

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Hana Pikulíková

Senioři v LDN a odpovědnost pomáhajících profesí

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Olga Nytrová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013–2015

DIPLOMA THESIS

Hana Pikulíková

Seniors in LDN and responsibility in helping professions

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Olga Nytrová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Olze Nytrové za její odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce a za její vstřícnost.

Anotace

Diplomová práce se zabývá úrovní péče o seniory v ústavním zařízení. Analyzuje úlohu pomáhajících profesí v této instituci. Práce ukazuje, jak si zaměstnanci v konkrétním zařízení dokážou poradit s péčí o seniory s demencí. Syndromu demence je věnována jedna kapitola z důvodu, že demence je závažný fenomén a celosvětový problém dnešní doby. Je třeba zdůraznit důležitost rodiny v péči o seniora a komunikace rodiny s pracovníky pomáhajících profesí. Zejména speciální pedagog má v této oblasti své neopominutelné poslání, jak je v předkládaném textu analyzováno. Diplomová práce se zaměřuje na vztah společnosti k seniorům v dnešní době, na povědomí o hodnotě stáří a o jeho důstojnosti a nutnosti citlivého lidského přístupu. Dotýká se také etického pohledu na péči o nemocné seniory a na vztah pomáhajících profesí k seniorům.

Tato práce seznamuje s pojmy, jako jsou fenomén stárnutí populace a postoj společnosti k seniorům, demence jako nemoc století, hodnota vztahu rodina a senior, doprovázení rodiny umírajícího, odpovědnost, lidskost a naslouchání.

Klíčová slova

Demence, důstojnost, empatie, komunikace, kvalita života, péče, pomáhající profese, speciální pedagog, stárnutí, stáří, syndrom vyhoření, zdravotnická etika.

Annotation

The dissertation deals with the level of care of the elderly in the constitutional sanitary facility . The thesis analyzes the role of the helping professions in this institution. The work shows how the employees in a particular establishment cope with the care of the elderly with dementia. To the syndrome of dementia there is paid attention in one chapter because of the reason that dementia is a serious phenomenon and a global problem of the present time. The importance of family in the care of the elderly and communication of the family with the staff of the helping professions should be emphasized . Especially the special education teacher has in this area an insignificant mission, which is in the present text analyzed. The thesis focuses on the relationship of the society to the elderly in today's time, the awareness of the value of old age, its dignity and the need for sensitive human approach. It is also an ethical perspective on the care of the diseased elderly and the relationship of the helping professions to seniors. This work acquaints students with concepts, such as the phenomenon of the ageing of population and the attitude of society to the elderly, dementia as the disease of the century, the value of the relationship between a family and their elderly, lending an ear to them, accompanying of the dying by their families, responsibility and humanity.

Keywords

Dementia, dignity, empathy, communication, quality of life, care, helping professions, special education teacher, aging, old age, burnout, medical ethics.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 VYMEZENÍ POJMU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA A JEJÍ CÍL	12
1.1 Historie péče o znevýhodněné jedince.....	13
1.2 Speciální pedagogika zaměřená na seniory	15
1.3 Speciální pedagogika v současnosti a její uplatnění	16
2 HISTORICKÝ POHLED NA PÉČI O STARÉ LIDI.....	18
2.1 Fenomén stárnutí populace a postoj společnosti.....	20
3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	24
3.1 Změny v průběhu stárnutí	28
3.2 Specifické potřeby seniorů.....	30
3.3 Etické uchopení zkoumaného problému	32
4 NEMOCI V OBDOBÍ STÁŘÍ	34
5 DEMENCE – NEMOC STOLETÍ.....	37
5.1 Stupně demence a péče o lidi s demencí.....	38
5.2 Jak probíhá terapie u lidí s demencí.....	40
6 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY	43
7 HODNOTA VZTAHU RODINA A SENIOR.....	46
7.1 Doprovázení rodiny umírajícího	48
7.2 Odpovědnost, lidskost, naslouchání.....	51
PRAKTICKÁ ČÁST	54
8 PÉČE O SENIORY V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ	54
8.1 Pomáhající profese v LDN.....	56
8.2 Vymezení cíle a stanovení výzkumných otázek	59
8.3 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu	60
8.4 Časová organizace průzkumu	61
8.5 Vlastní šetření a výsledky průzkumu	61

8.5.1	Pozorování	62
8.5.2	Rozhovory.....	69
8.5.3	Případová studie.....	78
9	INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	82
9.1	Výsledky pozorování	82
9.2	Výsledky rozhovorů.....	83
9.3	Výsledky případové studie.....	85
ZÁVĚR	87
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	95
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

*„Na dlouhé cestě kdy síly tvé slábnou
Čeká tě naděje přeludu zbavená
Podá ti ruku a odměnu žádnou
Nežádá, pohladí ramena znavená“*

V dnešní době je stárnutí populace celosvětovým fenoménem. Dochází k prodlužování délky života a klesá počet narozených dětí. Stáří je poslední fází života člověka, kdy dochází k završení životního cyklu jedince, a je spojeno s mnohými změnami. Někteří senioři se na toto období dívají optimisticky. Mohou se konečně věnovat sami sobě, svým koníčkům, cestování, vnoučatům. Jiní pohlížejí na tuto životní etapu s pochybnostmi, protože si uvědomují negativní stránky pokročilého věku, jako je ztráta zaměstnání, sociálních kontaktů, přibývání zdravotních obtíží a nejvíce se obávají ztráty soběstačnosti. Tím, že populace stárne, přibývá nemocných seniorů, kteří potřebují zdravotní péči. Lze předpokládat, že bude stále větší poptávka po sociální a zdravotní péči určené pro seniory.

Dalším fenoménem doby je nárůst lidí s demencí. O demenci se mluví jako o epidemii stáří. Péče o tyto osoby je velmi náročná a vyžaduje odborně proškolený personál ve specializovaných zařízeních a dobrou informovanost rodinných příslušníků. V poslední době vznikají nová zařízení specializovaná právě na péči o osoby s demencí.

Rodina je pro každého člověka velmi důležitá. V minulosti existovala mezigenerační solidarita a rodina se postarala o svého starého příbuzného. V dnešní moderní době se tyto tradice již nedodržují, neboť většinou nežije více generací pod jednou střechou. Mladší lidé jsou pracovně vytíženi, mají málo času a ve svém volném čase se raději věnují svým zálibám než péči o staré rodiče.

Je zapotřebí, aby byla zajištěna kvalita života seniorů na odpovídající úrovni. Senioři by měli tuto životní etapu prožít plnohodnotně a v prostředí se svojí rodinou. Společnost by se měla zaměřit nejen na péči o staré lidi v ústavních zařízeních, ale také na domácí péči, která je pro seniora zásadní. Měli by být vzdělávání rodinní příslušníci, aby mohli poskytovat

svým starým příbuzným odpovídající péči v domácím prostředí. Toto vzdělávání zajišťuje právě speciální pedagog.

Diplomová práce je koncepčně uchopena tak, aby vyhovovala potřebám speciálních pedagogů. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje 7 kapitol. V první kapitole jsou vymezeny pojmy speciální pedagogika a gerontopedagogika. Je zde nastíněna historie tohoto oboru a je uvedeno, kde všude se speciální pedagog uplatní. Druhá kapitola se zabývá historickým pohledem na péči o staré lidi. Ve třetí kapitole jsou vymezeny základní pojmy stáří a stárnutí, to, k jakým změnám v průběhu stárnutí u člověka dochází a jaké mají senioři v dnešní době potřeby. Čtvrtá kapitola předkládá nejběžnější nemoci stáří. Pátá kapitola se podrobněji věnuje demenci, která je označována jako nemoc století. Jsou uvedena specifika péče o osoby postižené demencí a způsoby terapie. V šesté kapitole jsou uvedeny aktuální možnosti péče o seniory. Sedmá kapitola je zaměřena na vztah rodiny a seniora a na etické otázky lidskost, naslouchání, důstojnost.

Praktická část organicky navazuje na část teoretickou a některé pohledy na souvislosti v teoretické části jsou potom vhodnou formou aplikovány v části praktické. Praktická část se zabývá průzkumem, který je zaměřen na jednotlivé pomáhající profese v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných. Metodou pozorování diplomantka analyzuje práci jednotlivých pomáhajících profesí včetně speciálního pedagoga. Jsou vedeny rozhovory se speciálním pedagogem, zdravotnickým personálem, ředitelkou kliniky, ale i s rodinnými příslušníky a nemocnými seniory. Je zde uvedena i případová studie jednoho pacienta. Diplomantka v praktické části využila i osobní zkušenost se svojí maminkou, která trpěla demencí, a několikaletou zkušenost s prací v léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku.

Cílem diplomové práce je metodou kvalitativního průzkumu ukázat možnosti péče o nemocné seniory a zhodnotit úroveň poskytované péče v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných. Zjistit, jak si konkrétní léčebna poradí s lidmi s demencí. Zda tuto péči může poskytovat jakékoliv ústavní zařízení, nebo je nutné specializované zařízení se zvláštním režimem. Analyzovat úlohu pomáhajících profesí a zejména speciálního pedagoga v ústavním zařízení. Neméně důležitá je také úloha rodiny

nemocného, která může podstatným způsobem pomoci ke zlepšení jeho stavu. Práce směřuje k potřebám speciální pedagogiky a zohledňuje tento obor.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA A JEJÍ CÍL

„Bud' příjemný a milý ve tváři, vlídný a zdvořilý ve způsobech, přívětivý a pravdomluvný ústy, vroucí a upřímný srdcem. Miluj a tak milován budeš.“

J. A. Komenský

Speciální pedagogika je mladou humanitní vědou a je „*těsně spjata s obecnou pedagogikou a didaktikou*“ (Zacharová, 2013, s. 8). Pipeková (2006) poukazuje na složitý vztah mezi speciální pedagogikou a pedagogikou. Speciální pedagogika není jen jedním z pedagogických oborů, ale má i své vlastní základy. „*Speciální pedagogika je jedinečný a plnohodnotný obor s relativně mladou historií.*“ (Slowík, 2007, s. 19) Autor to dále specifikuje a uvádí, že speciální pedagogika se opírá o poznatky z medicínských oborů, psychologie (vývojová psychologie, sociální psychologie, psychopatologie, patopsychologie), sociologie, sociální patologie a filozofie. Se speciální pedagogikou souvisí i obory, jako je právo (legislativní podpora handicapovaných), ekonomie (podpora znevýhodněných osob je závislá na financích) a technické disciplíny, jako je protetika, kybernetika a informatika. (Slowík, 2007)

Termín speciální pedagogika se u nás zavedl v 70. letech 20. století (Zacharová, 2013). Jiný autor uvádí, že pojem speciální pedagogika byl poprvé „*použit dokonce už před více než padesáti lety – a historie toho, čím se obor speciální pedagogiky zabývá, je vlastně stará jako lidstvo samo.*“ (Slowík, 2007, s. 11) U nás na přelomu 80. a 90. let 20. století nastaly společenské změny, které zásadně ovlivnily vývoj speciální pedagogiky.

Pojem speciální pedagogika začal používat od roku 1973 Miloš Sovák (1905–1989). (Zacharová, 2013) Je jednou z historicky nejvýznamnějších osobností tohoto oboru u nás. Profesor Miloš Sovák založil Českou logopedickou společnost a byl „*první vedoucí katedry speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.*“ (Slowík, 2007, s. 17) Základy speciální pedagogiky byly položeny už na

přelomu 19. a 20. století, kdy vznikla pedologie a později pedopatologie. Významnou osobností byl profesor František Čáda (1865–1918). Později vznikla nápravná (léčebná) pedagogika, jejímiž významnými představiteli byli Jan Mauer (1878–1937) a Josef Zeman (1867–1961). Tehdy začalo vznikat speciální školství. Pojem defektologie nakonec profesor Sovák v 70. letech 20. století nahradil termínem speciální pedagogika. (Slowík, 2007; Pipeková, 2006) Do konce 80. let 20. století se speciální školy označovaly jako „školy pro děti a mládež vyžadující zvláštní péči.“ (Slowík, 2007, s. 18) Autor dále upozorňuje na to, že do dnešní doby nemá obor speciální pedagogika „jednotnou mezinárodní podobu.“ (Slowík, 2007, s. 18)

Slowík definuje speciální pedagogiku jako disciplínu orientovanou „na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.“ (Slowík, 2007, s. 15) Jiná autorka za znevýhodněné považuje jedince s tělesným, smyslovým, řečovým, psychickým nebo sociálním postižením (Kocurová, 2002). V současnosti se do této skupiny řadí i osoby mimořádně nadané. Zacharová (2013, s. 12) chápe speciální pedagogiku „jako vědu o zákonitostech speciální výchovy, speciálního vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění jedince, který trpí zdravotním či sociálním znevýhodněním a vyžaduje proto zvláštní, tedy speciální přístup.“

Cílem speciální pedagogiky je rozvíjet osobnost člověka s postižením v co největší míře a dosáhnout jeho maximální socializace. (Pipeková, 2006) Jde o „uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka, i toho, který se nějakým způsobem odlišuje od normy definované průměrem.“ (Zacharová, 2013, s. 7) Jedním z cílů speciální pedagogiky je změnit postoje společnosti ke znevýhodněným jedincům.

1.1 Historie péče o znevýhodněné jedince

Tato podkapitola dá stručný přehled o způsobech péče o handicapované jedince z historického hlediska. Kapitola 2 potom podrobněji nastíní historický pohled na péči o starého člověka. Kocurová (2002) uvádí, že periodizace přístupu společnosti k osobám se znevýhodněním se nejčastěji dělí podle historických období na represivní přístup,

charitativní přístup, humanistický přístup, rehabilitační přístup, preventivně-integrační přístup a inkluzivní přístup.

Represivní přístup: v období starověku se společnost zbavovala nemocných a postižených osob. Přesto jsou důkazy, že i ve starověku „*přežívali někteří velmi těžce postižení lidé, vyžadující vysokou míru péče a pomoci.*“ (Slowík, 2007, s. 12)

Charitativní přístup: toto období se vyznačuje ochranitelstvím a pomocí vůči nemocným a postiženým osobám. Pomoc přichází zejména od církve v propojení se státem. Zakládají se klášterní špitály a hospice.

Humanistický přístup: v novověku dochází k rozvoji vědy, zejména medicíny. Začíná „*programová péče o handicapované osoby spojená se specializací v přístupu k jedincům s různými druhy postižení.*“ (Slowík, 2007, s. 13) Zakládají se instituce (školy, ústavy) pečující o různě postižené jedince.

Rehabilitační přístup: na přelomu 19. a 20. století došlo k propojení léčby, výchovy a vzdělávání. Byla zde snaha o rehabilitaci (znovuuschopnění) znevýhodněných osob do běžného života. Pokud nedojde k nápravě, je takový jedinec umístěn do ústavní péče. U nás tento přístup přetrvával až do 80. let 20. století.

Preventivně-integrační přístup: po 2. světové válce se hlavní pozornost věnovala předcházení vzniku postižení a předcházení riziku narození dítěte s postižením. V tomto období sledujeme začátky integrace osob se znevýhodněním do společnosti. U nás byla integrace zahájena až v 90. letech 20. století.

Inkluzivní přístup: charakterizuje se „*naprosto přirozeným začleňováním handicapovaných osob do běžné společnosti.*“ (Slowík, 2007, s. 14) Znamená to, že se u těchto osob, pokud je to možné, používají při výchově a vzdělávání běžné postupy v závislosti na jejich možnostech. Autor ovšem podotýká, že „*žádná lepší reálná varianta soužití intaktní (nepostižené) populace s handicapovanými jedinci však v současnosti prakticky neexistuje.*“ (Slowík, 2007, s. 14)

1.2 Speciální pedagogika zaměřená na seniory

Speciální pedagogika není „*vědou o postižení, ale o člověku.*“ (Slowík, 2007, s. 16) Je zaměřena na člověka, jehož znevýhodnění ovlivňuje jeho život a potřebuje odbornou pomoc a podporu. Mezi tyto znevýhodněné osoby patří i nemocní senioři.

Jak již bylo uvedeno, je speciální pedagogika zaměřena na výchovu a vzdělávání. Dlouhá léta se mluvilo hlavně o výchově a vzdělávání dětí a mládeže v období školní docházky. V dnešní době se speciální pedagogika zaměřuje také na dospělé jedince a seniory. Slowík člení speciální pedagogiku podle věkových kategorií na „*speciální pedagogiku předškolního věku, školního věku, dospělých (speciální andragogika) a seniorů (speciální gerontagogika).*“ (Slowík, 2007, s. 18) Z tohoto důvodu je patrné, že speciální pedagog má své nezastupitelné místo v oblastech, jako je péče o nemocné seniory. „*J. A. Komenský formuloval Školu stáří jako součást Vševýchovy a vydal etickofilozofický spisek Metazulem, tj. o daru dlouhověkosti.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 8) Speciální pedagogika, která se zabývá výchovou a vzděláváním znevýhodněných seniorů, se nazývá speciální gerontopedagogika nebo též gerontagogika. (Slowík, 2007) „*Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 11) Výchova a vzdělávání je celoživotní proces. Důležité funkce vzdělávání v postproduktivním věku jsou funkce rehabilitační a posilovací. Rehabilitační funkce napomáhá ke znovuobnovování a udržování fyzických a duševních sil. Posilovací funkce přispívá k rozvoji zájmů, aktivit, potřeb a schopností seniorů. Součástí gerontopedagogiky je také „*příprava profesionálů pro realizaci výchovně vzdělávacích aktivit se seniory.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 143) Patří sem „*výchova terapeutů pro práci se zvláště handicapovanými geriatrickými pacienty, především s demencí či kombinovaným postižením*“ uvádí dále autor. Z toho vyplývá, že tento obor se uplatní i v léčebně dlouhodobě nemocných, kde jsou pacienti s demencí nebo jinak zdravotně znevýhodněni. U zdravých i nemocných seniorů může pedagogický odborník podporovat jejich samostatnost, nezávislost a snaží se udržet co nejdéle stávající schopnosti. (Slowík, 2007)

Jesenský (2000) specifikuje 4 oblasti působení gerontopedagogiky:

- působí na osoby i skupiny znevýhodněných seniorů;
- působí na rodiny a blízké osoby handicapovaných starých lidí;
- působí na společnost;
- spolupráce s odborníky jiných profesí.

Při pedagogickém působení na seniory se musí přihlídnout na „*charakter vad a poruch*“ ve třetím věku. (Jesenský, 2000, s. 280) Patří sem skupina sociálně narušených seniorů, skupina speciálních poruch učení a chování seniorů, skupina osob s různými duševními poruchami, skupina seniorů s kombinovaným postižením. U znevýhodněného starého člověka se setkáváme s novým pojmem ageismus, který „*zahrnuje předsudky nebo negativní představy týkající se stáří a starých lidí a také jakýkoliv projevy diskriminace na základě věku.*“ (Slowík, 2007, s. 154) Autor dále uvádí, že jakýkoliv handicap sociální či zdravotní prohlubuje propast vzniklou v důsledku věkové segregace. Společnost znevýhodněné seniory nebere jako sobě rovné. Zde je nezastupitelná úloha speciálního pedagoga, který výchovou působí i na rodinné příslušníky seniora, ale i celou společnost. Důležitá je podpora samostatnosti a nezávislosti seniorů. To vede k udržení dosud zachovaných schopností po co nejdelší dobu. (Slowík, 2007) Vzhledem ke stárnutí populace se očekává, že se pohled na seniory bude postupně zlepšovat. Vzdělávání v seniorském věku „*přispívá nejen k mobilizaci intelektuálních a kognitivních funkcí, ale i k upevnování fyzického a duševního zdraví, k posilování sebedůvěry a tím i k životní spokojenosti.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 141)

1.3 Speciální pedagogika v současnosti a její uplatnění

K velkému rozvoji v oboru pedagogiky došlo po listopadu 1989. Ta vychází z tradic školství první republiky, ale čerpá i ze zahraničních zkušeností. Jsou daleko větší možnosti studia na státních i soukromých vysokých školách. Vedle tradičních vysokých škol, jako je Karlova univerzita v Praze, Palackého univerzita v Olomouci a Masarykova univerzita v Brně, vznikaly i další vysoké školy, mezi které patří Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Slezská univerzita

v Opavě, Ostravská univerzita v Ostravě a Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Studenti mohou studovat v zahraničí, mají možnost stáží a studijních pobytů.

