížení kapacity pobytových zařízení pro seniory, naopak v některých regionech bude z důvodu současné nedostatečné dostupnosti těchto služeb nutná výstavba nových zařízení.

Cíl č. 3: Ověřit, zda rodinní příslušníci spolupracují s pracovníky v sociálních službách v rámci péče o seniory s DAT.

Rodinní pečovatelé poskytují důležité informace pro pracovníky v sociálních službách a sami využívají poradenskou činnost v různých oblastech péče, která se týká psychického a zdravotního stavu klienta, jeho kontaktu se sociálním prostředím.

Cíl č. 4: Zhodnotit situaci, zda zařízení sociálních služeb nabízí respitní péči a rodinní pečovatelé využívají tyto odlehčovací služby.

Odlehčovací služba dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je v dostatečné míře poskytovaná rodinným příslušníkům. Její využívání je přínosem v situaci fyzického nebo psychického vyčerpání rodinných příslušníků. Zdravotní důvody rodinného pečovatele, pracovní povinnosti a

volnočasové aktivity jsou aspekty, které nutí hledat alternativní sociální péči v krizové situaci rodiny klienta.

Cíl č. 5: Ověřit, zda pracovníci zpracovávají individuální plán péče obsahující aktivity vhodné pro práci s danou osobou.

Pracovníci v sociálních službách zpracovávají individuální plán péče podle přání a potřeb klientů, nikoliv z navyklých postupů v zařízení, a tím splňují kritérium zákona o sociálních službách a standardů kvality sociálních služeb, z něhož vyplývá nutnost zpracovávat individuální plán péče klienta.

Individuální plánování je proces, který je možný jen v rámci znalosti osobní historie klienta, tzn. že je při něm nezbytné se seznámit s životním příběhem klienta, jeho zásadními událostmi, zálibami, návyky, postoji a rodinnou a lékařskou anamnézou.

Proces plánování má být završen vytvořením tzv. individuálních plánů, které mají dle požadavku zákona zohledňovat osobní cíle, potřeby a schopnosti klienta. Kvalita vypracovaných individuálních plánů se různí, je věcí zařízení, aby stanovily vnitřní předpisy a postupy, které by pomohly vytvářet formálně jednotné individuální plány.

Cíl č. 6: Zhodnotit, zda v rámci práce s klientem je využíván široký výběr z aktivizačních metod.

Při práci s klientem s demencí je používána široká škála aktivizačních metod, které jsou i zpětně vyžadované ze strany seniorů. Poskytování aktivizačních metod je nezbytnou podporou v těch oblastech, ve kterých ji uživatel potřebuje a chce ji přijímat. Výsledky struktury aktivizačních metod nám jasně ukazují širokou škálu nabízejících se možností využití v náplni sociálních služeb klientů s DAT.

Absence sociálních kontaktů a aktivizačních činností vede k sociální regresí těchto klientů s DAT. Do individuálního plánu je potřeba konkrétně uvést,

které sociálně terapeutické a aktivizační činnosti bude sociální zařízení klientovi poskytovat. V této souvislosti je potřeba upozornit na to, že nabízené aktivity by měly zohlednit skladbu obyvatel domovů a zájmy mužů a žen.

Zpracování individuálních plánů péče o uživatele služeb v občanském zařízení Letokruhy

V rámci diplomové práce bylo spolupracováno s občanským sdružením Letokruhy, které poskytovalo odborné konzultace a informace, materiály týkající se osobní agendy klienta související se splněním podmínek zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a standardů kvality sociálních služeb.

Provozovatel: Letokruhy, o. s. – Kontaktní místo České alzheimerovské společnosti

Adresa: Tyršova 1271, 755 01 Vsetín (Dům s pečovatelskou službou na Rafandě)

Občanské sdružení Letokruhy bylo založeno v lednu roku 2003 z iniciativy lidí, kteří dlouhodobě sledují světový trend v péči o seniory. Činnost sdružení se v počáteční fázi své existence zaměřovalo především na pomoc rodinným či jiným pečovatelům, nyní své veškeré služby zaměřuje na komplexní péči (diagnostiku, odbornou péči a poradenství) o seniory DAT nebo jiným typem demence. Na telefonních číslech je možno získat kvalifikované informace o klíčových aspektech onemocnění, kterými jsou sociálně právní problematika, diagnostika, řešení problémových situací v péči.

Kromě uvedených aktivit nabízí pečovatelům také respitní (odlehčovací) péči v rodinách – pohlídání během dne (maximálně 4 hodiny) nebo na pracovišti, odborné informační materiály ČALS, svépomocné skupiny rodinných, trénink paměti (i na počítači) a reminiscenční terapie, kontakt s psychologem i odborným lékařem., služby denního pobytového centra.