Po listopadu 1989 došlo také k nebývalému rozvoji speciální pedagogiky. Tento obor lze studovat na pedagogických fakultách Karlovy univerzity v Praze, Univerzity v Hradci Králové, Technické univerzity v Liberci, Univerzity Palackého v Olomouci, Masarykovy univerzity v Brně, Ostravské univerzity v Ostravě a na soukromé Vysoké škole Jana Amose Komenského v Praze.

Speciální pedagogika se zabývá rehabilitací, edukací a integrací či inkluzí znevýhodněných osob. Těmito osobami jsou nejen děti a mládež, ale i dospělí a senioři. Speciální pedagogika je zaměřena také na vzdělávání učitelů, odborníků, asistentů, terapeutů a pečovatелů rodinných či profesionálních.

Speciální pedagog má své uplatnění ve speciálních zařízeních pro děti, mládež i dospělé (speciální školy, speciální odborná učiliště, dětské diagnostické ústavy, ústavy sociální péče, zařízení pro výkon ústavní, resp. ochranné výchovy, doléčovací centra, hospice, terapeutické komunity, dětská krizová centra) Dále se uplatní v oblasti speciálního poradenství, v sociálních službách, ve vězeňství, v policejních složkách.

Z předchozího vyplývá, že speciální pedagogika je moderní a důležitý obor, který je zaměřený nejen na znevýhodněné děti a mládež, ale i na dospělé a seniory a má důležité místo i při péči o nemocné staré lidi ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

2 HISTORICKÝ POHLED NA PÉČI O STARÉ LIDI

„Starajíce se o štěstí jiných, nacházíme své vlastní.“

Platón

V minulosti se o starého nebo nemocného starala rodina. Pokud se o takového člověka nemohla nebo nechtěla starat, musel žebrot a často umíral v bídě. (Haškovcová, 1989). S rozvojem společnosti se forma péče měnila a z domácí péče se přesouvala do institucí. Péče se postupně zkvalitňovala hlavně po stránce zdravotní. Dnes se klade velký důraz i na poskytování kvalitní sociální a psychické pomoci.

Ve středověku se o nemocné a raněné během válek staraly rytířské řády. (Kalvach et al., 2004) Středem jejich zájmu byly i opuštění a bezmocní lidé. Chudým rodinám pomáhala církev a šlechta. Zde nacházíme začátky charitativní činnosti. V raném středověku byly zakládány první církevní instituce, které pomáhaly starým lidem a chudým. Církev zřizovala pro staré a chudé lidi starobince a chudobince, dále ošetrovatelské a klášterní domy. (Haškovcová, 1989)

Přibližně ve 12. století církevní řády zřizovaly špitály, které byly určeny nejen pro staré lidi, ale i nemocné a chudé. Tyto špitály však neposkytovaly zvláštní péči. Zdravotní péče se zavedla až později. Lékařská péče však nebyla na vysoké úrovni, uvádí dále Haškovcová (1989). Ve špitálech byl starým lidem poskytnut nocleh a strava. Šlo o první zařízení pro dlouhodobý pobyt seniorů. V klášterních nemocnicích byli léčeni jen bohatí. Jak se společnost vyvíjela, byly zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré lidi. První klasické nemocnice vznikaly od 17. století, kde se poskytovala zejména léčebná péče. Staří lidé byli i nadále umístováni do starobinců a chudobinců. (Kalvach et al., 2004)

Za vlády Josefa II. došlo na našem území k důležité právní úpravě, která se týkala péče o staré lidi, a to dle farní chudinské ústavy. (Haškovcová, 1989) Začala se rozvíjet cílená péče o seniory. Dle domovského práva byla obec povinna postarat se o staré, chudé a znevýhodněné občany. (Kalvach et al., 2004) Byly to první náznaky institucionální péče. Byly zřizovány pastoušky a nemocnice pro chudé, ovšem péče zde byla na nízké úrovni.

Haškovcová (1989) uvádí, že k rozkvětu ústavní péče došlo za první republiky. Vznikala nová zařízení a péče se přesouvala z domovů do institucí. Přesto však někteří lidé zůstávali v péči rodiny, či na ulici. V roce 1929 bylo otevřeno první specializované zařízení pro seniory Klinika nemocí stáří, kterou založil R. Eiselt. (Kalvach et al., 2004)

Po druhé světové válce došlo ke změně a péči o staré a nemocné přebírá stát. Docházelo k rozvoji ústavní péče, která byla zaměřena zejména na materiální a sociální zabezpečení. Vznikaly domovy důchodců a rozvíjely se pečovatelské služby pro staré a osamělé lidi. „*Socialistická společnost přebírá úvazek postarat se po stránce materiální, sociální i zdravotní o své staré občany.*“ (Haškovcová, 1989, s. 180) Tím se péče zprofesionalizovala. Starým lidem se dostávalo i zdravotní péče. Kuchařová (2002, s. 65) upřesňuje: „*Stát v minulosti převzal na sebe nemalou část z rodinných funkcí a rodiny se naučily na jeho pomoc spoléhat, takže staří s úlevou osvobozují své děti ze závazků vůči nim a střední generace necítí vždy náležitou míru odpovědnosti za péči o stárnoucí rodiče.*“ V 60. letech se zakládaly domy s pečovatelskou službou. V 70. letech vznikaly léčebny dlouhodobě nemocných. V 80. letech se zřizovaly specializované geriatrické ordinace a oddělení nemocnic. Po roce 1989 postupně docházelo ke změně pohledu na péči o seniory. Začala se stále více podporovat domácí péče o staré a nemocné lidi. V roce 1990 byla založena domácí ošetřovatelská péče a v roce 1995 vznikl první hospic pro nevyléčitelně nemocné. (Kalvach et al., 2004)

V dnešní době se také většinou stará o staré lidi rodina tak, jak tomu bylo dříve, ale důležitou roli zde hraje i nadále stát, který poskytuje seniorům starobní důchod, případně příspěvek na péči.

Staří lidé si většinou nepřejí být umístěni do ústavního zařízení a Haškovcová to vysvětluje tím, že v domovech chybí „*opravdovost lidských vztahů, prověřených a zocelených v bouřích života*“ (Haškovcová, 1989, s. 187). Ovšem v případě, že zdravotní stav seniora nedovoluje, aby se o sebe sám postaral, a rodina nemůže, nebo se nechce o svého příbuzného postarat, nezbyvá než ho umístit do institucionálního zařízení. Taková zařízení poskytují stálou a profesionální péči a kontakt s vrstevníky.

2.1 Fenomén stárnutí populace a postoj společnosti

Jak se měnil pohled na péči o seniora v historickém kontextu, mění se i senior a jeho postavení ve společnosti. V minulosti měla rodina nezastupitelnou roli v péči o seniora. Rodiny byly vícegenerační s více dětmi, které se později staraly o své staré rodiče či prarodiče. Porodnost byla vysoká, ovšem vysoká byla i úmrtnost. Postupně docházelo ke snižování porodnosti i úmrtnosti. Následkem demografických změn jsou otázky kolem seniorů v dnešní době naléhavější. Zkvalitňováním lékařské péče se lidé dožívají vyššího věku, snižuje se úmrtnost, zvyšuje se střední délka života, narůstá skupina velmi starých lidí a přitom se rodí méně dětí, a tak se zvyšuje podíl starších a starých lidí ve společnosti. Vohralíková, Rabušic (2004, s. 8) to doplňují: „*Úhrnná plodnost v průběhu devadesátých let klesla hluboko pod západoevropský průměr a v současnosti patří její úroveň v ČR mezi nejnižší v Evropě. Nevyhnutelným důsledkem těchto změn je intenzivnější stárnutí populace.*“ Hrozenková, Dvořáčková (2013, s. 16) upřesňují, že „*úhrnná míra plodnosti v Evropě jako celku je asi 1,5*“, přičemž na zajištění reprodukce populace „*je třeba na 100 žen 210 porodů, tedy min. index 2,1.*“ (Tamtéž, 2013, s. 15)

Jak už bylo zmíněno, klesá porodnost a celosvětově populace stárne, mluvíme o „*dlouhověké společnosti*“. (Čevela et al., 2014, s. 11) Hudáková (2013, s. 17) to doplňuje: „*Plodnost v Evropě je z celosvětového pohledu velmi nízká. Ve všech zemích EU, s výjimkou Irska, je úroveň plodnosti pod zachovnou hranicí 2,1 dětí na ženu.*“ Střední délka života v roce 2008 dosáhla 70,85 let u mužů a 78,73 let u žen. Podle Fulmekové et al. (In: Hudáková, Majerníková, 2013) během následujících třiceti let vzroste v Evropě podíl obyvatelstva staršího 65 let o 22–30 %. Hudáková (2013) upozorňuje na to, že stárnutí populace v Evropě a snižování počtu obyvatelstva v produktivním věku přináší velké ekonomické problémy. Další studie poukazují na to, že během let 2045 až 2050 se bude nadále zvyšovat věk obyvatelstva a „*předpokládaná délka života v Evropě se zvýší z aktuálních 73,2 roku až na 80,5 roku. Přibude starších lidí, protože v roce 2050 budou až jednu třetinu evropské populace tvořit 60 a víceletí.*“ (Hudáková, 2013, s. 17) V České republice přibývá lidí starších 85 let. Jak upřesňuje Čevela et al. (2014, s. 24) „*mezi lety 2012 a 2017 se počet seniorů ve věku 85+ zvýší*

přibližně o 40 000, takže celkový počet přesáhne 200 000.“ Tato publikace dále uvádí, že se v České republice předpokládá, že dojde do roku 2050 k lehkému snížení celkového počtu obyvatelstva, počet dětí mladších 15 let se sníží o více než čtvrtinu, ovšem počet seniorů nad 65 let se zdvojnásobí a bude tvořit asi třetinu obyvatelstva. *„Nejdramatičtější vývoj se předpokládá ve věkové skupině 80+, která se zvětší trojnásobně na téměř 10 % populace. Lidí starších 85 let bude v polovině století žít v ČR asi 500 000, z nich kolem 200 000 ve věku nad 90 let.*“ (Čevela et al., 2014, s. 27)

„Je možné předpokládat, že při zachování dané struktury jednotlivých forem sociální péče celkové náklady v letech příštích budou velmi výrazně narůstat.“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 20) Evropská unie se intenzivně zabývá dopady stárnutí obyvatelstva na ekonomiku, zaměstnanost a celou společnost. Podporuje aktivní stáří, celoživotní vzdělávání obyvatelstva, pozdější odchod do důchodu, aktivní upevňování zdraví, zdravý způsob života. Důraz klade na zabezpečení přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči a zajištění dostatku finančních prostředků pro zdravotnictví a sociální služby. Hudáková (2013, s. 18) doplňuje, že *„vláda v České republice stanovila ve svém programovém prohlášení (za jednu z priorit) cíl věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří.*“

Vzhledem k tomu, že přibývá velmi starých lidí, u kterých se projevují nemoci stáří, a snižuje se jejich soběstačnost, začíná se klást větší důraz na poskytování kvalitních zdravotních a sociálních služeb. *„V dlouhodobé společnosti potřebujeme nejen skvělé specialisty na jednotlivé choroby a odborné metody, ale také odborníky schopné kvalifikovaně posoudit zdravotní problémy, funkční stav atypických křehkých pacientů a optimalizovat spektrum i režim služeb, které jsou jim poskytovány.*“ (Čevela et al., 2014, s. 14) Ideální by bylo, kdyby senioři mohli v případě ztráty soběstačnosti po celou dobu zůstat doma v kruhu své rodiny. Rodinní příslušníci však někdy nemohou (důvodem mohou být časové, pracovní důvody, zdravotní komplikace seniora) nebo se nechtějí o svého blízkého postarat. Dalším faktem je, že zvyšováním dlouhověkosti a snižováním porodnosti ubývá *„potencionálního počtu lidí spojených příbuzenským vztahem, kteří by mohli na konci života poskytovat péči.*“ (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, s. 3) V případě, že se o nemocného či nesoběstačného

starého člověka nemůže postarat rodina v domácím prostředí, je umístěn do zdravotního či sociálního ústavního zařízení. V dnešní době přibývá těchto zařízení at' státních, či soukromých a začíná se dbát na kvalitu poskytovaných služeb. Jedním z úkolů speciálního pedagoga je vzdělávat rodinné pečovatele i personál v institucionálním zařízení, jak pečovat o nemocného seniora a jak rozvíjet nebo zachovat jeho stávající dovednosti.

Závěrem lze shrnout, že „počet osob ve věku nad 60 let se v celosvětovém měřítku bude významně zvyšovat a v období do roku 2050 vzroste trojnásobně: z 606 milionů na téměř 2 miliardy. Nárůst počtu osob ve věku nad 80 let bude zřejmě ještě výraznější: z 69 milionů v roce 2000 na 379 milionů v roce 2050, tedy na pětinásobek současného stavu.“ (Stloukal In: Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 18) Podle demografické prognózy, kterou zpracoval Český statistický úřad, bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku nad 85 let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Vývoj početní velikosti věkových skupin seniorů a počty obyvatel podle věkových skupin v letech 2009–2066 v České republice je znázorněn v příloze diplomové práce (graf 1, graf 2). Plodnost stále zůstává na nízké úrovni. Z toho vyplývá, že jde o velmi naléhavé téma. Podíl seniorů v populaci se bude i nadále zvyšovat a budou představovat velmi početnou skupinu obyvatel. Je třeba se na tuto situaci připravovat již nyní.

Tabulka 1:

věková skupina	2012			2017		
	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)
65 – 74 let	996 996	9,4	55,6	1 229 841	11,5	54,9
75 – 84 let	542 467	5,1	62,6	572 354	5,3	61,0
85+ let	160 900	1,5	71,4	201 607	1,9	69,6

Tabulka 2:

věková skupina	2025		
	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)
65 – 74 let	1 247 517	11,5	53,8
75 – 84 let	867 757	8,0	59,0
85+ let	245 602	2,3	67,9

3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

*„Jediné, co bude důležité, až odejdeme, budou stopy lásky,
které tu po nás zůstanou.“*

Albert Schweitzer

Stárnutí a stáří jsou součástí vývoje lidského života. *„Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájmech a oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu její existence.“* (Kalvach et al., 2004, s. 41) Definovat stáří a stárnutí je mnohem složitější. Čevela et al. (2014, s. 16) poukazují na to, že *„stáří a stárnutí jsou pojmy neujasněné a tím spíše pojednávány chybně – s mnohdy osudovými důsledky pro jednotlivce i pro společnost.“* Kdy se vlastně člověk pokládá za starého? Každý člověk je individualita a pocity stárnutí prožívá každý jinak. Někdo je tělesně i duševně zdatný do vysokého věku, někdo se cítí starý v mnohem mladším věku. Hezky to definoval T. G. Masaryk, který označil za starého člověka toho, kdo na sobě přestane pracovat.

Stárnutí je přechodnou vývojovou etapou mezi dospělostí a stářím. Čevela et al. (2014, s. 17) definovali stárnutí jako *„psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn, k nimž v organizmu a u organizmu dochází od dosažení sexuální dospělosti a s ní související vrcholné úrovně výkonnosti.“* Stárnutí je součástí ontogenetického vývoje. Hrozenská, Dvořáčková (2013, s. 12) specifikují proces stárnutí, který se vyznačuje funkčními a strukturálními změnami organizmu a *„poklesem schopností a výkonnosti jedince.“* Dochází tedy při něm k výraznějším chorobným změnám, poklesu zdatnosti, výkonnosti, odolnosti k zátěži a stresu. Jsou však rozdíly ve schopnostech a výkonnosti mezi seniory stejné věkové skupiny. Je to hodně ovlivněno jejich zdravotním stavem. Mění se i pohled společnosti na seniory. Počátkem 19. století byl považován za staršího člověka člověk kolem 40 let. *„Dnes se věková hranice posouvá směrem nahoru, což souvisí hlavně se změnami na úrovni somatické, psychické a sociální.“* (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 12)

Stárnutí je celoživotní proces, jejímž vyvrcholením je stáří. Je to proces individuální, u každého člověka probíhá stárnutí odlišným způsobem. Závisí to na několika faktorech, jako jsou dědičné předpoklady, prostředí, ve kterém žije, životním stylu, zdravotním stavu, duševním zdravím. (Mühlparchr, 2004) Návod, jak úspěšně stárnout, vyjádřil Šerák (2009) a shrnul to do čtyř písmen ROSA (Racionální postoj, Orientace na budoucnost, Sociální kontakty, Aktivity).

„Stáří je důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeně dlouhého života, která má své – v dané době a daném společenství obvyklé – charakteristiky týkající se fenotypu (vzhledu), funkčního stavu, biopsychologických parametrů (tzv. biologické stáří), sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení (tzv. sociální stáří), věku a naděje dalšího dožití (stáří kalendářní).“ (Čevela et al., 2014, s. 17–18) Mühlparchr (2004, s. 18) definuje stáří jako obecné označení *„pozdních fází ontogeneze. Je důsledkem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami). Je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají. Periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.“* Zjednodušeně Vágnerová (2007) nazývá stáří poslední etapou života, která přináší naplnění, nadhled, moudrost, ovšem i úbytek sil a změny. Stáří se projevuje úbytkem fyzických sil a sníženou výkonností. Klesá schopnost zapamatování a vybavování si. Snižuje se odolnost v zátěžových situacích a se zvyšujícím se věkem klesá schopnost adaptovat se na změny.

Přesné stanovení stáří podle věku je velmi obtížné. Základní rozdělení je na věk kalendářní, biologický a sociální.

Kalendářní věk (chronologický věk) je vymezen dosažením konkrétního věku. *„Odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu.“* (Hrozenká, Dvořáčková, 2013, s. 13) Vzhledem k neustále se zlepšujícímu zdravotnímu stavu populace a prodlužujícímu se věku dožití je obtížné přesně stanovit začátek stáří. Podle nejnovějších statistik se za počátek stáří považuje věk 65 let. V porovnání s minulostí

jsou dnešní senioři ve věku od 65 do 74 let na tom po stránce fyzické i psychické lépe než senioři před 30 lety.

Hrozenská, Dvořáčková (2013, s. 13–14) uvádějí toto dělení věku podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO):

- 0–14 let – dětský věk,
- 15–29 let – mladý věk,
- 30–44 let – dospělý věk,
- 45–59 let – střední nebo též zralý věk,
- 60–74 let – vyšší věk (presenium) nebo rané stáří,
- 75–89 let – stařecký věk (senium) vlastní stáří,
- 90 let a výše – dlouhověkost.

Jiné dělení uvádí Zavázalová (2001, s. 74) i Mühlpachr (2004, s. 21) :

- mladý senior 65–74 let, problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace,
- starý senior 75–84 let, problematika adaptace, tolerance, zátěže, osamělosti,
- velmi starý senior 85 let a více, problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Marie Vágnerová (2007) pracuje se dvěma kategoriemi seniorů, které označuje jako *rané stáří a pravé stáří*. Rané stáří představuje věk zhruba od 60 let a pravé stáří od 75 let.

Biologický (fyziologický) věk se definuje obtížně a nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Závisí na skutečném funkčním stavu organismu člověka po stránce biologické, psychologické a sociální. Haškovcová (2010, s. 25) definuje biologický věk jako „*skutečný nebo funkční věk*.“ Při zjišťování biologického věku se hodnotí pokles výkonnosti, tělesné změny, chování, paměť a další. Důležitým faktorem je, jak jedinec subjektivně vnímá svůj věk.

Sociální věk odpovídá věku odchodu do důchodu, tj. v rozmezí 60 až 65 let věku. Hrozenská, Dvořáčková (2013, s. 13) uvádějí, že sociální věk „*zahrnuje přítomnost, resp. nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.*“ Sociální věk nezávisí na biologických nebo psychologických faktorech. Jsou různé názory na stanovení hranice odchodu do důchodu. U seniora dochází ke změně životního stylu, potřeb, sociálních rolí. Mění se pohled společnosti na něj. Senior má najednou hodně volného času, který může věnovat své rodině, zálibám, cestování a sebevzdělávání. Čevela et al. (2014) upozorňují na nevýhody, které sociální věk přináší. Seniorovi se s odchodem do důchodu sníží životní úroveň, děti odejdou z rodiny, časté je ovdovění, ztráta motivace, sociální izolace. Psychická nepohoda může vést ke zhoršení zdravotního stavu.

Kalvach (2004) dělí seniory podle funkční zdatnosti následovně:

- Skupina zdatných seniorů – jsou ve velmi dobrém fyzickém i psychickém stavu a nepotřebují trvalou péči.
- Skupina nezávislých seniorů – jsou stále soběstační a nepotřebují pomoc. Preferují však klidnější životní styl bez velké fyzické námahy, nejsou již tak pohybliví.
- Skupina křehkých seniorů – obtížně zvládají každodenní aktivity (např. nákupy, domácnost). Hrozí u nich pády, zhoršují se kognitivní schopnosti a postupně se stávají závislými na pomoci rodiny nebo pečovatelské služby.
- Závislí senioři – mají závažná onemocnění nebo funkční omezení, nezvládají sebeobsluhu a jsou zcela závislí na rodině nebo na jiných pečujících osobách.

Z uvedeného vyplývá, že „*stárnutí může probíhat různým způsobem a stáří může nabývat variantních podob, na nichž se podílejí různé faktory (genetická dispozice, vlastní involuce, vlivy prostředí, životní způsob, psychické charakteristiky, choroby a úrazy).*“ (Čevela et al., 2014, s. 18) Proto by se měl hledat způsob úspěšného stárnutí, spokojeného aktivního stáří a vytvářet pro seniory vhodné podmínky. Je to jeden z hlavních úkolů zdravotní i sociální prevence. Je to výzva pro speciální pedagogy. Jedním z důvodů je i to, že roste počet seniorů, kteří se dožívají stále vyššího věku. Musí

se změnit pohled na stáří a přestat považovat stárnutí pouze za proces, kdy ubývají síly a který končí smrtí.

3.1 Změny v průběhu stárnutí

V průběhu stárnutí dochází k zhoršování tělesného a psychického stavu člověka. Průběh může být buď pozvolný, nebo náhlý. Ovlivňuje to řada faktorů, jako jsou genetické dispozice, způsob života, prostředí, ve kterém člověk žije, strava, zdravotní a duševní stav. Změny, ke kterým v průběhu stárnutí dochází, lze rozdělit do tří základních skupin: tělesné změny, psychické změny a sociální změny.

Tělesné změny – během stárnutí dochází ke zhoršování všech tělesných funkcí. Dochází ke snižování tělesné výšky z důvodu snížení meziobratlových chrupavčitých plotének. Hmotnost kolísá. Může dojít ke zvýšení hmotnosti z důvodu ukládání podkožního tuku, v pozdějším věku se častěji hmotnost snižuje v důsledku úbytku svalové hmoty a nedostatečné výživy. Dochází k ochabování svalstva, které zmenšuje svůj objem a ztrácí elasticitu. Poměr svalové hmoty a tuku je ovlivněný příjmem potravy, energetickým výdejem a případně tělesným cvičením. Častým tělesným projevem stárnutí jsou změny pohybového aparátu. (Kalvach, 2004) Dochází k řídnutí kostí, což má za následek časté zlomeniny. Chůze je pomalejší, zpomaluje se psychomotorické tempo, člověk má problémy se stabilitou. Špatný krevní oběh způsobuje potíže s udržením tělesné teploty. Činnost trávicího systému se zpomaluje. Vnějšími tělesnými znaky jsou stařecké vrásky, kožní skvrny, šedivé vlasy, náhrada zubů zubní protézou. Mění se smyslové vnímání. Horší se zrak (šedý či zelený zákal), projevuje se nedoslýchavost, hmat je lehce otupělý, v důsledku úbytku chuťových pohárků se mění chuť. Gruss (2009) poukazuje na souvislost mezi tělesnou činností a duševní aktivitou. Tělesná aktivita napomáhá lepší činnosti mozku.

Psychické změny – na tyto změny mají vliv sociokulturní a biologické faktory. V období stáří se projevují změny v poznávacích procesech, jako je paměť, pozornost, myšlení, vnímání. Tyto procesy umožňují člověku poznávat a orientovat se. Pokud má člověk snížené vnímání, může trpět pocitem nejistoty a úzkosti. U seniorů dochází k poruchám paměti. Dlouhodobá paměť je relativně dlouhou dobu zachována, zhorší se

zejména krátkodobá paměť. Proto se doporučují tréninky paměti, které pomáhají dobré činnosti mozku. Dalším projevem psychických změn je větší přecitlivělost, senioři jsou egocentričtí, náladoví, uzavírají se do sebe a tím se izolují od vnějšího okolí. Klesá u nich motivace. Někteří senioři naopak přehodnotí svůj dosavadní život a snaží se najít nový smysl. Podle Haškovcové (2010) se u starého člověka snižuje adaptační schopnost. Zpomaluje se vnímání a myšlení a zhoršuje se paměť. Starší člověk potřebuje více času na splnění úkolu, ale na druhou stranu může uplatnit životní zkušenosti. Mění se hodnoty od materiálních k duchovním. Při stárnutí dochází ke změnám mozku. Vágnerová (2007) uvádí, že typickým projevem stárnutí je úbytek mozkové tkáně neboli atrofie mozku. S přibývajícím věkem až dlouhověkostí proto stoupá počet lidí, kteří onemocní demencí. Tato nemoc začíná být velkým problémem. Žádá si včasnou diagnostiku, kvalifikovaný zdravotnický personál, dobře informované rodinné pečovatele a specializovaná ústavní zařízení se zvýšeným dohledem. Právě speciální pedagog je důležitý pro rozvoj tvůrčích schopností seniora a napomáhá k udržení dosud zachovalých dovedností.

Sociální změny – podle Vágnerové (2000) je pro seniory největší hodnotou zdraví a rodina. Hlavní sociální změnou pro seniora je odchod do důchodu a odchod dětí z rodiny. Dochází ke změně sociálního statusu, snižuje se příjem, mění se hodnotový systém. Těmito mezníky se senior dostává na rozcestí, kdy si může zvolit dvě cesty. Buď se přizpůsobí nové situaci a využije dostatek volného času pro své koníčky, sebevzdělávání, cestování, hlídání vnoučat, kulturu, sport. Nebo u něj dojde k sociální izolaci, starý člověk se cítí osamělý, přestává o sebe pečovat, ztrácí motivaci a projeví se to i na jeho zdraví. Odchodem do důchodu se mění sociální role, senior se stává ekonomicky závislý na společnosti a sociálních dávkách. (Vágnerová, 2007)

Ideálem je, když je senior relativně zdravý, jeho mysl není postižena demencí a má motivaci využít svůj potenciál k uspokojování potřeb, jako jsou koníčky, cestování, vzdělávání, rodina. Pokud tomu tak není, je na rodině, jak se bude ke svému blízkému chovat, podporovat ho, pečovat o něj, aby se necítil zbytečný.

3.2 Specifické potřeby seniorů

V poslední životní etapě člověka postupně dochází ke změnám fyzickým, psychickým a mění se i sociální role. Během stárnutí se u seniora mění potřeby a priority při jejich naplňování. Pichaud & Thureau (1998) uvádějí, že za potřebu lze považovat projev nedostatku něčeho, co jedinci chybí, nebo naopak čeho má nadbytek. Tento nedostatek či přebytek lze odstranit prostřednictvím naplnění potřeb. Během života se potřeby jedince mění. Mění se význam, zaměření a způsob uspokojování potřeb. V průběhu stáří se potřeby také mění. Může se stát, že naplněním jedné potřeby nastane deficit u jiné potřeby. Pocit bezpečí může starý člověk naplnit, když se z vlastní vůle přestěhuje do sociálního zařízení, ovšem naruší tím původní sociální vazby.

Senioři postupně ztrácejí schopnost uspokojovat všechny své potřeby. Může tak dojít ke snížení kvality života. V důsledku změn schopností, ke kterým u seniorů dochází, se mění způsob naplňování a uspokojování potřeb. Hlavními potřebami starých seniorů nakonec zůstávají ty základní, a to potřeby tělesné, potřeba pocitu jistoty a bezpečí. Jarošová (2006) upřesňuje, že hlavní jsou potřeby fyziologické a psychické.

Při stanovení potřeb seniorů se vychází z nejznámější teorie, která se zabývá hierarchií lidských potřeb. Vytvořil ji humanistický psycholog A. H. Maslow. Lidské potřeby jsou znázorněny v pomyslné pyramidě. Maslow tvrdí, že i částečné uspokojení níže umístěné základní potřeby, je podmínkou pro uplatnění vývojově vyššího stupně. Maslow rozděluje potřeby na vývojově nižší (základní) a vývojově vyšší, které se vztahují k růstu. Základními potřebami jsou fyziologická potřeba a potřeba bezpečí a jistoty. K vyšším potřebám řadíme potřeby sociální, psychické a estetické. Na nejvyšším stupni je potřeba růstu, seberealizace.

Na prvním stupni pyramidy jsou základní **fyziologické potřeby**. Pokud není uspokojena alespoň jedna z těchto potřeb, ovlivní to celkový stav jedince. (Jarošová, 2006) Mezi tyto potřeby patří potřeby potravy, tekutin, kyslíku, vyprazdňování, tepla, odpočinku, spánku, sexuální, estetické, hygienické. U seniorů je nejdůležitější potřeba pohodlí, tepla, vyprazdňování, potřeba být bez bolesti, potřeba spánku a odpočinku. Méně důležitá je pro ně potřeba tekutin, někdy potravy, dále potřeby estetické, sexuální

a hygienické. Těmto potřebám jedinec věnuje nejvíce času. Když nejsou tyto základní potřeby uspokojeny, nelze uspokojit potřeby na vyšším stupni.

Na druhém stupni je **potřeba bezpečí a jistoty**. Pro seniora je tato potřeba velmi důležitá, je dokonce důležitější než v předchozích letech. Staří lidé si uvědomují, že jim ubývají síly. Jsou více opatrní než dříve. Jejich obavy se týkají všech oblastí (fyzické, psychické, ekonomické, sociální). Mají obavu z pádů, bojí se o své zdraví, proto používají kompenzační pomůcky. Mají strach ze ztráty soběstačnosti a závislosti na jiných lidech. Mnoho seniorů ztrácí svého životního partnera, což vyvolává pocit nejistoty. Mají strach ze samoty, z budoucnosti. Jsou daleko více citově závislí na svém okolí. Starý člověk musí mít pocit, že někam patří. Je silně fixován na rodinu. (Vágnerová, 2007)

Na třetím stupni Maslowovy pyramidy je **potřeba lásky, komunikace a sounáležitosti**. Jsou to sociální potřeby, které souvisí s citovými vztahy. Potřebu lásky a sounáležitosti pociťují zejména osamělí senioři, kteří chtějí být součástí nějaké sociální skupiny. Nejedná se jen o potřebu lásku přijímat, ale i dávat. Uspokojování potřeby komunikace s přibývajícím věkem může být obtížné. U velmi starých lidí je komunikace často nesnadná a někdy až nemožná. Buď jsou staří lidé izolováni od okolí, nebo trpí různou formou demence a nejsou již schopni vyjádřit své myšlenky. Potřeba sounáležitosti se projevuje u mladších seniorů, kteří mají potřebu stýkat se s ostatními lidmi, navštěvují zájmové aktivity apod. U všech seniorů se zesiluje potřeba sounáležitosti se svou rodinou.

Čtvrtý stupeň pyramidy představuje **potřeba uznání a sebeúcty**. Tuto potřebu mají všichni lidé. Zvláště významná je u starých lidí, kteří potřebují mít pocit, že někam patří, že si jich někdo váží i přesto, že již nepracují a postupně ztrácejí soběstačnost a jsou závislí na rodině či jiných lidech. Rodina jim může poskytnout zázemí a dává jim pocit významnosti, (Vágnerová, 2007) Sebeúcta velmi úzce souvisí se soběstačností.

Na vrcholu pyramidy je **potřeba seberealizace**, která je spojena s naplněním smyslu života. Tato potřeba je aktuální u mladých seniorů, kteří přestali pracovat a mají ještě dostatek sil věnovat se svým zálibám, sebevzdělávání, péči o vnoučata, cestování. Někdy u starých lidí může být tato potřeba uspokojena pocitem uznání rodinou.

Vágnerová (2007, s. 346) doplňuje, že tato potřeba „*může být ve stáří hůře saturovaná a obvykle postupně klesá její význam.*“

Rapčíková (2007) doplnila tuto pyramidu potřeb ještě o potřebu duchovní. Staří lidé hledají smysl svého života, lásku k nejbližším, naději a někdy i odpuštění.

3.3 Etické uchopení zkoumaného problému

Obecně stáří vnímáme jako životní etapu člověka, která je spojena se ztrátou soběstačnosti, s nemocemi, bolestí, ztrátou výkonnosti a závislostí na svém okolí. Tento pohled na staré lidi vede ke ztrátě sebeúcty a ztrácí se i úcta k životu. Pro seniora je důležité, aby jeho život měl smysl, aby měl pro co žít. Seniori, kteří odcházejí do důchodu, mají ještě dost síly, aby se mohli věnovat svým zálibám, cestovat, sebevzdělávat se a věnovat se rodině a vnoučatům. Jsou však i ti, co po odchodu do důchodu ztrácejí motivaci, kontakty a dochází u nich k sociální izolaci.

Zdravotní a další problémy přicházejí zpravidla v období od 75 let věku, kdy se zhoršuje zdravotní stav, dochází k úbytku sil, ztrátě soběstačnosti. Tehdy se starý člověk stává závislým na pomoci svých nejbližších. Seniorovi je poskytována zdravotní péče, která je založena na etických principech. Lékař, zdravotní sestra, ostatní pomáhající profese i pečující osoba by měli konat dobro ve prospěch osoby, která potřebuje pomoc. Kořenek (2002, s. 26) uvádí, že „*dobro oceňujeme jako nejvyšší morální kategorii.*“ Autor definuje „*mravní dobro ve vztahu k člověku jako to, co je důstojné pro člověka.*“ (Tamtéž, s. 27) Další vlastností lidí v pomáhajících profesích, kam patří i speciální pedagog, by měla být spravedlnost. Rozumí se tím „*mravní požadavek, aby jednání bylo ve shodě s právem.*“ (Kořenek, 2002, s. 26)

Profesní život profesionálů i neprofesionálů v pomáhajících profesích by se měl vyznačovat základními ctnostmi, jako je moudrost, uměřenost a spravedlnost. Aristoteles „*jako nejvyšší ctnost mravní vidí spravedlnost, která v poměru k druhému člověku každému dává, co mu patří.*“ Autor uvádí názor dalšího filozofa Platóna, který „*chápe ctnost jako zdraví a krásu duše.*“ Další učenec Tomáš Akvinský „*označuje ctnost jako habitus (zevnějšek, nálada), který trvale zdokonaluje svého nositele v jeho konání.*“

Akvinský mezi základní mravní ctnosti řadí „*rozumnost, spravedlnost, statečnost, přiměřenost.*“ (Kořenek, 2002, s. 181)

Ten, kdo je ctnostný, je zdatný rozpoznat, co je dobré a co je zlé. Ctnost získáme jen životní praxí. „*Etika ctností je něčím více než morálkou dobrého úmyslu a neobejde se bez rozumu a dobré vůle. Úloha vůle spočívá v úsilí poznat a konat dobro.*“ (Kořenek, 2002, s. 182) Při řešení různých situací se musí pečovatel pomocí rozumu ptát, co je přiměřené. Například lékař musí konat ve shodě se svým svědomím a ve shodě s mravním řádem. Ctnosti formují jednání každého člověka. Pomáhající profese jsou založeny právě na ctnostech a jejich představitelé se neobejdou bez kvalitních morálních předpokladů. Díky těmto předpokladům mohou pečující osoby poskytnout starému člověku potřebnou péči a pomoc, která respektuje jeho autonomii, identitu, smysl života a účast na společenském životě. Někdy se stává, že se na seniora pohlíží jako na neperspektivního a bezcenného, což může vést ke lhostejnému a neosobnímu přístupu ke starému člověku. (Kalvach et al., 2004)

Záleží na společnosti, jaký si vytvoří mravní vztah ke starým lidem. Přesto je do značné míry v rukou každého z nás, jak zabráníme předčasnému stárnutí a jak budeme důstojně stárnout. V minulosti bylo stárnutí a stáří provázáno úctou a důstojností. „*Starší kultury vnímaly, že starý člověk má zkušenosti, dovede naslouchat, má hlubší uvažování, je moudrý.*“ (Nytrová, 2012, s. 94) V dnešní době jsou v popředí mladí lidé a staří jsou odsouváni na vedlejší kolej. Jsou však již první signály, které v souvislosti se stárnutím populace začínají řešit problémy spojené se stářím.

„*Goethe jednou řekl, že krásní mladí lidé jsou jen hříčkou přírody, zatímco každý starý člověk je dílem umělce. Mládí není žádnou zásluhou. Každý přece přichází na svět mladý, aniž pro to vůbec hne prstem. Ale dospět do vyššího věku a být někomu užitečný svou duší, svým srdcem, svými slovy, to je zázrak, o nějž stojí za to usilovat.*“ (Nytrová, 2012, s. 94)

Speciální pedagog by měl být nositelem ctností. Při práci se starými lidmi by měl umět naslouchat a respektovat ho jako svébytnou osobu. Měl by to být člověk, který je pokorný vůči životu i smrti, statečný, vyrovnaný, odpovědný a empatický. Měl by se vcítit do pocitů nemocného starého člověka a snažit se mu být nápomocen.

4 NEMOCI V OBDOBÍ STÁŘÍ

*„Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení,
od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.“*

Albert Schweitzer

„Populace seniorů je z hlediska zdravotního stavu heterogenní. Vyznačuje se vyšší celkovou morbiditou, především vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací.“ (Čevela et al., 2014, s. 33) Téměř 90 % osob nad 75 let trpí jednou či více chronickými chorobami. S přibývajícím věkem se mění spektrum nemocnosti. Dochází k nárůstu chronických degenerativních chorob, jako je osteoporóza, osteoartróza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby a postižení, demence, nádorová onemocnění. Často jde o kombinaci více chorob. Problémem ještě stále je *„nedostatečná diagnostika některých onemocnění a symptomů (deprese, demence, chronické infekce, osteoporóza, inkontinence).“* (Čevela et al., 2014, s. 33) K tomuto názoru se připojují i Hrozenková, Dvořáčková (2013, s. 32) a konstatují, že *„problémem geriatrické medicíny je stanovení přesné diagnózy.“* Důvodem může být získání úplné anamnézy od seniora. Mnohdy se o podrobnější informace musí lékař obrátit na rodinné příslušníky. Dalším problémem jsou nespecifické příznaky geriatrických pacientů, mezi něž patří závratě, poruchy chůze, inkontinence, dušnost a další. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013) Zde je vyšší riziko komplikací. Některé se úplně nevyléčí a přejdou do chronické formy. Autorky uvádějí, že vzhledem k tomu, že se onemocnění ve stáří vždy nevyléčí, je důležitější zlepšit kvalitu života pacienta. To se dá dosáhnout například úpravou stravy, cvičením či trénováním kognitivních funkcí.

Podle Čevely et al. (2014) patří k nejzávažnějším chorobám vyššího věku zejména:

- ateroskleróza – hlavní rizikové faktory jsou obezita, arteriální hypertenze, diabetes;
- mellitus, kouření;
- makulární degenerace sítnice;

- Alzheimerova nemoc;
- Parkinsonova nemoc;
- jiné formy demence;
- osteoartróza;
- sarkopenie (svalová atrofie a slabost);
- nedoslýchavost až hluchota;
- zlomeniny, nejčastěji krčku;
- nádorová onemocnění;
- cévní mozkové příhody.