Denní stacionář pro osoby postižené Alzheimerovou nemocí či jiným typem demence

Posláním denního stacionáře je udržení či zlepšení kvality života lidí s demencí při jejich výrazně snížené soběstačnosti v základních aktivitách denního života. Denní centrum může sloužit jak lidem s demencí, kteří přicházejí ze

svého rodinného prostředí, tak obyvatelům rezidenčních zařízení (např. domovů důchodců. Důležitý je především program, který je založen na přirozeném a obvyklém rytmu dne, je kvalifikovaně vedený dle potřeb a možností klientů. Aktivity zahrnují podporu soběstačnosti, procvičování fyzických a psychických schopností klientů v mezích jejich možností a zdravotního stavu. Doba pobytu se řídí potřebami lidí s demencí a jejich rodinných pečovateli. Celodenní stravu, dovoz klienta do denního stacionáře a odvoz zpět domů zajišťují rodinní pečovatelé nebo Letokruhy.

Prioritou občanského sdružení jsou kvalifikované služby zaměstnanců, kteří vycházejí ze základních principů Standardů kvality sociálních služeb. Při přijetí nového klienta stanovují jeho osobní profil, individuální plán péče, oblast potřebné podpory, plán řešení krizové situace z informací, které jim poskytnou se souhlasem ke zpracování klienti a rodinní příslušníci. Tyto materiály a získané informace slouží k případnému předcházení vzniku problémových situací z neodůvodněného chování klientů a k zajištění kvalitní komplexní péče o klienta.

Veškeré podklady pro další plánování individuální péče klientů jsou zaměřeny pouze na osobnost klienta, na jeho jedinečnost, kladné vlastnosti a životní zkušenosti, které mají být vyzdvíženy nad projevy stárnutí a s tím související různé formy demence, tedy i DAT. Při hodnocení klienta a stanovení dalšího plánu péče musí být zřejmé jeho přání a potřeby, které činí jeho život bezpečný, smysluplný a snášenlivý pro nechápající okolí.

Na základě spolupráce se sdružením vznikly dva osobní profily nových klientů a následně individuální plán péče, plán řešení krizové situace a oblast podpory. Jedná se o ženy s diagnózou DAT, u nichž se na vývoji demence podílelo více faktorů, u obou se nejedná o čistou formu některého typu demence podle klasifikace MKN-10. Jméno a příjmení, osobní údaje nejsou uvedené z důvodu ochrany osobních dat.

Klientka č. 1 – lékařská anamnéza

Pacientka se narodila v roce 1933. Ve svých 14-ti letech si těžkou nárazovou prací v zemědělství přivodila zánět srdeční nitroblány a zánět srdečního svalu, který jí málem stál život. Tato nemoc se prý ráda vrací, a skutečně znovu takto onemocněla ve svých 24 letech. Podle lékařů by pro ni bylo těhotenství značným rizikem. Přesto se vdala a kolem svých 30 let šťastně zvládla dvě těhotenství. Ani v dalších letech, přes těžkou práci v zemědělství a při přestavbě domku a současnou práci ve zdravotnictví s častými nočními službami a nedostatkem spánku, nevyklytly se závažnější problémy srdečního rázu. Dokonce byla schopná pracovat několik let po nástupu do důchodu.

V roce 1994 byla u ní při hospitalizaci náhodně zjištěna nedostatečná činnost štítné žlázy. Substituční hormonální léčba trvá doposud. Někdy v té době se začala léčit též pro vysoký krevní tlak, který se však v poslední době dosti upravil, takže vystačí s polovičními dávkami léků. V roce 2002 se začala silněji projevat inkontinence moči, snad následkem opakovaných zánětů ledvin v dětství a hlavně následkem nadměrné tělesné námahy v domovech důchodců, kde řadu let pracovala. Přes maximální úsilí lékařů, detailní vyšetření v krajských nemocnicích a vyzkoušení mnohých léků se inkontinenci nepodařilo zvládnout. Podle vyjádření lékařů by ani operace nepřinesla zlepšení stavu. Jediným řešením situace, je celodenní používání plenkových kalhotek.

V poslední době se přidružila i občasná inkontinence stolice, která však možná souvisí spíše se zhoršováním Alzheimerovy nemoci. Pravděpodobně jako nežádoucí účinek léku na tuto nemoc se vyskytly i určité potíže nervového rázu, takže je v současné době i pod dohledem psychiatra, který také předepisuje potřebná antidepresiva. Dalším obrovským problémem je Parkinsonova nemoc s častými pády, které si několikrát vyžádaly i chirurgické ošetření.

Pacientka je v domácím ošetřování, které vzhledem ke kombinaci těchto nemocí je velice náročné a vyčerpávající. Pomocí je občasné umístění ve stacionáři, výpomoc sociálních pracovníků v domácnosti a v neposlední řadě pomoc i psychická podpora přátel.

Osobní profil - klientka č. 1

Historie (Od narození do teď, důležité mezníky, lidé, místa, důležité události a zážitky dobré i špatné, na co rád/a a nerad/a vzpomínám atd.)