U velmi starých seniorů se k fyzickým a vnitřním nemocem přidává velmi často demence, což přináší problémy v ošetrovatelské či domácí péči.

V této kapitole je třeba se zmínit také o geriatrické křehkosti. Čevela et al. (2014, s. 31) ji definuje takto: „*Geriatrická křehkost (frailty) je klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolemi, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytnosti a soběstačnosti daného člověka.*“ Na funkčním zdraví se mimo faktorů biologických a neurobiologických (morfoloických i funkčních) podílejí i faktory psychické (charakterové rysy, prožívání, očekávání, subjektivní spokojenost, motivace), sociální (podpora a osamělost), vůle, hodnotový systém i faktory prostředí ovlivňující soběstačnost seniora. Autoři (2014, s. 32) dále upřesňují, že „*geriatrická křehkost (frailty) je dána nízkou úrovní potenciálu zdraví – zdatnosti, odolnosti, adaptability.*“

J. Morleye et al. (2006) upozorňují na to, že je důležitá prevence a včasná intervence geriatrické křehkosti. Patří sem dodržení potřebného množství příjmu potravy či cvičení na posilování svalů zejména dolních končetin, což je důležité pro zachování stability a mobility seniora. Důležitá je motivace starého člověka, aby nedošlo k sociální izolaci. Speciální pedagog pomáhá, aby se senior necítil sociálně izolován, a zapojí ho do aktivit. Velkým problémem je léčení jakékoliv bolesti, především pohybového aparátu.

Pokud musí být starý nemocný člověk hospitalizován, měla by mu být poskytnuta odpovídající lékařská péče. Neméně důležité je také vstřícné prostředí ve zdravotnických

zařízeních, empatický zdravotnický personál, který naslouchá žádostem a potřebám seniorů a v neposlední řadě jde také o respektování a zvládnání snížených schopností seniora.

„Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, bude mít za následek narůstající požadavky na systém zdravotní péče.“ (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 35) Autorky dále uvádějí, že musí být kladen důraz na prevenci všech generací a podporovat péči o zdraví. Musíme zlepšovat zdravotní stav *„stárnoucí populace se zaměřením nejen na prodloužení střední délky života, ale i střední délky života bez zdravotního postižení.“* (Tamtéž, s. 35)

5 DEMENCE – NEMOC STOLETÍ

*„Musíte začít ztrácet paměť, třeba jen po kouskách,
abyste si uvědomili, že paměť je to, co tvoří váš život.
Život bez paměti není žádný život, stejně jako inteligence
bez možnosti vyjádření ve skutečnosti není inteligence. Naše
paměť je náš tmel, náš rozum, naše pocity, dokonce naše aktivita.
Bez ní nejsme nic.“*

Buñuel

Demenci je věnována celá jedna kapitola z důvodu, že je velkým problémem dnešní doby a je označována jako nevy léčitelná epidemie stáří. Jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, lidstvo stárne a přibývá velmi starých lidí, kteří trpí nejrůznějšími nemocemi a jednou z nich je demence.

„Pojem „demence pochází z latiny a doslova znamená „bez myslí“. Předpona „de“ znamená odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. (Buijssen, 2006, s. 13) U demence jde o poruchu pozornosti, paměti, vnímání, zhoršuje se řeč a porozumění. Kučerová (2006) to doplňuje o skutečnost, že v těžších stádiích demence postihuje celou osobnost, dochází nejen ke značnému zhoršení paměti, ale i ke ztrátě soběstačnosti. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje demenci jako *„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy při porušení mnoha vyšších nervových korových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, poznávání, počítání, schopnosti učení, jazyk, úsudek. Vědomí není zastřeno.“* (Kejklíčková, 2011, s. 60) Další autor označuje demenci za proces, při kterém dochází k poklesu intelektu, ovlivňuje kognitivní funkce a každodenní aktivity nemocného. (Höschel et al., 1999)

Jde tedy o získanou poruchu kognitivních funkcí, a to zejména paměti a intelektu. Člověk nemocný demencí se neorientuje místem, časem a osobou. Má narušené porozumění, řeč, chování, postupně ztrácí soběstačnost a mění se jeho osobnost. (Pidrman, 2007) Poruchy se u nemocného běžně projevují pozvolna, ale mohou mít

i dramatický vývoj. Dochází k postupnému úpadku, až se nakonec člověk s demencí stává plně závislým na svém okolí.

Téma diplomové práce se věnuje seniorům a jejich péči. Specifická je péče o seniory se syndromem demence. Podkapitola 2.1 se věnuje stárnutí populace. Jednou z příčin, proč se lidé dožívají stále vyššího věku, je kvalitní lékařská péče a zdravý životní styl. Stárnutí populace sebou nese řadu zdravotních, sociálních a ekonomických problémů. Demence patří k závažným zdravotním problémům. Je označována za nemoc 21. století. V roce 2000 onemocnělo v Evropě demencí 7,1 milionů osob. Do roku 2050 by jich mělo být kolem 16,2 milionů. (Kučerová, 2006) V dnešní době se této nemoci začíná věnovat zvýšená pozornost. Vznikají specializovaná zařízení se zvláštním režimem pro lidi s demencí. *„V České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován celkem na 100 000 osob. V populaci osob nad 65 let věku však již demencí trpí 5 % všech jedinců, v populaci nad 80 let věku je to 30-50% osob. Z tohoto počtu demencí je demencí u Alzheimerovy nemoci 50–65 %, vaskulárních demencí je 10–30 %.“* (Kučerová, 2006, s. 10)

5.1 Stupně demence a péče o lidi s demencí

Průběh nemoci lze rozdělit do tří fází. Autoři se liší v pojmenování těchto fází, ale projevy nemoci popisují obdobně.

Buijssen (2006) dělí stádia demence takto:

Fáze potřeby dohledu – člověk stále více zapomíná a snaží se tuto zapomnětlivost maskovat. Tím klame nejen své okolí, ale i sám sebe.

Fáze potřeby péče – člověk začíná mít velké problémy s pamětí. Přestává se orientovat v čase a prostoru. Ve vzpomínkách se vrací do minulosti.

Fáze potřeby ošetrovatelské péče – člověk se stává plně závislým na svém okolí. *„Už se nepoznává.“* Nakonec *„odchází schopnost usmívat se. Když už se neusmívá, pak smrt není daleko.“* (Buijssen, 2006, s. 57)

Jiráček (2009) uvádí jiné členění Alzheimerovy demence:

Lehká demence – nemocný se přestává věnovat denním aktivitám, dochází k poruchám paměti, orientace, nálady. Snaží se maskovat to, že zapomíná a že má problémy s tím spojené.

Střední demence – dochází ke zhoršování paměti ve všech složkách. Člověk se přestává orientovat v čase i v prostoru. Nedbá o svůj zevnějšek a začíná být závislý na svém okolí.

Těžká demence – Nemocný se stává plně závislý na svém okolí. Má velké poruchy paměti ve všech složkách. Přestává poznávat své okolí, své nejbližší.

U lidí postižených demencí je nejdůležitější rozpoznat první příznaky nemoci a vyhledat odborníka, se kterým se může poradit. Specialista předepíše léky, které jsou zejména v prvních dvou fázích účinné a mohou zmírnit projevy demence. Naše přední odbornice na Alzheimerovu nemoc docentka Holmerová (2009) apeluje na to, abychom s lidmi s demencí jednali s velkou trpělivostí, nespěchali, komunikovali i neverbálně, byli přívětiví a empatictí. Abychom respektovali člověka s demencí jako svébytnou lidskou bytost. Měli bychom ocenit to, co se člověku s demencí povedlo, podporovat ho. Zgola (2003, s. 11) uvádí, že *„součástí účinné péče je průběžné shromažďování informací.“ Patří sem „proces pozorování, získávání biografických informací a funkčních hodnocení, ke kterému by mělo docházet v průběhu péče.“* Důležité je shromažďování *„údajů o minulosti nemocného, jeho života a době, ve které žil,“* pokračuje dále autorka.

O nemocného člověka s demencí pečuje buď rodina, nebo profesionální pečující v institucionálním zařízení. Péče o člověka s demencí je zejména v pokročilém stádiu nemoci velmi náročná a vyčerpávající. Pečující osoba by měla být vlídná, empatická, fyzicky i psychicky odolná. Postižená osoba se postupně stává na svém pečujícím závislá. Proto by pečující osoba neměla zneužívat svého postavení a neprojevat nadřazenost. Postižený člověk spoléhá na své okolí a pečovatel by měl dát nemocnému pocit bezpečí a jeho vlastní cenu. *„Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. K takové péči může dojít jenom v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Pokud vznikne skutečný vztah, může se péče stát obohacující zkušeností.“* (Zgola, 2003, s. 15)

Holmerová (2009) poukazuje na to, že lidé s demencí mají velké problémy s pamětí a pečující by měl podporovat jeho paměť. Neměl by mu dát najevo, že je hloupý a ponižovat ho. Podporovat činnosti, které nemocný ještě zvládne. Zabránit sociální izolaci člověka s demencí. Pečující dbá na to, aby nedocházelo k pádům a úrazům nemocného.

Pečující osoba, ať je to rodinný pečující, nebo profesionál, by měla vycházet z historie člověka s demencí. Uvědomit si jeho vlastnosti a zvyky. Zgola (2003, s. 43) upozorňuje na to, že důležité pro efektivní péči jsou *„informace z osobní historie, dále informace týkající se osobnostních rysů, které do značné míry určují, jak bude osoba reagovat; informace vyplývající ze soustavného hodnocení kognitivních schopností a funkčního potenciálu, který se netýká jenom toho, co osoba může a nemůže dělat, ale také toho, jak využívá svých zachovaných schopností k činnosti a v čem je ztrátou schopností handicapována.“*

U lidí s demencí se může projevit neklid, úzkost či agresivita, poruchy spánku, útky z domu. Zvládání těchto projevů je pro pečující osobu velmi náročné zejména psychicky. Nejúčinnější je těmto projevům předcházet. Empatický pečující rozpozná, jaké má člověk s demencí návyky a snaží se dodržet denní režim, na jaký je nemocný zvyklý. *„Problematické chování naznačuje nedostatek souladu mezi potřebami osoby a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět. To je zdrojem stresových situací.“* (Zgola, 2003, s. 67)

5.2 Jak probíhá terapie u lidí s demencí

Efektivní terapie je účinná, pokud se včas stanoví správná diagnóza. Důležité je poskytnout informace o nemoci a možnostech léčby a zlepšit, nebo alespoň udržet po co nejdélší dobu uspokojivý funkční stav člověka s demencí. Účinná kognitivní terapie se stanoví podle typu, stupně a projevů demence. V první fázi demence je terapie zaměřena na udržení a podporování dosud zachovalých schopností. Provádí se trénink paměti, ergoterapie, reminiscenční terapie, psychoterapie a další. Ve středním a těžkém stádiu demence je terapie zaměřena na neverbální komunikaci a na stimulaci kognitivních funkcí. Jde o kognitivní rehabilitaci. Při terapii je účinné zapojit i osoby, se kterými je

nemocný ve styku. Jsou to rodina, známí, zdravotnický personál, terapeuti. Velmi důležitá je i péče poskytovaná pečujícími rodinám. Mohou využít respitní péči, kluby rodinných příslušníků osob s Alzheimerovou nemocí, psychologické poradny. (Neubauer, 2007)

U osob s demencí se používá kognitivní rehabilitace, která posiluje schopnosti a dovednosti, které pacientovi ještě zůstaly zachovány. (Holmerová, 2009) Musí se přizpůsobit stavu a schopnostem pacienta. Kognitivní rehabilitace představuje doplňování přísloví, rčení, říkanek, písniček, doplňování slov, protikladů, skládání obrázků, jednoduchých pexes. V poslední době má velký úspěch reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami nemocného. Různými podněty si člověk s demencí vybavuje události z minulosti. Díky této terapii si pacient déle pamatuje informace o rodině, známých, místě kde žil nebo žije. Některá zařízení zařídila jednu místnost nábytkem a předměty z doby mládí pacientů s demencí. Při reminiscenční terapii se zapojují všechny smysly (zrak, sluch, čich, hmat, chuť) „*Orientace v realitě je jedním z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci a jedním z mála, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy.*“ (Holmerová, 2009, s. 122) Terapie probíhá buď individuálně, nebo skupinově.

Další oblíbenou terapií používanou u osob s demencí je muzikoterapie. Napomáhá ke zlepšení psychického stavu člověka. Při muzikoterapii se provádějí relaxační a dechová cvičení při hudbě, různé činnosti se zpěvem, rytmická cvičení nebo se poslouchá hudba. Velmi oblíbená je taneční terapie. Holmerová (2009, s. 204) uvádí, že „*tanec se chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí, naopak se zdůrazňují faktory psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováha) a sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit).*“

Dalším používaným typem terapie u lidí s demencí je ergoterapie, která posiluje soběstačnost a sebeobsluhu nemocného. Patří sem malování, vytváření různých předmětů, mozaiky apod. Při ergoterapii se „*provádí nácvik všedních denních činností, výcvik komunikačních schopností a kognitivních funkcí v součinnosti s ostatními odborníky*“, mezi které patří i speciální pedagog. (Holmerová, 2009, s. 143) Cílem je zachovat co nejdéle soběstačnost a nezávislost pacienta. Právě speciální pedagog může

v rámci kognitivní rehabilitace přispět ke zlepšení nebo alespoň k udržení stávajících schopností člověka s demencí. Velkým úkolem speciálního pedagoga je vzbudit zájem o terapii, motivovat pacienta k činnosti.

Neméně důležitá je terapie zaměřená na rodinné pečující. Poradenství, vzdělávací programy a svépomocné skupiny pro pečující mohou oddálit institucionalizaci pacienta. Je potřebné věnovat pečujícím rodinným příslušníkům dostatečnou pozornost a spolupracovat s nimi, poskytovat jim potřebné informace, pomoc, podporu a respitní péči.

6 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY

*„Nechť každý usiluje v tom prostředí, v němž žije,
aby projevil svému bližnímu opravdovou lidskost,
na níž záleží budoucnost lidstva.“*

Albert Schweitzer

Pro seniora je nejdůležitější jeho rodina. Přeje si zůstat ve svém domácím prostředí obklopen svými nejbližšími až do konce života. Hrozenková, Dvořáčková (2013, s. 60) uvádějí, že „v české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina.“ Může se však stát a stává se, že se rodina nemůže, nebo dokonce nechce o svého starého příbuzného postarat. Důvodem může být špatný zdravotní stav seniora, který vyžaduje lékařskou péči, nedostatek finančních prostředků, špatné bytové podmínky anebo nezáměr o seniora.

Péče rodiny je upřednostňována před jinými formami péče. Hezky to vystihla Hilary Graham, která charakterizovala rodinnou péči takto: „Péče o starého člověka v rodině je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne.“ (Graham, In: Finch, Groves, et al, 1983, s. 16) Znamená to, že péče rodiny o seniora by se neměla omezit pouze na praktickou a nutnou péči, ale měla by pečovat s láskou a úctou. Domácí péče je pro seniora důležitá proto, že může zůstat ve svém domácím prostředí, pečuje o něj rodina nebo pracovníci sociálních služeb, které docházejí k němu domů. To má na starého člověka pozitivní vliv.

„Pro domácí péči je nezbytné, aby klinický stav seniora byl stabilizovaný, aby domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny.“ (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 60-61) Autorky dále specifikují úkoly domácí zdravotní péče, jako je ošetřování ran a dekubitů, odběry krve, měření tlaku, obstarání léků, poradenství, zapůjčení kompenzačních pomůcek, fyzioterapie. Většina standardních úkonů je hrazena ze zdravotního pojištění. Kromě zdravotní péče je poskytována péče sociální. Hrozenková, Dvořáčková (2013, s. 61) upřesňují, že „prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování,

pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.“ Čevela et al. (2014, s. 214) definuje dlouhodobou péči, kterou je i domácí péče, jako „*spektrum základních (ošetřovatelských), tak sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení dlouhodobě závislé na pomoci při základních každodenních činnostech, jako je přijímání potravy, hygiena, oblékání, používání toalety.*“ Autoři dále uvádějí, že zdravotní péče je poskytována formou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžkové péče a zdravotní péče v domácím prostředí. Bohužel současná situace v poskytování ambulantní geriatrické péče v ČR není příliš dobrá.

Sociální služby dělíme na terénní, ambulantní a pobytové. Podle aktuálního zdravotního stavu a míry závislosti seniora se vybírá konkrétní služba nebo forma péče. Jednou z nejrozšířenějších terénních služeb je pečovatelská služba. Čevela et al. (2014, s. 214) upřesňují, že sociální služby terénní hrají „*klíčovou roli.*“, protože umožňují seniorům zůstat ve svém domácím prostředí. Služby terénní jsou také podstatně levnější než služby pobytové. Pečovatelská služba zajišťuje základní životní potřeby seniora tak, aby mohl co nejdéle zůstat ve svém domově. Mezi ambulantní služby patří centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby. Nabízejí různé aktivizační programy, rozvoz klientů, zajišťují stravu. Do pobytových služeb řadíme týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, domovy se zvláštním režimem, pobytovou respitní péči. V domech s pečovatelskou službou je poskytována pečovatelská služba prostřednictvím pečovatelek. Domovy pro seniory poskytují pobytové služby lidem se sníženou soběstačností. V poslední době se zřizují domovy se zvláštním režimem pro klienty s demencí, zejména s Alzheimerovou demencí.

Jak uvádí Hrozenková, Dvořáčková (2013, s. 65), „*další službu, která je zaměřena na seniory, definuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §52, a to sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.*“ V těchto zařízeních se poskytuje péče klientům, kteří jsou propuštěni z nemocnice, ale jejich zdravotní stav ještě neumožňuje návrat do domácího či jiného zařízení sociálních služeb. Podle Čevely et al., (2014) má ošetřovatelská péče za úkol udržovat, podporovat a navrátit zdraví. Dalším

cílem péče je navrácení či zachování soběstačnosti klienta, hospicová péče o nevléčitelně nemocné včetně zmírnění jejich bolesti a důstojné umírání. Stále však chybí dostatek geriatrických oddělení, která se specializují na problematiku „*poruch zdraví ve stáří, jejich intervenci i prevenci včetně geriatrické křehkosti.*“ (Čevela et al., 2014, s. 213) Zde je třeba se zmínit, že v zařízeních zdravotních či sociálních je práce speciálního pedagoga velmi potřebná, neboť napomáhá obnovení či zachování dovedností seniorů.

Je nutno podotknout, že není zatím vyřešena problematika týraných a zanedbávaných seniorů a klientů, kterým hrozí sociální vyloučení. Dále je malá informovanost o tom, že existuje sociální poradenství, které je bezplatné a informuje seniory či jejich příbuzné o sociálních službách, o příspěvcích na péči, o další pomoci v hmotné nouzi. Odborné sociální poradenství dále informuje o možnostech zapůjčení kompenzačních pomůcek. Hrozenková, Dvořáčková (2013) uvádějí, že v České republice se při poskytování sociálních služeb musí dodržovat lidská práva, respektovat svobodná vůle seniorů, důstojnost a sociální začlenění.

7 HODNOTA VZTAHU RODINA A SENIOR

*„Člověka je třeba si vážit pro poklad, jež v sobě chrání,
jako si vážíme sami sebe.“*

Antoine de Saint-Exupery

„Rodina je nejstarší základní jednotka lidského společenství, jehož organickou součástí je i starší člověk.“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 46) Jak je uvedeno v předchozí kapitole, rodina hraje v životě seniora velmi důležitou roli. Historicky docházelo k proměně rodiny. Dříve žilo více generací rodiny pohromadě a péče o seniora byla samozřejmostí. Mladší generace se staraly o své starší příbuzné. V dnešní době žijí generace rodin většinou odděleně na různých místech. Tento model funguje v období raného stáří, kdy jedinec odchází do důchodu a má ještě dostatek sil, aby se mohl věnovat svým koníčkům, cestování, kultuře, vnučatům. Stává se také, že při odchodu do důchodu se mohou omezit sociální kontakty a člověk se může cítit sám, opuštěný. V dobře fungující rodině se děti postarají o své staré rodiče a senior se necítí zbytečný.