Klientka se narodila v domku v Jablůnce (tzv. Jablůneckých pasekách). Má jednoho bratra. Byla přísně vedená, tvrdě pracovala od dětství. Ráda vzpomíná na tatínka, který měl hudební nadání, skládal písničky, které pak všichni zpívali. Maminka byla věřící katolička, tatínek vyznával evangelickou víru. Základní školu klientka absolvovala v Jablůnce, poté si udělala kurz porodní asistentky v Přílepech u Holešova, v Přerově a v Uherském Hradišti. Práci porodní asistentky také vykonávala, pracovala ještě v jeslích a nakonec v domově důchodců v Pržně. S manželem vychovali dva syny. Jeden z nich žije s přítelkyní a mají dceru / * 2006 . Druhý syn se vrátil z pracovního pobytu v Anglii, chce se starat o své rodiče.

Můj život teď (bydlení, práce, volný čas, vztahy, lidé ...)

V současné době žije klientka v rodinném domku v Jablůnce s manželem a synem, který se rozhodl, že přestaví rodinný domek. Má v plánu také kompletně přestavit koupelnu a zejména pro maminku vybudovat sprchový kout.

Volný čas paní tráví s přáteli, kteří k nim přicházejí. Také chodí na zahrádku, kde si trhá květiny a zdobí jimi dům. V zimě poslouchá rádio, nebo jí manžel předčítá z knihy. Oba chodí do modlitebny na pravidelné bohoslužby. Se svými přáteli se scházejí na besedách a koncertech v obci. Doma také hostí spoustu přátel kamarádů.

Co mám rád/d, mé silné stránky (co znám, umím, v čem jsem dobrý/á, co mě těší a baví, co dělám rád/a)

Klientka má velice ráda lidové písničky a bohoslužebné písně, které umí z paměti. Dříve hrávala na harmonium, v současné době spíše poslouchá, když hraje manžel. Miluje svého kocoura a zvířata vůbec. Ráda chodí na zahrádku, kde si prohlíží květiny. Umí připravit jednoduché jídlo, pohostit návštěvu a umýt drobné nádobí. Ráda se baví o své bývalé profesi, o známých a o svém tatínkovi.

Co nemám rád/a (co mě nebaví, štve, nudí, rozčiluje, co dělám nerad/a)

Nejvíce jí vadí její pohybová nedostatečnost, časté pády, inkontinence. Dále trpí neshodami v rodině. Syn jezdí za rodiči velmi málo. Nemá ráda, když za ni určité činnosti dělá někdo jiný, nebo jí radí, jak to má správně dělat. To jí dokáže velmi rozčítit.

S čím mám problémy, s čím potřebuji pomoci

Klientka potřebuje pomoci s údržbou a chodem domácnosti, se sebeobsluhou – zkontrolovat správnost úkonu. Dále s přípravou složitějšího jídla, s pochůzkami u lékařů a na úradech.

Cíle (přání, touhy, sny, co je pro mě důležité, co chci)

Její snem je bydlet co nejdéle doma. Přeje si, aby se k nim nastálo přestěhoval jeden ze synů., dále by chtěla co nejdéle chodit na bohoslužby do kostela.

Oblast potřebné podpory- klientka č. 1

Období: červenec - prosinec 2008

Činnost v domácnosti (sebeobsluha, péče o domácnost) :

O zajištění chodu domácnosti převzal starost manžel klientky a jejich syn. Zajišťují veškeré důležité věci týkající se i klientky. Paní sama zvládá drobné práce - mytí a utírání nádobí, příprava jednoduchého jídla, krmení kocoura a domácího zvířectva - slepic. Snaží se také sama chodit na WC, ne vždy však zkontroluje správnost provedeného úkonu. Všechny činnosti klientky jsou ztíženy častými pády, jak v domácnosti, tak venku na zahradě.

Společenský život (volný čas, sousedé, využívání veřejných služeb, cestování atd.):

Manželé jsou zvyklí na bohatý společenský život. Společně navštěvují pravidelné nedělní bohoslužby, chodí rádi na modlitební setkání s přáteli, a také na koncerty v jejich obci. Se sousedy mají velmi vřelý vztah, navštěvují

spoustu známých, kteří jim s láskou jejich návštěvy oplácejí. Manžel klientky stále ještě jezdí autem, když potřebují jet k doktorovi nebo něco vyřídit do města, bere manželku s sebou. Jinak cestují vlakem. Občas navštíví rodinu syna v Dušné.

Vzdělávání, celoživotní učení:

Klientka chodila na ZŠ do Jablůnky, pak navštěvovala kurz pro porodní asistentky v Přílepech u Holešova, v Prostějově a v Uherském Hradišti.

Práce, zaměstnání:

Paní pracovala jako porodní asistentka, pak jako zdravotní sestra na ušním oddělení, v dětských jeslích a nakonec v domově důchodců. Často pomáhala svým známým s ošetřováním jejich blízkých.