Další změnou, kterou může stáří přinést, je změna bydliště. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013) Staří lidé se stěhují z většího bytu do menšího bytu buď z důvodu ekonomického, nebo již nejsou schopni udržovat velkou domácnost. Každé stěhování do nového prostředí je zejména pro seniory stresující a může to způsobit následné zdravotní problémy. Hrozenská, Dvořáčková (2013) doplňují, že *„otázka vhodného bydlení pozitivně ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva vyšších věkových skupin, umožňuje staršímu člověku kontakt se společností, s rodinou, s přáteli a zajistí mu možnost zůstat i v nemoci v jemu blízkém prostředí.“*

Rodina má pro seniora zásadní význam. Hilary Graham (In: Finch, Groves, et al., 1983) vidí péči o staré rodiče jako neoddelitelnou a samozřejmou součást života každé rodiny. Rodina se přece musí postarat o svého člena, jenž s postupujícím věkem přichází o svou samostatnost a soběstačnost. Když může senior setrvat ve své rodině, má to pozitivní vliv na jeho psychické i fyzické zdraví a může se dožít i vyššího věku. Hezky to popsaly autorky Hrozenská, Dvořáčková (2013, s. 46): *„Každý starší člověk je rád, když ví, že je*

na světě někdo, kdo ho potřebuje a na koho se bude moci v těžkých situacích spolehnout.“ A tento pocit jistoty a bezpečí dává starému člověku především rodina, která hraje v životě seniora významnou roli. Zejména rodina pomáhá staršímu a starému člověku vyrovnat se se změnami, které daný věk přináší. V průběhu stárnutí člověk postupně ztrácí fyzické síly, stává se závislým na svém okolí, což může způsobit psychické problémy. Senior se cítí neužitečný, zbytečný, omezují se i sociální kontakty, což může vést až k sociální izolaci.

V rodině jde o mezigenerační vztahy, přičemž *„vztahy mezi dospělými a jejich rodiči jsou odlišné od ostatních typů sociálních vazeb kvůli jejich dlouhé společné historii a vyvíjející se povaze vztahu od dětství přes dospělost.“* (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 47) V dnešní době se lidé středního věku starají o dospívající děti a zároveň o stárnoucí rodiče. Je to časově, fyzicky, psychicky i finančně náročné. Rodina často řeší otázku společného bydlení se svými starými rodiči. Senior si přeje co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí, dokud nebude potřebovat intenzivní pomoc. Pokud je nucen změnit prostředí, je to pro starého člověka velmi náročné. Dlouho se adaptuje v novém prostředí, těžko se přizpůsobuje jinému režimu a zvyklostem. Senioři většinou odmítají institucionální zařízení z důvodu, že v nich chybí *„opravdovost lidských vztahů, prověřených a zocelených v bouřích života.“* (Haškovcová, 1989, s. 187)

Nemělo by se zapomenout ani na starší lidi, kteří jsou bezdětní, osamělí, na okraji společnosti nebo ti, o které se rodina nechce starat. V takových případech se musí o tyto občany postarat stát a nabídnout jim odpovídající sociální služby. Tyto služby využívají i senioři, kteří sice mají rodinu, ale ona se o ně nemůže nebo nechce starat. Důvody, proč se o starého příbuzného nemůže postarat, mohou být například vážný zdravotní stav seniora, který vyžaduje intenzivní lékařskou a ošetrovatelskou péči, dalším důvodem může být nepříznivá finanční situace rodiny, bytové podmínky, špatný zdravotní stav pečující osoby. Rodina často řeší otázku ztráty výhodného zaměstnání v důsledku péče o starého příbuzného. Specifickou skupinu tvoří rodiny, kde se o seniora nechtějí postarat buď z nezájmu o něj, ze špatně fungující rodiny, nebo z obavy ztráty svého pohodlí.

Péče o nemocného seniora je pro pečující členy rodiny velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky. Péči vykonávají zdarma a mohou mít pocit, že je tato práce nedoceněna.

U starých lidí se mohou projevovat různé psychické poruchy, jsou podezíraví, někdy až agresivní a pečující má pocit, že senior není s jeho péčí spokojen. I v takových případech je třeba zachovat úctu, pochopení a trpělivost. Nejdůležitější vlastností pečující osoby je empatie. Pečující by měl jednat se starým člověkem jako sobě rovným, poskytnout mu nezbytnou péči, ale i podporu, lásku a potřebnou míru samostatnosti. Důležité je chtít se starat o starého příbuzného. Jarošová (2004, s. 190) uvádí, že *„za optimální způsob péče o seniora je považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí, za současné podpory a péče jeho rodiny.“*

Z etického hlediska *„smyslem morálky je kultivovaný, hodnotový, zdařilý život jednotlivce i společnosti spočívající v dobrém soužití a čistém svědomí.“* (Čevela et al., 2014, s. 218) Kvalita života ve stáří může být velmi rozdílná. Pro někoho je naplněním života. Někdo se domnívá, že sociální rolí stáří je být bez role. Je důležité, aby stárnoucí člověk nacházel smysl života, a k tomu mu může být nápomocna milující rodina.

7.1 Doprovázení rodiny umírajícího

„Jeden velký okamžik prožitý v závěru našeho života může dát zpětně smysl celému našemu životu.“

V. E. Frankl

Rodina má zásadní význam v péči o seniora, ale neodmyslitelná je její přítomnost i v posledních dnech a hodinách života starého příbuzného. Člověk by měl umírat v kruhu svých nejbližších. Bohužel ještě v současnosti většina lidí umírá v institucionálním zařízení, lidé jsou často opuštěni, bez porozumění a empatie ošetrovatelského personálu, chybí zde lidský kontakt. Stejně jako se člověk nerodí sám, neměl by sám umírat.

Smrt se týká každého z nás a může přijít kdykoliv. Na smrt nejsme nikdy připraveni. Smrti se bojíme, odmítáme ji a máme strach z umírání. Smrt a umírání je jedno ze základních lidských témat. Smrt patří k člověku, patří k životu. *„Má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží – právě jako k němu náleží osudovost a smrt. Teprve utrpení a smrt činí lidskou existenci úplnou.“* (Frankl, 2006, s. 79) Jedna z nejtěžších otázek je otázka života a smrti. Naše přední

odbornice na thanatologii prof. Helena Haškovcová definovala smrt jako „*zánik organismu jako celku, trvalé, nezvratné poškození všeho dění – přirozený důsledek života.*“ (1975, s. 31)

Umíráním a smrtí se zabývá multidisciplinární věda thanatologie, kterou definuje Haškovcová (2000, s. 273) jako obor, který „*představuje interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti.*“ Jinou definici uvádí Psychologický slovník: „*Thanatologie (thanatology) je nauka o psychologických a lékařských aspektech smrti a umírání.*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 597)

Dle Haškovcové (2000) je proces umírání rozdělen na tři časové úseky: pre finem, in finem a post finem. Období pre finem může být velmi dlouhé. V tomto stádiu je snaha dosáhnout zlepšení stavu nebo zmírnit obtíže nemocného. Etický problém v tomto období tkví ve způsobu informovanosti nemocného i jeho rodiny. „*V současné době se již neřeší otázka, zda nemocnému sdělit pravdu, ale řeší se kdo, kdy, kde a jak.*“ (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 54) Autorky dále upřesňují, že „*je třeba velmi uvážlivě zvažovat kdy, ve které fázi onemocnění je nejvhodnější nemocnému říci pravdu a informovat ho o nevléčitelnosti jeho choroby. Kdo je tou nejvhodnější osobou pro sdělení tak vážné a nepříznivé informace, zdali ošetřující lékař, kněz, sestra, rodinný příslušník, psycholog. Kde je nejvhodnější prostředí pro sdělení této nepříznivé zprávy? Jakým způsobem sdělovat nemocnému informaci o skutečnosti, že je smrtelně nemocen?*“ (Tamtéž, s. 54) Při sdělení pravdy pacient i jeho rodina nejprve odmítají pravdu, nevěří ji. V další fázi hledají viníka a postupně dochází ke smíření a hledání možností zlepšení zdravotního i psychického stavu pacienta. Nemocní mají rovněž právo nebýt informováni, když je to jejich přání. V období in finem jde o umírání v pravém slova smyslu. Člověk může umírat buď doma v kruhu svých nejbližších, nebo v institucionálním zařízení. V domácím prostředí o umírajícího pečuje rodina. V dnešní době rodina využívá i pomoci domácí péče, kdy do domácnosti dochází zdravotní sestra a pomáhá v ošetřování nemocného. Dobře funguje i domácí hospicová péče, která poskytuje nejen ošetrovatelskou péči, ale i psychologickou pomoc pacientovi a jeho rodině. Bohužel ještě mnoho lidí umírá v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, kde je jim sice poskytnuta potřebná profesionální lékařská a ošetrovatelská péče, ale chybí zde lidský přístup, který je pro

umírajícího důležitý. Současná medicína je na tak vysoké úrovni, že přesto, že je smrt neodvratná, používá všech metod a technik, které smrt oddalují. Nemocní mohou odmítnout tento postup léčby, která je již zbytečná a lékaři nejsou povinni ji zahájit. Taková léčba může být v tomto případě ukončena, ale nikdy se nesmí ukončit péče. Posledním stádiem je období post finem. Tato fáze zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé. Haškovcová (2000) spatřuje z etického hlediska problém volby vhodného místa pro povinný klid zemřelého, zda má být o samotě nebo v pokoji s ostatními. Dalším citlivým etickým tématem je otázka, jak sdělit příbuzným zprávu o úmrtí příbuzného.

V průběhu života se každý z nás musí vyrovnat s různými ztrátami, ke kterým patří i smrt blízkého člověka. Právě smíření je velmi důležité. (Nytrová, 2012) Autorka dále uvádí, že pro rodinné příslušníky není lehké vzdát se blízké osoby a nechat ji odejít na druhý břeh. Musí se naučit tento fakt přijmout, naučit se pracovat se svými city a moci tak nabídnout umírajícímu pomocnou ruku v jeho nelehké životní situaci. Velmi důležitý je dialog mezi umírajícím, rodinou i profesionály. „*Dialog je rozhovor mezi dvěma nebo více osobami. Je nezbytné naslouchat druhému – ne jen prosazovat svůj názor.*“ (Nytrová, Pikálková, 2007, s. 151–152) Umírající člověk někdy nechce o smrti hovořit, protože se jí bojí. Mnozí však začínají o smrti hovořit, když už se smrt blíží. Potřebují, aby jim někdo naslouchal, aby mohli s někým sdílet své pocity a prožitky. Někteří příbuzní se o smrti se svým blízkým nemocným bojí mluvit, protože se domnívají, že nemocného utvrzují, že zemře a jiná volba není. Umírající potřebuje čas, aby mohl před koncem svého života dokončit vše, co nestihl, setkat se a rozloučit se svými blízkými a někdy i vzájemně narovnat křivdy, kterých se v životě obě strany dopustili. Hezky to vystihl psycholog V. E. Frankl slovy: „*Duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze až do posledního dechu vzít, mu také až do posledního dechu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně.*“ (2006, s. 78)

Každý umírající potřebuje oporu druhého člověka, zejména svých rodinných příslušníků. Někteří chtějí být v posledních chvílích sami. Podporu potřebuje nejen umírající, ale i jeho rodina. Takovou oporu může poskytnout lékař, zdravotní sestra, psycholog, kněz. Jsou to lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích a jsou vybaveni odpovídajícími ctnostmi. Měli by to být lidé, kteří jsou pokorní vůči životu i smrti,

stateční, vyrovnaní, odpovědní a empatictí. Autorky Nytrová, Pikálková (2007, s. 89) doplňují: „*Lidé, kteří se realizují v pomáhajících profesích (lékaři, zdravotníci, učitelé apod.) se setkávají s něčím, co výrazně patří k životu, tedy s utrpením, s bolestí.*“ Dále pokračují „*Občas vzniká mylný dojem, jakoby utrpení ani do dnešní doby nepatřilo.*“ Kořenek uvádí, že „*ctnosti jsou samy o sobě součástí dobrého života, nejsou jen nástrojem k jeho dosažení. Skutečná ctnost přetváří člověka tím, že mu poskytuje duševní rovnováhu a dává mu tím i určité charisma.*“ (Kořenek, 2004, s. 152)

7.2 Odpovědnost, lidskost, naslouchání

Starší lidé potřebují k životu kromě základních potřeb také lásku svých nejbližších. Potřebují si s někým povídat, mít pocit, že jsou ještě užiteční. Jednou z důležitých vlastností pečujících rodinných příslušníků, profesionálních pečujících, ale i ostatních pracovníků v pomáhajících profesích, kam patří i speciální pedagog, je naslouchání. Jaro Křivohlavý ve své předmluvě ke knize Zapomenuté umění naslouchat píše: „*Když zažijeme to, že nám někdo skutečně naslouchá, pak máme pocit, jako by nám ze srdce spadlo břemeno. Cítíme, jako by nás přestalo bolet to, co nás trápilo.*“ (Nichols, 2005, s. 3) Když však člověk nemá někoho, „*komu by se mohl svěřit s tím, co ho trápí*“, je to pro něj zlé, pokračuje dále autor. Mluvení a naslouchání je v lidském vztahu velmi důležité. Starý člověk se cítí osamělý a potřebuje si popovídat s rodinou o tom, co ho trápí, bolí, z čeho má strach. Je důležité, aby ten, kdo naslouchá, projevil velkou míru empatie, udělal si čas a byl zde alespoň chvíli pro toho druhého. Měl by se snažit starému člověku porozumět, „*vcítit se (empatií) do jeho situace a snažit se ho pochopit, porozumět mu, ale i mu pomoci.*“ (předmluva Jaro Křivohlavý, Nichols, 2005, s. 4). Naslouchat by měli i zástupci pomáhajících profesí jako jsou lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, speciální pedagogové a ostatní terapeuti a další, kteří se dostávají do kontaktu se seniory v ambulancích nebo institucionálních zařízeních. Kelnarová, Matějková dodávají, že „*povolání zdravotníků vyžaduje, aby empatií, ochotou nezištně pomáhat druhým hořeli. Zdravotníci ve styku s nemocnými lidmi (ať chtějí anebo nechťejí, slovem, beze slov anebo činy) sdělují pacientům určitou míru vážnosti, úctu i pokoru.*“ (2009, s. 20)

Praxe je však taková, že tito profesionálové přistupují často ke klientovi neosobně, nemají čas věnovat mu větší pozornost, než je nutné, nebo nemají o pacienta zájem. *„Etika všech zdravotníků vychází ze vztahu. Ze vztahu mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje, ale i pečuje v situacích bez veškeré naděje na záchranu života, a tím, jenž se mu svěřuje ve své nouzi a ve svém utrpení a který mu věří. Člověka je nutno vždy respektovat v jeho celosti, ve všech vzájemně provázaných dimenzích.“* (Munzarová, 2005, s. 12)

Další etickou kategorií je odpovědnost. Lékaři, sestry a ostatní pečující nesou odpovědnost za člověka, o kterého pečují. Měli by pečovat o každého člověka bez rozdílu v souladu se zásadami lidskosti. Zachovávat důstojnost každého jedince. Lékař musí chránit zdraví a život a mírnit utrpení pacienta. *„V Etickém kodexu České lékařské komory, platného od 1. 1. 1996, je jednání podle vlastního svědomí opakovaně zmiňováno zcela explicitně: § 2 (5): Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.“* (Munzarová, 2005, s. 59) Každý se nakonec musí rozhodnout sám a nést za své rozhodnutí odpovědnost. Je však třeba, aby rozhodnutí byla opřena o zodpovědnost, postavenou na dokonalé odbornosti. Odpovědnost lékaře udržovat jedince při životě všemi dostupnými prostředky je diskutabilní. *„Pokouší-li se však medicína vytrhnout člověka z procesu umírání, měla by přitom vědět, co se zde ještě nazývá životem.“* (Rotter, 1999, s. 98) Další autorka předkládá otázku, *„zda má člověk mravní povinnost udržovat život za každou cenu.“* (Munzarová, 2005, s. 129). Dnes se shodují odborníci i laická veřejnost, že pokud by byla léčba již zbytečná, může ji pacient odmítnout a lékaři nejsou povinni takovou léčbu zahájit. Je však nutno zdůraznit, že nesmí být nikdy ukončena péče o nemocného, a to formou paliativní léčby.

V péči o seniory je důležitý lidský přístup ze strany pečujících. Staří lidé postupně ztrácejí soběstačnost a stávají se závislými na svém okolí. O seniora se stará buď rodina, nebo jsou umístěni do institucionálního zařízení. V institucionálních zařízeních pečují lékaři, sestry a ošetřovatelé *„o tyto nemocné na základě vysoce ceněného etického principu – solidarity s nejslabšími ve společnosti.“* (Kořenek, 2002, s. 149) Přesto se stává, že v důsledku nedostatku času nebo nízkého počtu personálu nemají na pacienta

dostatek času, porozumění a trpělivosti. Péče o seniory, zejména o nemocné seniory v domácím prostředí je velmi náročná. „*Takový nemocný člověk si váží svého domácího prostředí a je závislý na své ošetřovatelce či pečovatelce, která nesmí tuto závislost nemocného zneužít.*“ (Kořenek, 2002, s. 149) Senior se postupně stává závislý nejen fyzicky, ale i emocionálně. Zgola doplňuje, že nesoběstačný „*člověk spoléhá v každém okamžiku na své okolí a na lidi, kteří mu poskytují zpětnou vazbu týkající se pocitu bezpečí a jejich vlastní ceny.*“ (2003, s. 15) Pečovatel by neměl zneužít svého postavení a snižovat lidskou důstojnost starého člověka. V případě vážně nemocných nebo osob postižených demencí je péče velmi náročná. Nemocní se mohou chovat agresivně, podezíravě, neustále opakovat žádosti či samovolně utíkat z domu. To je pro pečující osoby velmi náročné zejména psychicky. Někdy musí bojovat sami se vztekem, ale musí mít vždy na paměti, že nemocný za to vlastně nemůže, a snažit se najít vhodné řešení. Zgola, která se věnuje právě lidem postižených demencí, to vystihla následovně: „*Každé setkání při pomoci někomu, kdo bojuje s nemocí, nás může leccemu naučit. V důsledku situace, ke které dochází v průběhu péče, můžeme najít další dimenzi člověka, o něhož pečujeme, a můžeme najít také další dimenzi v sobě samých.*“ (2003, s. 12)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 PÉČE O SENIORY V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Praktická část organicky navazuje na část teoretickou a některé pohledy na souvislosti z teoretické části jsou potom vhodnou formou aplikovány v části praktické. V úvodu praktické části se diplomantka věnuje obecně léčebným dlouhodobě nemocným a v podkapitole 8.2 specifikuje konkrétní léčebnu dlouhodobě nemocných, Kliniku Na Košíku v Praze, kde prováděla průzkum. Nad rámec této diplomové práce je zkoumání i v jiných léčebnách.

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení, která patří mezi odborné léčebné ústavy, a většina pacientů sem přichází z nemocnic na doléčení. Jsou mezistupněm mezi hospitalizací a následnými sociálními službami či domácí péčí. Provozovatelem může být stát, obec, fyzická, či právnická osoba. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou buď součástí nemocnic, nebo jsou samostatným subjektem. Řídí se Zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Převážnou většinou pacientů léčeben dlouhodobě nemocných jsou staří senioři, jejichž nemoc již nevyžaduje pobyt v nemocnici, ale jejichž zdravotní stav zatím nedovoluje propuštění do domácí péče. Přicházejí sem i lidé, kteří jsou v domácím, nebo v sociálním zařízení, ale došlo u nich ke zhoršení zdravotního stavu.