Zdraví a bezpečnost:

Klientka má velký problém se stabilitou, její reflexy jsou pomalé v důsledku Parkinsonovy nemoci. Časté pády jí velice ztrpčují život.

Sociální aktivity (vztahy, komunikace, partnerství):

Společenský život je u manželů i přes jejich zdravotní potíže stále velmi bohatý. Dle mého názoru je problém v jejich vzájemné komunikaci. Stále vidím jakýsi zápas - kdo z koho.

Ochrana vlastních zájmů:

Klientka si stále řekne svůj názor a dokáže si obhájit své zájmy.

Mimořádná zdravotnická a behaviorální podpora:

Prevence proti pádům - převzala Agentura Zdislava, která zajišťuje rehabilitaci v domácnosti.

Cíle:

Paní si přeje i nadále naše návštěvy. S manželem projednány návštěvy stacionáře v době přestavby jejich domu.

Revize ze dne 19.12. 2008

Zdravotní stav klientky se výrazně zhoršil, přes veškerou péči manžela se nedalo zabránit jejím pádům. Byly zrealizovány návštěvy stacionáře - viz denní zápisy s činnosti centra.

Plán řešení rizikové situace - klientka č. 1

Popis rizikové situace:

Klientka od mládí trpí poruchou osobnosti. Při nesprávném jednání s ní hrozí sebepoškozování a ničení věcí, které má zrovna při ruce.

Další riziková situace vzniká při změně polohy těla klientky – vstávání, sedání, otáčení za chůze.

Jaké hrozí klientovi(nebo jiným lidem) nebezpečí ?

Hrozí vlivem sebepoškozování ublížení si na těle. Agresi směřuje výhradně na sebe. Také hrozí nebezpečí pádu se všemi možnými důsledky.

Došlo k nějakému incidentu v podobné situaci v minulosti?

Ano – v domácím prostředí. U nás ve stacionáři ne.

Je si klient vědom rizika a možných následků?

Ano, paní si je vědoma rizika pádu, ale nedokáže to ovlivnit. Co se týká záchvatů, nedokáže je sama zvládnout.

Jaký význam této situace pro klienta? Co se stane, pokud klient nebude mít možnost v této situaci přijmout přiměřené riziko?

Je zcela na pracovnících stacionáře, aby situaci zvládly, nicméně pádům se nedá zcela zabránit, jen je omezit na minimum.

Jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň?

Bude zajištěn dostatečný dohled a poučení všichni zaměstnanci a dobrovolníci. Dále musí PSS trpělivě klientce vysvětlovat postup při vstávání a usedání, dát

pozor při jejím náhlém otáčení. Je také velmi důležitý slovní doprovod při těchto rizikových činnostech.

Osobní profil - klientka č. 2

Historie (Od narození do teď, důležité mezníky, lidé, místa, důležité události a zážitky dobré i špatné, na co rád/a a nerad/a vzpomínám atd.)

Klientka se narodila na Slovensku ve Sborově. Velkou část dětství prožila u tety v Praze. Na brigádě v Čechách se seznámila se svým nynějším manželem, mají spolu 3 syny. Paní celý svůj život pracovala jako jeřábnice ve firmě MEZ Vsetín. U klientky je diagnostikována DAT.

Maminka klientky má DAT, stará se o ni sestra. Druhá sestra zemřela.

Můj život teď (bydlení, práce, volný čas, vztahy, lidé ...)

V současné době žije s manželem a synem v bytě v obci Hošťálková. Paní je v důchodu 3 roky. Doma už nezastane žádné domácí práce. Stará se o ni manžel, který se současně stará i o svoji maminku. Volný čas paní tráví sledováním televize, s manželem navštěvuje jeho matku, chodí také pravidelně do restaurace, kde se setkává se známými. Jako fanoušci fotbalu jezdí i a na fotbalové zápasy.

Co mám rád/d, mé silné stránky (co znám, umím, v čem jsem dobrý/á, co mě těší a baví, co dělám rád/a)

Klientka má ráda společnost, komunikaci s lidmi, ráda se dovídá novinky, baví ji povídat si o celebritách a politicích. Ráda poslouchá, když jí někdo předčítá z novin, časopisů nebo z knihy. Má ráda červenou knihovnu a také příběhy ze života. Dává najevo svou radost, když jí ve stacionáři upravíme účes. Pamatuje si události a lidi, s kterými se setkala ve stacionáři před rokem. Paní miluje květiny a přírodu. Z jídel má velice ráda sladká jídla, dýňový kompot, červenou řepu a rajčatový salát.

Co nemám rád/a (co mě nebaví, štvě, nudí, rozčiluje, co dělám nerad/a)

Klientka je velice smutná, když se na ni manžel zlobí, že něco neumí, nedokáže. Že se „motá“, a neví co dělat. Je nejistá, když cítí potřebu WC, už

si nedokáže bez vyzvání říct asistentce. Nemá ráda tužší maso, klobásy, luštěniny – vše schovává do ruky. Je více zmatená, když se na ni spěchá.

S čím mám problémy, s čím potřebuji pomoci

Klientka potřebuje pomoci s použitím toalety – nekontroluje správnost úkonu, s péčí o šaty, s přípravou jídel, s údržbou a úklidem domácnosti, s oblékáním a obouváním – částečná podpora, s osobní hygienou, s asistencí na procházkách – úplná ztráta orientace venku i uvnitř stacionáře, potřebuje podporu a pomoc při využívání veřejných služeb, při nákupu, při jednání s lidmi, při vyjádření vlastních přání a potřeb, při hospodaření s penězi, při dodržování diety.

Cíle (přání, touhy, sny, co je pro mě důležité, co chci)

Klientka chce co nejdéle žít v domácnosti s manželem a synem, chce komunikovat s lidmi, které má ráda – maminka, sestra a známí. Chce proto navštívit rodnou ves na Slovensku. Je katolického vyznání, proto uvítá návštěvu kostela. Má ráda přírodu, chce chodit do parku a kolem Bečvy na procházky, potěšení jí činí i návštěva květinářství. Je pro ni velice důležité, aby se kolem ní lidé nerozčilovali, když jí něco nejde. Chce aspoň občas jíst dýňový kompot, protože ho miluje.

Individuální plán - Klientka č. 2

Období: červenec - prosinec

Současná situace:

Klientka pravidelně navštěvuje lékaře, je v současné době po gynekologickém zásahu, což jí hodně usnadnilo pobyt ve stacionáři. S manželem je domluva mnohem lepší. Už na nás, jak se říká, více dá.

Klientka je u nás velice spokojená, věří, že jí časem přibude do stacionáře nějaká nová kamarádka.

Z cvičení a procházek se stále častěji stávají společenské události, kdy potkáváme známé klientky. Je také vidět, jak moc jí pomáhá to, že patří mezi nás, může pomáhat druhým a spolurozhodovat i v důležitých věcech.

Cíl dojednaný s klientem (konkrétně):

1. Paní si přeje víc pomáhat ve stacionáři.
2. Přála by si také častější procházky a občasné masáže.
3. Paní Palacká si přeje navštěvovat lékaře s PSS
4. Po domluvě s manželem jsme se rozhodli změnit individuální plán ze tří měsíců na půl roku.

Konkrétní kroky, potřeba podpory a asistence, odpovědná osoba, termín (co, kdo, do kdy):

Cíl č.1:

- a) PSS více zapojí klientku do mytí nádobí, stírání stolů.
- b) PSS vymyslí další činnosti, při kterých by mohla klientka pomáhat - do konce července.

Cíl č. 2:

- a) PSS zajistí, aby se krátké procházky zařazovaly do pravidelného programu.
- b) PSS naplánuje jednu velkou nákupní procházku do supermarketu a nechá klientku rozhodovat o nakoupeném zboží.
- d) Stále budeme reagovat na přání manžela a asistovat paní při nákupu potřebných věcí - hlavně oblečení.

Cíl č.3:

- a) S manželem klientky domluvíme minimálně 14 dní dopředu návštěvu u odborného lékaře a zajistíme asistenci.

Překážky, obavy, rizika:

Stále stejná obava ze ztížené orientace v prostoru. Všechny PSS poučeny. Paní si není vědoma rizika.

Musí se dávat velký pozor.

Revize ze dne 19.12. 2008

Klientka se s naší pomocí zapojila více do dění ve stacionáři, a to zejména od října, kdy do kolektivu přibyla nová PSS, která má bohaté zkušenosti s prací ve stacionáři z bývalého zaměstnání.

Snažíme se klientku zapojovat do každé činnosti, která se v rámci hlavního programu dělá.

Paní se splnil velký sen, ve stacionáři má kamarádku.

Návštěva supermarketu s nákupem se vydařila, absolvovaly jsme ji i s touto novou paní. Daly jsme si za úkol nakoupit klientovi velký nákup na víkend. Klientka s kamarádkou pomáhaly vybírat zboží. Měly jsme z této větší akce velkou radost.

Návštěvy lékařů už nechává manžel zcela na naší asistenci, domluva je mnohem lepší. Máme jeho důvěru, což nás velice těší a klientce to výrazně pomáhá.

Oblast potřebné podpory -klientka č. 2

Období: Leden - červen 2008

Činnost v domácnosti (sebeobsluha, péče o domácnost) :

Klientka už nezvládá starat se o domácnost, tuto úlohu převzal manžel. Naše služby v domácnosti nevyužívají. Ve stacionáři platí totéž. Má ale radost, když ji necháme spolupracovat.

Společenský život (volný čas, sousedé, využívání veřejných služeb, cestování atd.) :

Klientka potřebuje asistenci při jakékoli činnosti vzhledem k problému s časovou i prostorovou orientací. Potřebuje také pomoci naplánovat aktivity a uskutečnit je. Chybí motivace k jakékoli činnosti, je potřeba paní stále povzbuzovat.