Většina léčeben má dvou, tří i čtyřlůžkové pokoje. Rekonstruované, nebo nově otevřené léčebny dlouhodobé péče nabízejí i nadstandardní jednolůžkové pokoje. Pracuje zde tým odborníků lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, terapeutů a sociální pracovníce. Mezi lékaři jsou zejména internisti, všeobecní lékaři a v ideálním případě i lékaři z oboru geriatric. Bohužel v těchto zařízeních chybí psycholog či psychoterapeut,

který je velmi potřebný u těžce nemocných pacientů a jejich rodin. Velmi důležitou skupinou je ošetrovatelský personál, kterého je v léčebnách nedostatek, často bývají nekvalifikovaní a jsou na ně kladeny vysoké nároky. Ošetrovatelská péče by měla být zaměřena na individuální potřeby každého pacienta. Zahrnuje kromě nezbytné zdravotní péče také zajištění hygieny, příjem tekutin a potravy, polohování, aby nevznikaly dekubity. Neméně důležitý je lidský přístup k nemocnému, zjišťování jeho potřeb tělesných i duševních. Hlavním úkolem celého týmu odborníků je udržení a zlepšení kvality života pacientů do takové míry, aby se mohli vrátit do svého domácího prostředí, nebo zařízení sociálních služeb. Nezbytná je práce i sociální pracovníce v léčebně dlouhodobě nemocných. Její náplní je kontakt s nemocným i jeho rodinou. Informuje je o možnostech příspěvků na péči, dalších sociálních příspěvcích, kompenzačních pomůckách, vyřizování důchodů, případně pohřbu.

Pacient je umístěn do léčebny dlouhodobě nemocných. Nikdo z pacientů nesmí pobývat v zařízení bez svého písemného souhlasu nebo souhlasu svých zákonných zástupců. Klient může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat. Léčebny vedou zdravotnickou dokumentaci pacientů včetně jeho ošetrovatelské dokumentace. Nemocný, pokud jeho zdravotní stav dovolí, se může volně pohybovat po zařízení. O používání omezovacích prostředků, jako jsou postranice u postelí, fixace, kurtování a psychofarmaka, rozhoduje lékař.

Soukromí nemocného v léčebně dlouhodobě nemocných je chráněno Listinou základních práv a svobod, kde čl. 7 zaručuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí a čl. 10 garantuje právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Dle Zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů jsou chráněna osobní data nemocných. Pacienti jsou v léčebnách dlouhodobě nemocných umístěováni s ohledem na momentální situaci. Pokud dojde k nevyhovujícímu obsazení pokoje, snaží se personál po uvolnění jiného lůžka nemocného přestěhovat. Personál musí na přání pacienta regulovat teplo, světlo, větrání, noční klid. Některé léčebny umožňují, aby pacient mohl používat své civilní oblečení, nabízejí praní. Jiné léčebny ještě stále trvají na ústavním oblečení. Rozdílná jsou i pravidla přijímání návštěv pacientů. V některých léčebnách je doba návštěv přesně určena, v jiných umožňují návštěvy téměř nepřetržitě.

Návštěvy jsou buď na pokojích, nebo ve společenských prostorách. Léčebny se snaží umožnit rodině umírajícího být s ním 24 hodin denně. Hlavním cílem léčeben dlouhodobě nemocných je kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče. Neméně důležitá je rehabilitace a návrat soběstačnosti klienta, aby se mohl v ideálním případě vrátit do svého domácího prostředí.

8.1 Pomáhající profese v LDN

Zdravotní péče o seniory „*se od ostatních oborů medicíny odlišuje komplexnějším přístupem, potřebou koordinované týmové péče (interdisciplinární lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační) a akceptováním zdravotně sociální povahy onemocnění v séniu.*“ (Hudáková, 2013, s. 22) Kalvach a kol. (2004) uvádí, že cílem péče je udržet dobré zdraví seniora včasnou diagnostikou a následnou léčbou nemoci. Németh a kol. (2009) doplňuje, že ke zlepšení kvality života přispívá dosažení funkční schopnosti a soběstačnosti pacienta. Németh et al. (2009) i Kalvach et al. (2004) uvádějí, že pro velkou část seniorů je typická křehkost. U části seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti jako důsledku zdravotních potíží. Pokud nemoc nevyžaduje odbornou lékařskou péči a je v silách rodiny se o seniora starat, může nemocný zůstat ve svém rodinném prostředí. V opačném případě je umístěn do nemocničního zařízení a poté do léčebny dlouhodobé péče. „*Nezbytnou součástí léčby stařecké křehkosti jsou ošetrovatelské intervence ve smyslu zvyšování soběstačnosti pacienta, používání kompenzačních pomůcek a dlouhodobé fyzioterapie s cílem zlepšení pohybových možností seniora.*“ (Hudáková, 2013, s. 22) O komplexní péči pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných se stará tým odborníků, mezi něž patří lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé, fyzioterapeuti, speciální pedagog, ergoterapeut, sociální pracovník, případně psycholog a logoped. Hudáková (2013, s. 26) tvrdí, že „*optimální je vytváření multidisciplinárního týmu. Ty by se měly skládat především z odborníků geriatric, ošetrovatelství, ergoterapie, fyzioterapie, sociální práce – s integrováním dílčích poznatků do celku, v procesu označovaném jako týmová geriatrická kooperace.*“ V poslední době se v modernějších léčebnách dlouhodobě nemocných uplatňuje i speciální pedagog a logoped. Právě speciální pedagog

rozvíjí u seniorů tvůrčí schopnosti. Nemocní senioři potřebují i jiné aktivity než jen zdravotnickou péči.

Všechny tyto profese řadíme mezi pomáhající profese. *„Pomáhající povolání představuje poměrně široký soubor nejrůznějších vlastností a kompetencí, které se odrážejí v bezprostředním vztahu k práci s lidmi.“* (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 125) Osoba vykonávající pomáhající profesi řeší nejrůznější otázky, které souvisejí se vztahem k nemoci, k životu i smrti. Pomáhající pracovník je v kontaktu s lidmi, kteří jsou v těžké životní situaci. Měl by dodržovat určité zásady. Ke klientům zachovávat úctu, důstojnost a práva. Ke každému klientovi přistupovat individuálně, nemít předsudky, umožnit účast pacienta na rozhodování. Podporovat a rozvíjet soběstačnost nemocného, brát ohled na jeho momentální stav. Nikdy by neměl klienta ponižovat, urážet, podceňovat. Jeden z hlavních předpokladů pomáhajících profesí je empatie. Krátká a Šilháková (2008, s. 70) doplňují: *„Naslouchání jako základní předpoklad empatie (vcítění se do pocitů, jednání a problémů klienta s cílem lépe pochopit jeho situaci) je pojátkem, jehož kvalita, vstřícnost a racionální zainteresovanost výsledně pozitivně či negativně poznamená efekt sociální práce i souvisejících integračních snah.“* Jinými slovy základními předpoklady, aby osoba v pomáhající profesi vykonávala svoji práci úspěšně, jsou odpovědnost, porozumění, obětavost a empatie. Důvodem, proč si člověk vybere pomáhající profesi, může být potřeba nebo touha léčit, ovšem může to být i touha po moci a nadřazenosti. Někteří tuto práci vykonávají jen proto, že nemají jinou pracovní nabídku.

U pomáhajících profesí se může projevit syndrom vyhoření. *„Jde o soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu.“* (Krátká, Šilháková, 2008, s. 68) Téměř u každého pracovníka v pomáhající profesi se tento syndrom projevuje v různé míře. Příčinou jsou nároky fyzické i psychické, které jsou na zaměstnance kladeny v každodenním kontaktu s nemocnými. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou nadšení z práce, vyhýbání se kontaktům s klienty, ztrátou zájmu o potřeby nemocných, častější absence, někdy i agresivita vůči pacientům. Pracovník nenachází smysl své práce, není schopný reagovat na potřeby klienta, je vyčerpaný, depresivní.

Syndrom vyhoření nevzniká okamžitě, ale vyvíjí se buď postupně, nebo v cyklech. Při postupném vývoji nakonec pracovník opouští své zaměstnání. Při vývoji v cyklech se střídá období pasivity a bezvýchodnosti s obdobím opětovné chuti do práce. Syndrom vyhoření se projevuje v prostředí, kde není věnována pozornost potřebám personálu, kde není zajištěno odborné zaškolení a další profesní vzdělávání, kde chybí supervize, kde nejsou dobré vztahy mezi spolupracovníky, kde nefunguje spolupráce vedení se zaměstnanci. Předcházení syndromu vyhoření je možné docílit odborným zaškolením a dalším rozvojem, jasným definováním náplně práce pomáhajících profesí a jejich kompetencí, možností se poradit s odborníky, průběžnou supervizí, snížením pracovních úvazků, zvýšením počtu zaměstnanců, kombinováním přímé práce s klienty s jinou činností, ale také zlepšením platových podmínek.

Specifická je práce osob v pomáhajících profesích se starými lidmi. Setkávají se s utrpením a smrtí seniorů. Má to ale i své pozitivní stránky. Jsou obohaceni moudrostí, vděkem a někdy i humorem a nadhledem starých lidí. Při péči o seniory jsou pomáhající osoby vystaveny stresovým faktorům, mezi které patří fyzicky náročná práce, málo času na jednotlivé pacienty, jejich možná zranění, zhoršení zdravotního stavu, bolest a utrpení a zejména úmrtí klientů. Nejsou výjimkou ani konflikty s rodinami seniorů nebo nezáměr rodiny o svého příbuzného, dále nespokojenost klientů nebo jejich rodin, neocenění práce rovněž ze strany klientů a rodin. Další stresující faktory jsou špatné vztahy na pracovišti, nízké platové ohodnocení a nedostatečná podpora od zaměstnavatele.

Krátká a Šilháková (2008, s. 71) uvádějí, že *„každý pracovník angažovaný v pomáhající profesi by měl mít na paměti Základní komunikační práva člověka, tj. právo říci svůj názor, právo vyžadovat informace, právo vyžadovat pozornost, právo nesusouhlasit s názorem, právo na slušné zacházení, právo přiměřeného prostředí, právo odpustit si chyby, právo vyžadovat respekt, právo opakovat informace, právo dostat srozumitelné informace a právo utvořit si a získat srozumitelný závěr.“*

V průzkumu se bude diplomantka podrobně věnovat jednotlivým pomáhajícím profesím v léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku a bude analyzovat úlohu speciálního pedagoga.

8.2 Vymezení cíle a stanovení výzkumných otázek

Cílem praktické části diplomové práce je metodou kvalitativního průzkumu ukázat možnosti péče o nemocné seniory a zhodnotit úroveň poskytované péče v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných. Zjistit, jak si konkrétní léčebna poradí s lidmi s demencí. Zda tuto péči může poskytovat jakékoliv ústavní zařízení, nebo je nutné specializované zařízení se zvláštním režimem. Analyzovat úlohu pomáhajících profesí v ústavním zařízení. Práce odpoví na otázky, jakou roli hraje rodina nemocného, zda může pomoci ke zlepšení jeho stavu. Dílčím cílem je ověřit, zda profesi speciálního pedagoga lze uplatnit v léčebně dlouhodobě nemocných.

Výzkumná část této diplomové práce má charakter kvalitativního průzkumu. K dosažení cíle byly stanoveny výzkumné otázky, které jsou vyvozeny z teoretických podkladů této diplomové práce.

Výzkumná otázka č. 1:

Jak si konkrétní léčebna poradí s lidmi s demencí a zda tuto péči může poskytovat jakékoliv ústavní zařízení, nebo je nutné specializované zařízení se zvláštním režimem?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaká je úloha speciálního pedagoga v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných?

Výzkumná otázka č. 3:

Jakou roli hraje rodina při léčbě starého člověka?

Výzkumná otázka č. 4:

Je v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných dodržován etický kodex ze strany lékařů, zdravotníků, terapeutů a dalších pracovníků?

8.3 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu

Výzkumný vzorek představují pacienti v léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku v Praze, rodinní příslušníci těchto klientů, ředitelka léčebny a zaměstnanci léčebny (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, speciální pedagog). Hlavním výstupem praktické části je kvalitativní průzkum, při kterém „*se zkoumají lidé a situace v přirozeném prostředí, které se často mění.*“ (Skutil a kol., 2011, s. 72) Je použita metoda nestrukturovaného rozhovoru, pozorování a případová studie.

U nestrukturovaného rozhovoru jde o přirozenou komunikaci mezi lidmi. Představuje otázky a odpovědi. Tazatel předem ví, kam směřovat otázky a jaké chce získat informace. Gavora (2009, s. 183) doplňuje: „*Tazatel se může volně vracet k nejasným nebo zajímavým bodům ve výpovědi respondenta.*“ Další autor uvádí, že při rozhovoru na sebe vzájemně působí tazatel a dotazovaný. (Skutil a kol., 2011) Výhodou interview je, že dojde k přímému kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným, je tam velká volnost při kladení otázek, tazatel může otázky doplňovat, vysvětlit, pozorovat i neverbální komunikaci a hlouběji proniknout do postojů dotazovaného. Nevýhodou interview je časová náročnost, zaznamenávání odpovědí je obtížné, výzkumný vzorek představuje menší počet respondentů a získané informace odpovídají kvalitě dotazovaného ale i tazatele. Další nevýhodou je, že rozhovor nepřináší velké množství materiálu pro zpracování.

Další výzkumnou metodou je pozorování. „*Pozorování je výzkumnou metodou tehdy, je-li záměrné, cílevědomé, plánovité, systematické a řízené.*“ (Skutil a kol., 2011, s. 101) Pozorováním se sleduje činnost lidí či objektů, činnost se zaznamenává, poté analyzuje a vyhodnocuje. Výzkumník předem určí koho nebo co a jak bude pozorovat. Při pozorování pozorovatel nezasahuje do reálné situace. Výhodou této metody je, že není příliš nákladná a je přirozená. Pozorováním získáme velké množství kvantitativních údajů. Nevýhodou je náročnost na přípravu, časová náročnost, odbornost pozorovatele a nižší objektivita z důvodu subjektivního vnímání pozorovatelem.

Hendl (2005) popisuje případovou studii jako „*detailed study of one case or several cases. It is about the complexity of the case, the description of the relationships in their totality.*“ (Skutil a kol., 2011, s. 108–109) Výhodou případové studie je získání

komplexního názoru na zkoumané otázky a výsledky slouží k porozumění podobných případů. Nevýhodou je, že výsledky nemají obecnou platnost, výsledky mohou být zkreslené z důvodu osobní zaujatosti výzkumníka. Tato metoda je náročná na přípravu.

Vzhledem k tomu, že budeme pracovat s osobními údaji, budeme se řídit Zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. „*Tento zákon v souladu s právem Evropských společenství, 1) mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána, 1a) a k naplnění práva každého na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromí upravuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů a stanoví podmínky, za nichž se uskutečňuje předání osobních údajů do jiných států.*“

8.4 Časová organizace průzkumu

Výzkumné šetření probíhalo ve třech etapách.

1. etapa – přípravná probíhala v časovém období od června 2014 do prosince 2014. Tato fáze představovala studium odborné literatury a přípravu na vlastní průzkum.

2. etapa – realizační probíhala od ledna 2015 do března 2015 v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných. V průběhu této etapy byl proveden sběr dat metodou pozorování klientů, rodinných příslušníků, zaměstnanců a prostředí. Byly provedeny nestandardizované rozhovory s pacientem, rodinným příslušníkem, ředitelkou léčebny, lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelem a speciálním pedagogem. V této etapě byl detailně zkoumán jeden klient a z výsledků byla zpracována případová studie.

3. etapa – zpracování a interpretace výsledků proběhla v období duben – květen 2015. Data, která byla získána v průzkumu, byla zpracována, analyzována a slovně vyhodnocena.

8.5 Vlastní šetření a výsledky průzkumu

Diplomantka prováděla průzkum na neurologicko-rehabilitační Klinice Na Košíku, Tesaříkova 4/1028, Praha 10. Jde o nestátní léčebnu dlouhodobě nemocných, ve které diplomantka několik let pracuje. Léčí zde pacienty po zlomeninách, cévních

mozkových příhodách, pacienti s onkologickou diagnózou a jsou zde i klienti s různými formami demence.

Patrová budova kliniky je umístěna uprostřed velké zahrady. Všechny prostory jsou moderně a vkusně zařízeny. Kapacita zařízení je 52 lůžek. Klinika nabízí pokoje jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové a čtyřlůžkové. Na pokojích jsou moderní polohovací postele, noční stolky, šatní skříně, stůl s křesílky a televize. Polovina pokojů má vlastní koupelnu. Na chodbách jsou dvě velké koupelny a toalety. V přízemí se nachází menší kuchyně a jídelna, rehabilitační místnost a místnost, kde pracuje speciální pedagog. K dispozici jsou invalidní vozíky, různé typy chodítek, francouzské hole, hůlky a další rehabilitační pomůcky.

Klinika je na vysoké odborné úrovni jak po stránce personálu, vybavení, tak i po stránce lidského přístupu k pacientům a rodinným příslušníkům. Zařízení poskytuje ošetrovatelskou péči, ale nabízí i rehabilitační péči všem klientům, kteří přišli z nemocnice nebo z domácího prostředí na doléčení a navrácení soběstačnosti. V léčebně jsou i lidé s různými formami demence. Je zde poskytována také podpora a pomoc pečujícím osobám. Nezastupitelnou úlohu zde má i speciální pedagog.

Na klinice pracuje tým odborných lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, speciální pedagog, fyzioterapeuti a ergoterapeut. Terapeuti poskytují klientům jak individuální terapie, tak společná cvičení. Velmi žádaná je práce speciální pedagožky, která pracuje zejména s lidmi s demencí a po cévních mozkových příhodách.

8.5.1 Pozorování

Pozorování bylo prováděno v léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku, Tesaříkova 4/1028, Praha 10 v období od ledna 2015 do března 2015 v pracovní dny od 8:00 do 16:30.

Pozorovaným vzorkem byli: lékaři – pozorování č. 1

zdravotní sestry – pozorování č. 2

ošetrovatelé – pozorování č. 3

fyzioterapeuti – pozorování č. 4

ergoterapeutka – pozorování č. 5

speciální pedagožka – pozorování č. 6

Pozorování č. 1

Pozorování diplomantkou bylo prováděno u lékařů na Klinice Na Košíku v Praze. V tomto zařízení pracuje celkem 7 lékařů v oboru interna, kardiologie, anesteziologie, hematologie, chirurgie a rehabilitace. Do zařízení dochází na žádost lékaři z oboru neurologie, psychiatrie, psychologie, geriatricie, ortopedie, zubní technik, klinická logopedka. Lékařská služba je zde 24 hodin denně. Lékaři pracují na denní a noční směny. Při příchodu do práce lékař projde všechny chorobopisy a zjistí od vrchní sestry aktuální stav pacientů, případně okamžitě řeší akutní stav klienta. V průběhu dopoledne obejde všechny pokoje a u každého pacienta provede vizitu. Při pozorování bylo zjištěno, že lékaři mají velmi lidský přístup ke klientům. Vždy se jich zeptají, jak se jim daří a co je trápí. Dochází zde i k fyzickému kontaktu, kdy lékař vezme pacienta za ruku a naslouchá mu. Přesto po odchodu lékaře mají klienti někdy pocit, že jim lékař věnuje málo času a v podstatě se nic nevyřeší. Po vizitě lékař píše u každého pacienta denní hlášení, upravuje medikaci. V případě, že se u některého klienta radikálně zhorší zdravotní stav, navrhne odvoz do nemocnice. To vždy konzultuje s rodinou. Pokud se stane, že u pacienta spěje život k jeho konci, informuje průběžně rodinu, která může kdykoliv přijít a dokonce může u lůžka svého příbuzného setrvat ve dne, v noci, až do jeho konce. Když přijde na návštěvu rodina a chce mluvit s lékařem, je vždy na pracovišti a ochotně podá příbuzným informace o aktuálním stavu jejich příbuzného.

Pro lékaře je práce s nemocnými seniory velmi psychicky náročná a vyčerpávající.