Vzdělávání, celoživotní učení:

Podpora - co nejdéle podržet schopnost k podpisu, upevňovat návyky při oblékání, stolování a používání WC.

Práce, zaměstnání:

Klientka je ve starobním důchodu.

Zdraví a bezpečnost:

Pomoc a podpora při výběru dietní stravy, aktivní podávání tekutin, podpora při chůzi na nerovném terénu a při chůzi na schodech, kontrola návštěv u lékařů, pravidelné zdravotní procházky, cvičení.

Sociální aktivity (vztahy, komunikace, partnerství):

Podpora a asistence při návštěvách oblíbených míst. Motivace manžela k přijatelnějšímu chování v situacích, kdy paní selhává.

Ochrana vlastních zájmů:

Pokud se paní svěří s problémy mezi ní a manželem, pokusíme se podpořit její zájmy.

Mimořádná zdravotnická a behaviorální podpora:

Podpora ve správném výběru jídel z nabídky - sladká jídla NE !

Doporučení pro manžela - svačina jen 1 rohlík a radši přidat na druhou svačinu zeleninu. Nutný aktivní přísun tekutin. Asistent musí dbát na zvýšenou pozornost při chůzi po schodech a nerovném terénu

Cíle:

Umožnit klientce sociální kontakty. Nejprve procházkami po okolí a posléze návštěvou jednoho vybraného obchodu. Také neustále pracovat s manželem, motivovat oba dva k lepším hygienickým návykům.

Plán řešení rizikové situace - klientka č. 2**Popis rizikové situace:**

Riziková situace může nastat při chůzi na nerovném terénu nebo po schodech, dále pak při samostatném, byť jen krátkém pobytu ve městě, kdy hrozí neopatrné vstoupení do vozovky.

Jaké hrozí klientovi(nebo jiným lidem) nebezpečí ?

Klientce hrozí v případě pádu zranění, možná i hospitalizace a tím velká zátěž na její psychiku. V druhém případě i smrt následkem srážky s dopravním prostředkem, nebo zavinění zranění druhé osoby.

Došlo k nějakému incidentu v podobné situaci v minulosti?

NE

Je si klient vědom rizika a možných následků?

Klientka přitaká, když jí o tomto problému řekneme, ale nezhodnotí, že může taková situace nastat a kdy nastává. Je potřeba ji neustále provázet situací, to znamená popisovat cestu, dávat jednoduché instrukce tak, aby se necítila ponížena. V žádném případě se nesmí na klientku spěchat, je zapotřebí, aby si PSS udělala dostatek času na procházku s ní.

Jaký význam této situace pro klienta? Co se stane, pokud klient nebude mít možnost v této situaci přijmout přiměřené riziko?

Zatím se nám to nestalo, ale pokud by taková situace nastala, hrozí nebezpečí úrazu.

Jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň?

V době, kdy je paní u nás ve stacionáři má neustálý dohled uvnitř zařízení i venku při procházkách. Je nutné poučit všechny / i dobrovolníky / o možných rizicích.

4.6 Shrnutí a zobecnění výsledků

Samotné výsledky dotazníkového šetření byly velmi zajímavé. Blíže nám objasnily vztah klíčových pracovníků v sociálních službách, kteří mají zodpovědnost za poskytování služeb dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách a dodržování standardů kvality sociálních služeb. Zpracované výsledky nám objasňují aspekty sociální péče seniorů s DAT odbornými pracovníky v sociálních službách a spolupráci rodinných pečovatелů v samotné pečovatelské praxi. Hledisko využívání respitní (odlehčovací) péče a setkávání pečovatелů v rámci svépomocných skupin naplňuje vizi koncepce pro rozvoj sociálního začlenění osob s DAT do společnosti.

Umístění lidí s demencí Alzheimerova typu do domovů pro seniory je velmi citlivou otázkou. Soužití rodiny s osobou s DAT je problematické, péče v sociálním zařízení klade větší nároky na personál, který není dostatečně speciálně školen. Přesto pobytová zařízení poskytující sociální služby jsou tak často jediným útočištěm pro stárnoucího člověka s demencí a poslední záchranou pro rodinné příslušníky. Kapacita domovů se zvláštním režimem je nedostatečná. V rámci budoucího plánování by měly být poskytovány dostupné terénní sociální služby a zřizovány specializované oddělení nebo sociálních zařízení pro osoby s DAT.

Z hlediska celkového budoucího vývoje sociálních služeb jsou názory a postoje koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, kde byly formulovány nové vize, správnou cestou humanitního přístupu k poskytování sociálních služeb klientům s DAT. Ty se týkají služeb, které budou poskytovány v přirozené komunitě uživatele a budou podporovat sociální začlenění uživatele do společnosti, což nejvíce podporuje domácí péči, tzv. home care. Ačkoli by měly být podporovány terénní sociální služby, v případě uspokojování potřeb seniorů jsou nadále důležitá pobytová zařízení, která hrají významnou úlohu nejen ve fázi, kdy osoba není schopna zajistit úkony péče o vlastní osobu, ale také v případě potřeb sociálního kontaktu.