Pozorování č. 2

Toto pozorování bylo prováděno u zdravotních sester. Pracuje zde jedna vrchní sestra a 7 zdravotních sester. Sestry pracují na dvě směny. Denní směna začíná v 7:00 a končí v 19:00 hodin. Noční směna je od 19:00 do 7:00 hodin. Klinika má přízemí a 1. patro. Na denní směně pracuje na každém patře jedna sestra a 2 ošetřovatelé. Na noční směně je pro obě patra jedna sestra a 2 ošetřovatelé. Po příchodu do práce si sestra přečte denní hlášení a obejde všechny pacienty. Odebere krev a připraví na odvoz do

laboratoře. Před snídaní rozdává léky a dohlédne, aby je klient spolkl. V době snídaní pomáhá ošetřovatelům s krmením pacientů, kteří to sami nezvládnou. Po snídaní provádí běžné denní úkony, jako je měření tlaku, převazy ran, ošetření dekubitů, příprava pacienta na odjezd na vyšetření do nemocnice, příprava pacienta na ukončení pobytu a odvoz domů nebo do jiného zařízení včetně dokumentace, léků, kompenzačních pomůcek. Každý pacient má na ruce elektronický zvonek a v případě, že něco potřebuje, zazvoní. Sestry i ošetřovatelé mají kontrolní zařízení, které jim signalizuje, když některý klient zvoní. Poté se snaží co nejdříve jít za pacientem a zjistit, co potřebuje. Při pozorování diplomantka viděla, že ne vždy může sestra nebo oba ošetřovatelé okamžitě přijít a klient to potom vnímá negativně. V poledne sestra pomáhá ošetřovatelům s krmením. Kolem jedné hodiny ošetřovatelé přebalují inkontinentní pacienty. Sestra chodí s nimi a ošetřuje rány a dekubity. Sestra i ošetřovatelé polohují ležící pacienty. Během odpoledne dohlíží na chod oddělení, připravuje hlášení pro noční službu. Práce na oddělení je velmi náročná, někteří pacienti vzhledem ke stáří nebo vážné nemoci potřebují celodenní péči. Na zdravotních sestrách je patrná únava, někdy nespokojenost a signály vyhoření. Od 19:00 hodin začíná službu noční sestra, která převezme od denní sestry hlášení. Ve večerních hodinách obejde všechny pacienty, rozdává léky a v případě, že klient zazvoní v kteroukoliv noční hodinu, jde mu ona nebo ošetřovatel pomoci. Vzhledem k tomu, že někteří pacienti s demencí bývají v noci neklidní, chodí za nimi jak ošetřovatelé, tak zdravotní sestra. Tehdy je na nich vidět vyčerpání a bezmocnost, jak těmto lidem pomoci a vyhovět.

Pozorování č. 3

Pozorování bylo prováděno u ošetřovatelů. Na Klinice Na Košíku pracuje celkem 12 ošetřovatelů, z toho 6 ošetřovatelek a 6 ošetřovatelů. Denní směna je od 7:00 do 19:00 hodin a noční směna od 19:00 do 7:00 hodin. Klinika má přízemí a 1. patro. Na denní směně pracuje na každém patře jedna sestra a 2 ošetřovatelé. Na noční směně je pro obě patra jedna sestra a 2 ošetřovatelé. Ráno po příchodu do práce se seznámí s aktuálním stavem pacientů. Obejdou všechny klienty, provedou s nimi ranní hygienu a připraví je na snídaní. Některé přesunou do křesílka, některé posadí v posteli. Zajistí, aby se

neumazali při jídle. Vždy pacienta hezky pozdraví a promluví s ním pár slov. Od 8 hodin jsou snídane. Ošetřovatelé krmí pouze pacienty, kteří jsou nesoběstační, a sami se již nenají. Tam, kde to ještě jde, se snaží podporovat klienta v soběstačnosti. To se týká také oblékání a přesunu do křesla. Když skončí snídane, začnou pacienty koupat. Celkem vykoupou během dopoledne na každém patře 2 ošetřovatelé 8 až 10 lidí. Každý klient se koupe 2x týdně. Je zde individuální přístup. Ošetřovatelé respektují, pokud se chce některý klient koupat častěji nebo v jinou denní dobu. Během koupání sestra nebo druhý ošetřovatel převlékne postel a připraví čisté oblečení. Koupání je nejnamáhavější práce z celého dne. Někteří pacienti jsou velmi těžcí nebo nepohybliví, což je při manipulaci pro ošetřovatele velmi namáhavé a často si stěžují na bolesti zad. Diplomantka hodnotí pozitivně, že na klinice pracuje hodně mužů ošetřovatelů, kteří si lépe poradí s přesuny těchto pacientů. Ošetřovatelé se snaží i během koupání reagovat na zvonky pacientů, kteří něco potřebují, ale je to časově náročné. Proto jim během koupání pomáhá zdravotní sestra, která chodí k těmto pacientům. Koupání trvá celé dopoledne, a tak nemají ošetřovatelé příliš času si trochu odpočinout. Před obědem ošetřovatelé přesunou klienty do křesílek, nebo je posadí v posteli. Během oběda krmí nesoběstačné pacienty. Poté mají od 12:30 do 13:00 polední pauzu na oběd. Po svém obědě si nestačí ani odpočinout a jdou přebalovat všechny inkontinentní pacienty. Při této činnosti se snaží zachovávat důstojnost každého klienta. Po provedení hygieny nastává klidnější část dne. Postarají se o svačiny a večeře, kdy opět krmí nesoběstačné pacienty. Během celého dne dohlízejí na pitný režim všech klientů, chodí za nimi, když zazvoní a snaží se jim vyhovět. Neodmyslitelnou součástí jejich práce je polohování ležících pacientů. Noční služba zajistí večerní hygienu, připraví klienty ke spánku, v případě potřeby doprovodí na toaletu nebo přebalí a během celé noci chodí za pacienty, kteří zazvoní. Na ošetřovatelích i ošetřovatelkách, kteří tuto práci vykonávají dlouhou dobu, je někdy patrná špatná nálada nebo malý zájem. Ošetřovatelský personál, který v léčebně pracuje jeden až dva roky, a zejména muži, mají ještě nadšení a snaží se vnášet mezi pacienty radost a humor.

Pozorování č. 4

Pozorování bylo prováděno u fyzioterapeutů. Klinika Na Košíku je sice léčebnou dlouhodobě nemocných, přesto jde o kliniku neurologicko-rehabilitační. Z toho plyne, že se zaměřuje nejen na doléčení pacientů, ale i na jejich intenzivní rehabilitaci. Na klinice jsou 4 stálí fyzioterapeuti, kteří pracují od pondělí do pátku. Z toho 2 terapeuti jsou zde od 7:30 do 16:00 hodin a 2 terapeuti od 8:30 do 17:00 hodin. Kromě stálých terapeutů na kliniku chodí i vysokoškolští studenti v oboru fyzioterapie, kteří zajišťují rehabilitaci i o víkendech. To je velkou předností tohoto zařízení. Většina léčeben nabízí minimální možnost rehabilitace nebo žádnou a v rehabilitačních ústavech o víkendech většinou rehabilitace není. Každý terapeut má přidělených 6 až 8 klientů (závisí to na denním počtu terapeutů), kterým se intenzivně věnuje několikrát denně. Terapie se skládá z rehabilitačního cvičení na lůžku, nácvik chůze několikrát denně ve vysokém nebo nízkém chodítku, případně o francouzských holích a nakonec bez nich a chůze po schodech. Dvakrát denně probíhají v rehabilitační místnosti skupinová cvičení, z toho odpolední cvičení je určené pro lidi po cévních mozkových příhodách. Terapeuti i někteří mladší pacienti za nevýhodu považují, že klinika nenabízí jiné možnosti rehabilitace, jako jsou různé stroje na posílení svalů, hybnosti končetin, koupele nebo bazén. Volba pomůcek vychází z toho, že většina pacientů je starších 80 let. Každý terapeut se snaží o to, aby se pacient stal soběstačným a nemusel ze zařízení odjíždět na vozíčku. Někdy lze pozorovat určitou nadřazenost terapeuta nad klientem, a to v okamžicích, kdy terapeut klientovi říká již poněkolkáté, co má při chůzi či cvičení dělat a pacient si to nepamatuje nebo nevykoná. To se však tak často nestává. Naopak většina terapeutů je na klienty milá, povídá si s nimi a pomůžou jim, když něco potřebují. Naslouchání a komunikace je velmi důležitá a terapeut tím, že tráví s klientem více času, může ho vyslechnout na rozdíl od ošetřovatelů a sester, kteří času mají méně. Při pozorování bylo znát, že pacienti mají terapeuty rádi a chválí je u svých rodin.

Pozorování č. 5

Pozorování bylo prováděno u ergoterapeutky. V léčebně dlouhodobě nemocných pracuje jedna ergoterapeutka v pracovní dny od 8:30 do 17:00 hodin. Její hlavní náplní je posilování soběstačnosti a nácvik sebeobsluhy. Vzhledem k tomu, že jde o neurologicko-rehabilitační kliniku, zaměřuje se ergoterapeutka také na rehabilitaci jemné motoriky horních končetin, která bývá zejména u lidí po cévních mozkových příhodách či u lidí postižených Parkinsonovou chorobou poškozena. Každý den pracuje v průměru s 10 klienty. Cvičení provádí na pokojích pacientů. Využívá také samostatné místnosti. V této místnosti se střídají se speciální pedagožkou a není dostatečně vybavena ergoterapeutickými pomůckami. Ergoterapeutka při terapii s klienty hodně komunikuje. Některé to motivuje, jiní potřebují při cvičení klid. Vzhledem k tomu, že na klinice je hodně pacientů s lehkou či těžší demencí, procvičuje s nimi kognitivní funkce a nácvik sebeobsluhy (jídlo, pití, oblékání, hygiena, přesun z postele na vozík). Snaží se je motivovat k činnosti, protože právě tito lidé již nemají chuť cokoli dělat. Rukodělné činnosti, jako je malování či vyrábění předmětů z různých materiálů, s klienty neprovádí. Při pozorování bylo zjištěno, že klinika nemá ergoterapeutickou místnost, kde by si klienti mohli nacvičit například vaření, šití, žehlení a další denní činnosti.

Pozorování č. 6

Pozorování bylo prováděno u speciální pedagožky. V léčebně dlouhodobě nemocných pracuje jedna speciální pedagožka v pracovní dny od 8:00 do 16:30 hodin. Pracuje s lidmi se syndromem demence a s lidmi po cévních mozkových příhodách. Denně pracuje s 12 až 15 klienty. Většina z nich je po cévních mozkových příhodách s různou poruchou řeči (afázie, dysartrie), poruchou dýchání, poruchou psaní, čtení, porozumění. Pod dohledem klinické logopedky, která na kliniku dochází, procvičuje s těmito pacienty řeč, čtení, psaní, orofaciální cviky, dechová cvičení, procvičování artikulace. Vzhledem k tomu, že často bývá poškozeno i porozumění, provádí cvičení na porozumění. Podobné úkoly dává i lidem s demencí. Pro každého klienta vybírá úkoly individuálně dle stupně demence. S každým klientem pracuje přibližně 30 minut. U těžších pacientů je délka soustředění kratší, takže pedagožka vede terapii třeba jen

15 minut. Při terapii si s každým pacientem povídá i o tom, co ho trápí nebo co by si přál. Jak bylo při pozorování patrné, klienti tyto rozhovory kladně hodnotí a pomáhají jim. U lidí s demencí posiluje kognitivní funkce a provádí s nimi kognitivní rehabilitaci (trénink paměti, posilování porozumění), dále reminiscenční terapii, která je u klientů velmi oblíbená. Občas vede i skupinovou terapii. Pedagožka byla stále dobře naladěna a to přenášela i na své pacienty. Diplomantka si všimla, že si členové rodiny uvědomují, jak speciální pedagožka rozvíjí psychickou stránku jejich nemocných, zlepšuje jejich motivaci, probouzí chuť k životu a dává motivaci.

Pozorování č. 7

Pozorování bylo prováděno u pacientů a jejich rodinných příslušníků. Na klinice jsou lidé převážně ve věku 80+ s různými nemocemi. Nejčastěji jsou po zlomenině krčku, cévních mozkových příhodách, infarktu, s onkologickým onemocněním, na doléčení ran, dekubitů nebo pro posílení soběstačnosti a pohyblivosti. Většinou přicházejí z nemocnic, výjimečně z domácího prostředí. Vzhledem k vysokému věku se u minimálně poloviny pacientů projevuje různý stupeň demence. Lidé s těžší demencí se sem dostanou buď z důvodu, že rodina již péči nezvládá a čeká na místo ve specializovaném zařízení, nebo si to rodina nechce připustit a čeká, že se zde stav jejich příbuzného zlepší. Diplomantka viděla v zařízení pacienty, kteří měli zájem o cvičení, neměli velké nároky na ošetřovatele a snažili se spolupracovat. Vyskytli se i tzv. „problematičtí“ pacienti, kteří často vyžadovali příchod ošetřovatele a domáhali se nejrůznějších služeb (sednout, lehnout, pít, jít na toaletu, vstát apod.) Nejsou to neoprávněné požadavky, ale když je pacient vysloví několikrát během půl hodiny a některé opakovaně, je to pro personál psychicky i časově náročné. Mnoho klientů naopak vyjadřovalo spokojenost. Chválili personál i prostředí kliniky. Méně spokojeni byli se stravou, kterou dostávají 5x denně. Po odchodu lékaře někteří pacienti konstatovali, že se nic nedozvěděli a že tam byl lékař velmi krátkou dobu. Další problémy nastaly v některých pokojích, kde se pacienti neshodli v požadavku na pouštění televize. Pokud vznikly velké spory mezi pacienty na pokoji, po konzultaci s rodinou vedení kliniky navrhlo přestěhování na jiný pokoj. Většina pacientů si přeje jít co nejdříve domů, někteří si však uvědomují ztrátu své soběstačnosti a uvažují

o sociálním zařízení. Lidé se mohou scházet při snídaních, obědech, v kavárně a při společném cvičení. Při hezkém počasí se setkávají na zahradě a tato socializace má na ně pozitivní vliv.

Rodinní příslušníci přicházejí za svými příbuznými téměř denně na návštěvu. Mohou přijít kdykoliv a pobýt zde jak dlouho chtějí. U vážně nemocných bývají i v noci. Rodinní příslušníci jsou spokojeni s péčí a líbí se jim i prostředí kliniky. Chválí velmi lidský a srdečný přístup všech zaměstnanců. Vyzdvihují kvalitní rehabilitace a kladně hodnotí práci speciální pedagožky, která pomáhá jejich nemocným příbuzným rozvíjet schopnosti a dovednosti, nebo je alespoň udržovat. Pokud se vyskytne spor, paní ředitelka to s rodinou nemocného okamžitě vyřeší. Diplomantka zde viděla i případy, kdy příbuzní s pacientem řešili majetkové spory a pacient se tím trápil, což vedlo ke zhoršení zdravotního stavu. Ve většině případů diplomantka při pozorování viděla, že příbuzní se o svého nemocného seniora zajímali, pečovali o něj a dávali mu lásku. To se pak kladně odrazilo na zdraví pacienta.

8.5.2 Rozhovory

Diplomantka vedla rozhovory s ředitelkou léčebny dlouhodobě nemocných, s lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelem, speciální pedagožkou, pacientem a rodinným příslušníkem. Diplomantka pracovala s respondenty variabilně. Kladla otázky vždy několika respondentům s tím, že dle potřeby obměňovala typy profesí, které oslovovala.

Jak si konkrétní léčebna poradí s lidmi s demencí a zda tuto péči může poskytovat jakékoliv ústavní zařízení, nebo je nutné specializované zařízení se zvláštním režimem?

Jsou na Vaší klinice pacienti s demencí a kolik? Doplňující otázka: Proč jsou v léčebně dlouhodobě nemocných?

Ředitelka léčebny: *„Na kliniku přijímáme i pacienty s demencí. Zastupují téměř polovinu ze všech našich klientů. Některé rodiny nás upozorní na tuto nemoc a problémy s tím*

spojené. Některé rodiny si nechtějí připustit tuto závažnou nemoc a jsou rádi, že je někde chtějí přijmout.“

Lékař: „Vzhledem k tomu, že průměrný věk našich pacientů je 80–85 let, je u nich patrná lehká forma demence. Máme zde i pacienty v pokročilém stádiu demence. O různé formě demence se dozvídáme z propouštěcích zpráv. Někdy bohužel tato informace chybí a my přijmeme pacienta, aniž bychom předem věděli, že má tuto nemoc. U většiny pacientů je prvotní důvod přijetí k doléčení různých nemocí po propuštění z nemocnice.“

Zdravotní sestra: „Ano, na naší klinice jsou pacienti s demencí v lehké, ale i těžší formě. Je jich asi polovina pacientů. O přijetí rozhoduje vedení a lékař, takže my se o tom dozvíme, až když je pacient přijat.“

Ošetřovatel: „V léčebně jsou i lidé s demencí. Někdy mi připadá, že se rodina za tuto nemoc svého příbuzného stydí. Chtějí ho hlavně umístit.“

Speciální pedagožka: „Na klinice jsou lidé s různou formou demence. Je jich přibližně polovina. Pracuji právě s těmito lidmi. Většinou je tato nemoc uvedena v chorobopise pacienta, ale někdy není uveden stupeň postižení, takže předem nevíme, zda je tento klient vhodný po naše zařízení.“

Liší se péče o tyto pacienty od péče o ostatní klienty, kteří nemají demenci? Doplňující otázka: Pokud ano, tak v čem?

Ředitelka: „Ano, péče o pacienty s demencí je náročnější. U těchto klientů řešíme problémy s agresivním chováním, nebo jsou velmi neklidní. Zdravotnický personál musí věnovat těmto pacientům více času.“

Lékař: „Péče o pacienty s demencí je velmi náročná, zejména u těžšího stupně této nemoci. Spolupracujeme s psychiatrem, který může optimálně upravovat léky, které pomáhají zklidnit pacienta a zeslabit děsy, neklid, agresivitu.“

Zdravotní sestra: „Ze zkušeností můžu říct, že se u pacientů setkáváme s různými typy, stupni a projevy demence. Někteří jsou klidní a bezproblémoví, ale u většiny se projevuje neklid, noční bdění, ztráta soběstačnosti a občas agresivita. Péče o tyto lidi je náročná na čas a psychiku.“

Ošetřovatel: „Pro nás ošetřovatele je práce s těmito pacienty náročná. Trávíme u nich hodně času, místo abychom se věnovali ostatním. Někdy nás volají i několikrát během chvíle. Těžkosti dělají při jídle, v noci a někdy na nás křičí. Někteří hůře mluví a nevíme, co vlastně chtějí. Když děláme jednu věc u jednoho pacienta pořád dokola, jsme z toho na nervy.“

Speciální pedagožka: „Pracuji s pacienty s demencí a spolupráce nebývá jednoduchá. Největší úskalí vidím v motivaci. Mnoho těchto klientů ztrácí zájem cokoli dělat. Někteří se nemohou domluvit. Pozoruji, že i pro zdravotnický personál je péče o lidi s demencí náročná na čas i psychiku.“

V čem vidíte největší úskalí při péči o tyto pacienty?