Závěr

Prostřednictvím diplomové práce byl proveden pokus o základní orientaci v problematice kvality života seniorů s demencí Alzheimerova typu, kteří jsou v důsledku stáří vystaveni nebezpečí nemoci, nepříznivé sociální situaci, sociálnímu vyloučení a vyčlenění mimo běžný život.

Na teoretickou část, která se zabývá východisky pro zhodnocení aspektů kvality života seniorů s DAT bylo navázáno dotazníkovým šetřením, praktickým zpracováním získaných dat, dále shrnutím a zobecněním výsledků. Prostřednictvím rozhovoru s pracovníky sociálních zařízení, osobním setkáním s rodinnými pečovateli, kterým následky demence Alzheimerova typu ukázaly svou špatnou tvář v životě jejich blízkých, byly částečně ujasněny mnohé postoje a názory na současnou situaci související s péčí o tyto uživatele služeb. Nejvýznamnější znaky kvality poskytované služby představují profesionalita personálu, sociální prostředí, zavedené standardy kvality poskytované služby a rodinná spolupráce. Nejvýznamnější potřeby uživatelů služby v sociálních zařízeních jsou zdravotní péče, aktivizačních činností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a spolupráce, zájem rodinných příslušníků.

Během psaní diplomové práce vyvstaly i nové otázky k zamyšlení nad problematikou péče o seniory s DAT. Jakým směrem se bude dále ubírat podpora nemocných seniorů DAT, kteří vychovali své děti ke vzdělání a samostatnému životu, ale v jejich dospělosti vyvstává otázka volby mezi vlastní kariérou a nebo sociální péčí o vlastního příbuzného? Jak přitáhnout zájem dětí, nás dospělých, abychom péči o své rodiče a rodinné příslušníky nevnímali jako úděl finanční diskriminace, omezování v osobním životě a psychický strach ze stáří?

Do značné míry závisí na nás lidech, na nezastupitelné roli klíčových sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a státu se svojí sociální politikou. Je velmi důležité, abychom nejenom s nostalgií vzpomínali na krásně prožité dětství, mládí a dospělost naplněnou bohatostí a rozmanitostí života, ale

abychom taky dali prostor pro vytvoření nových hodnotných přátelství, partnerství, zážitků a vzpomínek na klidně prožité stáří se svými nejbližšími.

Result

Literatura a prameny

1. Baštecký, J. a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
2. Buijssen, H. *Demence*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
3. Dörner, K., Plog, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
4. Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
5. Hogenová, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0457-4.
6. Horehled, P. *Analýza komplexní péče o seniory*. (Diplomová práce). Brno: PdF, 2008.
7. Jesenský J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
8. Chráska, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: UP, 1993. ISBN 80-7067-287-0.
9. Jarošová, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Universita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
10. Jesenský, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-824-9.
11. Jiráček, R., Koukolník, F. *Demence*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
12. Kalvach, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
13. Koukolík, F., Jiráček, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-716-8.
14. Koukolík, F., Jiráček, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
15. Kožený, J., Tišanská, L. *Model adaptace institucionalizovaných seniorek na I 2006*. ISBN 80-247-1284-9.
16. Králová, J., Rážová, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Český Těšín: Anag 2001, ISBN 80-7263-083-0.
17. Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

18. Müller, O. a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
 19. Pacovský, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.
 20. Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
 21. Průcha, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
 22. Rheinwaldová, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
 23. Sláma, O. *Koncepce paliativní péče ČR, Cesta domů*: Praha, 2004.
 24. Stuart-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
 25. Styx, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
 26. Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet, Ecce homo*: Praha, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
 27. Tošnerová, T. *Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2002. ISBN 80-238-9505-2.
 28. Vaďurová, H., Mühlpachr, P. *Kvalita života*. Brno: MU 2005, ISBN 80-210-3754-7.
 29. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
 30. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
 31. Zgola J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
- Psychologie a pedagogika Rybářová s. 447

Zákony a další odkazy

1. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2006.
2. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2007.

3. *Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR.* Praha: MPSV, 2001.

4. *Standardy kvality specializované paliativní péče.* Praha: MPSV, 2002.

5. *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených problémů.* Praha: BOMTON, 2009. 978-80-904259-0-3.

Internetové zdroje

http://www.alzheimer.cz	ze dne 13. 1. 2009
http://www.alzheimerforum.cz	ze dne 15. 1. 2009
http://www.gerontologie.cz	ze dne 7. 1. 2009
http://www.charita.cz	ze dne 4. 1. 2009
http://www.letokruhy-vs.cz	ze dne 14. 1. 2009
http://www.mpsv.cz	ze dne 10. 2. 2009
http://www.ssmc.cz	ze dne 20. 1. 2009
http://www.stari.cz	ze dne 4. 1. 2009
http://www.zdrava-rodina.cz	ze dne 19. 1. 2009
http://www.nadeje.cz	ze dne 5. 2. 2009
http://www.pecujici.cz	ze dne 21. 2. 2009
http://www.senior.otrokovice.cz	ze dne 5. 2. 2009
http://www.spkp.cz	ze dne 21. 2. 2009

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Typ zařízení sociálních služeb.....	46
Tabulka č. 2	Druh zaměstnání v zařízeních sociálních služeb.....	47
Tabulka č. 3	Počet let v zaměstnání zařízení sociálních služeb.....	48
Tabulka č. 4	Dosažené vzdělání.....	50
Tabulka č. 5	Forma poskytování sociálních služeb.....	51
Tabulka č. 6	Odborná péče pro osoby s demencí DAT.....	52
Tabulka č. 7	Kapacita lůžek v zařízení sociálních služeb.....	52
Tabulka č. 8	Spolupráce v rámci péče o seniory s demencí DAT.....	53
Tabulka č. 9	Individuální plán péče.....	54
Tabulka č. 10	Aktivizační metody.....	55
Tabulka č. 11	Četnost nejoblíbenějších aktivit ze strany klientů.....	56
Tabulka č. 12	Spolupráce se členy rodiny.....	57
Tabulka č. 13	Respitní péče.....	57
Tabulka č. 14	Nejčastější důvody využívání realitní péče.....	58
Tabulka č. 15	Dotazy rodinných příslušníků týkající se poradenské péče.....	59
Tabulka č. 16	Pravidelnost svépomocné skupiny.....	60
Tabulka č. 17	Poradenská činnost v rámci svépomocných skupin.....	60
Tabulka č. 18	Možnosti odborné konzultace.....	61

Použité zkratky

DAT – demence Alzheimerova typu

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky poskytující sociální péči v zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky poskytující sociální péči v zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji

1. V jakém typu zařízení sociálních služeb pracujete?
2. Jakou funkci v zaměstnání vykonáváte?
3. Jak dlouho zaměstnání vykonáváte?
4. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
5. Jakou formu sociálních služeb poskytujete?
 - ambulantní
 - pobytovou
 - terénní
6. Poskytuje Vaše zařízení odbornou péči osobám s Alzheimerovou chorobou?
7. Potýká se Vaše zařízení s kapacitním nedostatkem míst pro osoby s DAT?
8. S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s DAT?
 - a) s odborným lékařem – neurologem, psychiatrem...
 - b) se speciálním pedagogem
 - c) s psychologem
 - d) s terapeutem pracující v oblasti speciální pedagogiky (arteterapeutem...)
 - e) s pracovníkem OSSZ v rámci vyplácení důchodů, příspěvku na péči
 - f) s pracovníkem zdravotní pojišťovny v rámci vyplácení příspěvků na zdravotní pomůcky
 - g) s policií
 - h) s odborným pracovníkem výše neuvedeným
9. Zpracováváte individuální plán péče obsahující aktivity vhodné pro práci s danou osobou?
10. Jaké aktivizační metody používáte pro osoby s Alzheimerovou chorobou při Vaší práci s klientem?
 - trénink paměti
 - orientace v realitě
 - trénink poznávacích funkcí
 - reminiscenční terapie
 - aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled)
 - rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
 - arteterapie v širším slova smyslu
 - ergoterapie

- canisterapie

11. Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují?
12. Pomáhá Vám při práci s klienty spolupráce se členy rodiny?
13. Poskytujete v rámci sociálních služeb realitní (odlehčovací) péči?
14. V jakých situacích se na Vás nejčastěji obracují rodinní příslušníci s poskytnutím respitní péče v domácnosti? Jedná se o:
 - a) volnočasové aktivity (zájmy, dovolená)
 - b) fyzické vyčerpání rodinných příslušníků
 - c) psychické vyčerpání rodinných příslušníků
 - d) pracovní povinnosti
 - e) zdravotní důvody rodinného pečovatele
15. S jakými problémy - dotazy se na Vás nejčastěji obracují rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?
 - a) bezpečnost v bytě nemocného (odstranění klíčů ze zámků od dveří, odstranění čistících prostředků, zabránění v přístupu k oknům, na balkón...)
 - b) změny nálady nemocného (depresivní nálady z příznaků AN, odmítání AN, podezíravost, halucinace)
 - c) obtížné rozhodování (hospodaření s penězi nemocného, řízení vozidla nemocným, umístění do institucionální péče...)
16. Jak často probíhají svépomocné skupiny?
17. Dokážete vždy v rámci svépomocných skupin odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?
18. Pokud je odpověď záporná:
 - a) konzultujete problém dále s odborným pracovníkem (lékařem, sociálním pracovníkem...)
 - b) obracíte se na odbornou literaturu, časopisy
 - c) zúčastňujete se odborných seminářů a kurzů, školení
 - d) nehledáte řešení problému