Ředitelka: „Největší problém spatřuji v časové náročnosti. Péče o seniory s demencí je velmi specifická a potřebuje vyškolený personál i prostředí. Snažíme se s rodinou komunikovat a navrhnout jim přeložení do speciálního zařízení pro lidi s demencí.“

Lékař: „O pacienty s demencí zejména v pokročilém stádiu nemoci by se měli starat specialisté gerontologové a specializovaný zdravotnický personál.“

Zdravotní sestra: „Myslím si, že takoví pacienti by u nás neměli být. Lékař by měl doporučit rodině specializované zařízení přímo pro lidi s demencí. Chápu, že není v takovém zařízení hned volné místo, tak to příbuzní řeší umístěním v léčebně dlouhodobě nemocných. Jak už jsem řekla v předchozí otázce, péče o tyto pacienty je časově a psychicky náročnější.“

Ošetřovatel: „Za největší problém vidím to, že tito lidé si vynucují stále pozornost ve dne v noci a často ani neumíme s těmito pacienty komunikovat a zjistit, co vlastně chtějí. Nejsme na to vyškolení. Řešíme jejich samovolné odchody a zvednuté postranice u postelí jsou schopni přelézt. Nemůžeme je stále hlídat.“

Speciální pedagožka: „Naši zaměstnanci nejsou vyškoleni pro práci s lidmi s demencí. Komunikace a péče o tyto pacienty je velmi specifická. Při práci speciálního pedagoga s lidmi s demencí nevidím úskalí, ale naopak speciální pedagog dovede motivovat klienty k činnosti, trénuje s nimi paměť, koncentraci, porozumění. Dovede s nimi komunikovat verbálně i neverbálně. Snažím se hovořit i s rodinou takto nemocného člověka. Nabízím jim možnost kontaktovat Českou Alzheimerovskou společnost, kde jim poskytnou cenné rady a doporučí vhodné zařízení.“

Jaká je úloha speciálního pedagoga v léčebně dlouhodobě nemocných?

Co je náplní Vaší práce?

Speciální pedagožka: „Mým úkolem je zlepšit fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí, aby se u pacienta zlepšila paměť, myšlení, čtení, psaní, orientace v čase, prostoru a osobě. Procvičujeme dlouhodobou paměť, která je poměrně dlouho zachována, a krátkodobou paměť, která bývá horší. Například zpíváme písničky, doplňujeme přísloví, protiklady, hlavní města, vysvětlujeme rčení a podobně. Velmi oblíbená je i reminiscenční terapie, kdy klienti vzpomínají na své mládí a dětství. Provádím s pacienty i skupinová

cvičení. Nemocní senioři potřebují jiné aktivity, než jen zdravotní péči. Práce speciálního pedagoga je důležitá pro rozvoj tvůrčích schopností.“

V čem se liší práce se seniory od ostatní populace?

Speciální pedagožka: „Práce se seniory v léčebně dlouhodobě nemocných má své kladné i negativní stránky. Pozitivní je, že staří lidé mají své životní zkušenosti a moudrost. Na druhé straně již nemají dostatek sil a energie. V léčebně jsou lidé zejména po cévních mozkových příhodách a po zlomeninách. Mnoho z nich má různý stupeň demence. Často bývá porušena řeč a porozumění. Při práci je to někdy velký problém. Já jako speciální pedagog musím seniory motivovat k činnosti a vzbudit v nich zájem. Vzhledem k vysokému věku většiny pacientů je jejich pozornost snížena a je možné s nimi pracovat kratší dobu. Jsou omezeni pohybově, mají zhoršený zrak a sluch, v některých případech i řeč. To vše ovlivňuje práci se seniory.“

Myslíte si, že je potřebný speciální pedagog v léčebně dlouhodobě nemocných?

Speciální pedagožka: „V mnoha léčebnách pracují hlavně lékaři, sestry a ošetřovatelé. Pokud je pacient dlouhodobě v takovém zařízení, dochází ke ztrátě motivace, ke snížení soběstačnosti, ztrácejí pojem o čase, zhoršuje se paměť. Speciální pedagog nabízí klientům možnost trénování paměti, různé terapie, jak jsem uvedla v první otázce. Přesvědčila jsem se, že pacienti vítají jiné aktivity než jen péči zdravotníků. Zlepšuje se jim paměť, pozitivní nálada, orientují se v čase, prostoru i v osobách. Také rodiny žádají, abych pracovala s jejich nemocnými příbuznými. Uvědomují si, že práce speciálního pedagoga rozvíjí psychickou stránku nemocných a motivuje ho.“

Jakou roli hraje rodina při léčbě starého člověka?

Je důležitá rodina při léčbě starého člověka?

Ředitelka: *„Každý den se setkávám s rodinnými příslušníky klientů, kteří žádají o umístění k nám na kliniku. Většina z nich má velký zájem o zlepšení zdravotního stavu svého příbuzného. Zajímají se i o to, jak by nám mohli pomoci během pobytu jejich příbuzného u nás. Umožňujeme jim možnost návštěv během celého dne.“*

Zdravotní sestra: *„Ve většině případů docházejí za pacienty rodiny denně. Setkávám se s dvěma typy příbuzných. Jedni jsou až příliš angažovaní a požadují od nás maximální servis. Ostatní, kterých je většina, jsou spokojeni s naší péčí. Starý člověk je rád, když za ním příbuzní chodí a věnují se mu. Těší se na návštěvu, a to působí pozitivně na jeho zdravotní stav. Když se stane, že příbuzní nemají čas, pacient to nese těžce. Někdy zde rodina řeší majetkové vztahy, je to pro pacienta velmi stresující a zhorší se jeho zdravotní stav.“*

Speciální pedagožka: *„Protože při své práci si hodně povídám s pacienty, vím a také pozoruji, že rodina může ovlivnit uzdravování pacienta. Pokud jsou vztahy v rodině dobré, klient má pocit, že ho má někdo rád, že může být ještě užitečný a že se má kam vrátit. Pokud je zdravotní stav vážnější, rodiny řeší, co budou dělat po propuštění z naší kliniky, což je pro nemocného stresující.“*

Jaké jsou důvody umístění seniora do léčebny dlouhodobě nemocných, místo aby byl v domácí péči?

Ředitelka: *„Nejčastějším důvodem je následná péče po propuštění z nemocnice. Ve většině případů se jedná o péči, kterou by v počátku rodiny doma nezvládly. Dalším důvodem umístění bývá, že klient je v domácí péči a rodina si potřebuje na chvíli*

odpočinout nebo někam jede a nemůže se o příbuzného nikdo postarat. Dalším důvodem je, že klient je doma, ale jeho zdravotní stav a soběstačnost se zhoršily a u nás očekávají zlepšení.“

Rodinný příslušník: *„Maminku jsme sem dali po propuštění z nemocnice, kde prodělala cévní mozkovou příhodu. Protože nemůže chodit, hledali jsme zařízení, kde nabízejí i rehabilitaci. Chodíme do práce a nemůžeme se o maminku v současné době celý den starat.“*

Jaká je spolupráce rodina-pacient-personál? Doplňující otázka Jak vnímá rodina pacienta prostředí a péči o svého starého příbuzného?

Ředitelka: *„Ve většině případů je spolupráce dobrá. Rodiny se zajímají o svého příbuzného, o poskytovanou péči. Komunikují se mnou, lékařem, sestrou, ošetřovateli i terapeuty. Poskytneme jim vždy potřebné informace. S některými příbuznými je komunikace problematičtější, ale snažíme se konflikty vyřešit.“*

Zdravotní sestra: *„Když rodina přijde za svojí maminkou nebo tatínkem, nahlásí se u nás. Pokud mají nějaké dotazy, můžou se nás zeptat. Někdy si příbuzný myslí, že péče není úplně ideální. Třeba řeší, že maminka málo pije, má špinavé tričko od jídla. Nejhorší je, že věří všemu, co jim příbuzný řekne a nehlídá na to, že jejich nemoc, často kombinovaná s demencí, ovlivňuje pravdivost informací. My to příbuznému vysvětlíme a většinou to pochopí. Ve většině případů se k nám rodiny chovají hezky a ocení naši práci. Pacienti jsou různí. Někteří jsou nespokojeni vždy a se vším, těch je naštěstí minimum. Většina pacientů nás chválí, líbí se jim prostředí kliniky a možnost terapie.“*

Speciální pedagožka: *„Při své práci si s pacienty hodně povídám. Komunikace je pro mě velmi důležitá. Z těchto hovorů zjišťuji, že se jim líbí prostředí, většina sestřiček a ošetřovatelů jsou milí a ochotní. Stěžují si na stravu a sporadicky na komunikaci s lékaři, kteří jim nepodávají dostatek informací. O své příbuzné se zajímají rodiny,*

konzultují se mnou i ostatními pracovníky stav příbuzného, další možnosti. Při odchodu pacienta domů poskytneme rodině veškeré informace o možnostech další péče a terapie.“

Rodinný příslušník: Než jsme sem maminku dali, byla nejprve v nemocnici a potom v jiné léčebně dlouhodobě nemocných. Tam se o ni nestarali dobře, tak jsme byli rádi, že jsme našli toto zařízení. Byli jsme mile překvapeni prostředím a přístupem paní ředitelky. Maminka je tady spokojená a dělá pokroky. Můžeme za ní přijít kdykoliv a když potřebujeme nějaké informace, zeptáme se sestřiček. Není problém mluvit i s doktorem, který tady je stále. Řešili jsme jednu situaci, kdy maminka byla na pokoji s pacientkou, která rušila ostatní. Paní ředitelka ochotně našla řešení a paní přestěhovala na samostatný pokoj.“

Pacient: „Chtěla bych domů, ale rodina říká, že to ještě nejde. Je to tu hezké, hodně kytěk. Nemůžu chodit, ale až začnu, tak půjdu domů. Sestřičky jsou na mě hodné, ale někdy ne. Když na ně zvoním, tak hned nepřijdou. Cvičení na nohy je pro mě těžké, ale snažím se. Nejvíce mě baví, když zpíváme písničky nebo si říkáme přísloví. Ráda si povídám a na skupince nás je hodně a to si povídáme. Rodina za mnou chodí, mám hodné děti.“

Je v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných dodržován etický kodex ze strany lékařů, zdravotníků, terapeutů a dalších pracovníků?

Jak zajišťujete zachování důstojnosti pacientů?

Ředitelka: „Na klinice musíme dodržovat etický kodex. Provádím průběžné kontroly na pracovišti. Dbáme o to, aby se zdravotnický personál choval k pacientům slušně, neponižoval je a poskytoval jim maximální možnou péči. Nesmí si dovolit oslovit pacienta babi, dědo a podobně. Při hygieně dbáme na to, aby nebyl přítomen příbuzný či jiná cizí osoba. Chráníme jeho soukromí, podporujeme jeho osobnost. Snažíme se naplňovat jeho

potřeby. Když zjistíme, že ze strany personálu nejsou dodržována tato pravidla, poučíme je a snížíme jejich ohodnocení.“

Lékař: „Zabezpečujeme biologické potřeby pacienta. Jednáme s klientem jako s osobností. Zachováváme důstojnost pacienta i ve stavu, kdy již nejedná smysluplně. U vážně nemocných pacientů řešíme tlumení bolesti, abychom eliminovali jeho utrpení. Nejzávažnější etickou otázkou je léčení nemocných ve vegetativním stavu. Řešíme zde otázky, jak postupovat, když již nezabírá běžná léčba. Zda pokračovat v této léčbě nebo zajistit hlavně výživu a podávání tekutin a potřebnou péči. Vždy tento postup konzultujeme s pacientem, pokud je to možné, a s rodinou.“

Zdravotní sestra: „Naší hlavní náplní je zabezpečit veškeré potřeby nemocného, jak biologické, tak psychické. Při přebalování a koupání nesmí být cizí osoba ani příbuzní přítomni. Při hygieně, převlékání, krmení se snažíme k pacientovi chovat slušně. Když vejde nebo odcházíme z pokoje pacientů, pozdravíme. Pacienta oslovujeme například pane Novotný nebo paní Veselá, nikdy netykáme. Pravda je, že se u některých ošetřovatelů i sester stává, že pacienta osloví méně vhodně, například broučku. Všichni jsou o tom poučeni. Obtížná je péče o člověka s těžší formou demence. Snažíme se ho respektovat, neponižovat, neignorovat.“

Akceptujete přání klienta, co se týče základních potřeb? Doplnující otázka: Máte čas naslouchat pacientovi?

Ředitelka: „Snažíme se uspokojovat potřeby každého klienta a jeho rodiny, pokud je to profesně, materiálně i personálně možné. Týká se to zejména hygieny, sebeobslužných činností. Pokud je pacient nespokojený na pokoji, přestěhování na jiný pokoj konzultujeme s rodinou i klientem. Za mnou může přijít kdykoliv pacient nebo jeho rodina a problém se snažíme vyřešit.“

Zdravotní sestra: „*Budu-li mluvit za sestry a ošetřovatele, je naším úkolem zajišťovat základní potřeby pacienta. Když se někdo chce koupat vícekrát v týdnu, respektujeme to. Když pacient chce jít na toaletu a nechce použít pleny, doprovodíme ho. Pokud se umaže od jídla, převlékneme ho. Problém je ten, že pokud tyto požadavky vysloví najednou více klientů, nemůžeme pomoci okamžitě všem a potom jsou pacienti nespokojeni. Celý den kontrolujeme pitný režim, dostatečný příjem potravy. Podporujeme soběstačnost nemocného, pouze mu asistujeme. Během dne máme hodně práce a na hovory s pacienty není čas. K večeru je to klidnější. Někteří ošetřovatelé i sestry vyslechnou pacienta. Pokud mají z něčeho obavy, rozeberou to.*“

Speciální pedagožka: „*My terapeuti, patří sem fyzioterapeuti, ergoterapeutka a já, pracujeme s každým pacientem kolem 30 minut denně. To je dostatek času na to, abychom vyzorovali nějaké těžkosti ať zdravotní, nebo psychické. Při terapii s pacientem komunikujeme, a když ho něco trápí, rozebereme to s ním. Pokud je to zdravotní problém, informujeme lékaře a sestru. Při terapii podporujeme autonomii pacienta.*“

8.5.3 Případová studie

V této případové studii diplomantka popisuje příběh paní K., která byla přijata na Kliniku Na Košíku v Praze koncem ledna 2015. Koncem března 2015 byla přeložena do specializovaného zařízení. Tato paní trpí Alzheimerovou chorobou.

Paní K. je 85 let. Povoláním je herečka. Od svého mládí hrála a pohybovala se v umělecké společnosti. Byla zvyklá, že je středem pozornosti. Vdala se, má jednu dceru, která je výtvarnice. Manžel byl režisér. V rodině byly a jsou dobré vztahy. Dcera s rodinou mamince pomáhají, je-li to v jejich silách. Z výpovědi dcery byla maminka velmi svérázná. Dělal jí dobře, když se o ní psalo, mluvilo a měla ráda velkou společnost. Poslední roky se zajímala o východní náboženství a měla velmi osobité názory na politiku, muže, sport apod. Před několika lety onemocněl Alzheimerovou nemocí i její manžel. Nejprve byl doma, ale vzhledem k tomu, že se paní K. o něho nemohla starat, byl ve specializovaném zařízení. Dcera říkala, že se o něj vlastně nechtěla starat. Doslovně: „Maminka je trochu sobec.“ Přesto má dcera paní K. velmi ráda. Poslední rok vzhledem k nemoci již nemohla hrát. Přesto ještě vystupovala v jednom představení, které

pojednávalo o jejím životě. Paní K. má dodnes mnoho přátel z řad umělců, ale i ostatních lidí.

V lednu 2015 prodělala infarkt a byla v nemocnici. Vzhledem k tomu, že paní K. nebyla schopna se o sebe postarat a její stav nebyl uspokojivý, hledala její dcera zařízení, kde by mamince pomohli. Prvotním důvodem, proč byla přijata do tohoto zařízení, bylo propuštění z nemocnice po prodělaném infarktu. Před přijetím nebyla paní ředitelka dostatečně informována, že paní K. trpí těžkou formou Alzheimerovy nemoci. Teprve po jejím nástupu na kliniku všichni pracovníci pochopili, že péče o tuto paní nebude jednoduchá. Rodina si přála, aby měla maminka co nejvíce aktivit v průběhu dne. Domnívali se, že se tím eliminují projevy Alzheimerovy nemoci. Terapeuti ve spolupráci se zdravotnickým personálem sestavili celodenní program pro paní K. Ráno, po probuzení, ošetřovatel pomohl paní K. s hygienou. Následovala snídaně. Kolem osmé hodiny terapeut dovezl paní K. na vozíku do jídelny. Už v této chvíli nastaly těžkosti. Paní K. byla apatická a nechtěla jíst. Terapeut pomáhal paní K. s jídlem. Během prvních pěti minut paní K. začala opakovaně volat: „Odvezte mě prosím, já už nemůžu.“ nebo „Mně je špatně, už nechci.“ Terapeut se snažil přesvědčit paní K., aby ještě něco snědla, ovšem neúspěšně. Po marných pokusech ji odvezl na pokoj a uložil do postele. V půl deváté přišel fyzioterapeut na pokoj a s paní K. cvičil nejprve na lůžku a potom se prošli s vysokým chodítkem na chodbě. Stávalo se, že po snídani paní K. usnula. Když přišel fyzioterapeut na pokoj, měl dvě možnosti. Buď paní K. probudit, nebo ji nechat v klidu spát. Terapeuti a zdravotnický personál se rozcházeli v názorech. Jedni tvrdili, že ji mají nechat spát, druzí zase, že když bude spát přes den, nebude spát v noci. Ve většině případů terapeut paní K. vzbudil a poté cvičili a chodili.

Od 9 hodin měla paní K. terapii se speciální pedagožkou. Diplomantka zde podrobněji rozebere práci speciální pedagožky s klientkou se syndromem demence, v našem případě s paní K. Terapie u lidí s demencí je zaměřena zejména na posilování kognitivních funkcí. Paní K. většinou rozumí. Řeč je zatím nepoškozená. Hybnost je omezená. V poslední době se stupňují projevy neklidu, strachu a závislosti na blízké osobě. Speciální pedagožka pracovala s paní K. denně cca 30 minut. Delší terapie by byla neefektivní vzhledem k brzké unavitelnosti a nesoustředěnosti klientky. Na začátku

terapie pedagožka rozmlouvala s paní K. o tom, jak prožila předchozí den, jak se vyspala, vzala ji za ruku. Bylo vidět, že se to paní K. líbí a dotek je jí příjemný. Poté byla zahájena terapie, která byla narušována častými prosbami klientky, že je jí špatně, něco jí bolí, nemůže sedět apod. Hlavním úkolem byla motivace. Speciální pedagožka si rozdělila terapii do několika krátkých úseků, kdy střídala několik úkolů. Většinou začínaly četbou, kdy paní K. měla za úkol číst krátkou povídku. Četba ji bavila. Mohla zde projevit herecké nadání. Na konci si o povídce povídaly. Poté četbu vystřídaly tréninkem paměti, jako je např. doplňování přísloví, protiklady, vysvětlování rčení, apod. Při těchto úkolech se trénuje nejen výbavnost slov, ale i vyjadřovací schopnosti a pohotovost. Trénovaly i krátkodobou paměť. U lidí s demencí je důležité pochválit i sebemenší úspěch. Při těchto aktivitách byla paní K. spokojená a spolupracovala. Když pedagožka zaznamenala neklid, přešla na další úkol a tím bylo skládání půlených obrázků, hledání stejných obrazců a další skládačky. V současné době je velmi podporovaná reminiscenční terapie, která využívá vzpomínek. Tato terapie je vhodná právě pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře vybavují události dávno minulé. S paní K. vzpomínaly pomocí fotografií na její dětství a dospělost. Délka terapie záležela na momentálním naladění klientky a na její únavě.

Po terapii speciální pedagožka dovezla paní K. na pokoj, kde následovala masáž. Při ní se paní K. zklidnila a někdy si i na chvíli zdřímala. Po desáté hodině dopoledne přišla za paní K. dcera, často s manželem a někdy i s vnučkou paní K. Povídali si na pokoji nebo šli do místní kavárny na kávu. Během návštěvy paní K. několikrát chtěla vstát a zase si sednout. Někdy usínala nebo byla neklidná. Po odchodu dcery paní K. spala. Pokud se probudila a někdo z personálu byl na pokoji nebo zrovna přišel, vznášela k němu nejrůznější prosby jako například: „Pomozte mi, pomozte mi.“ nebo „Mně je špatně, pomozte mi, když mi nepomůžete, umřu.“ Přitom si sedala na posteli a různě se přemísťovala z jedné strany na druhou. Pro personál a spolubydlící pacientky to bylo velmi náročné jak na psychiku, tak na čas ošetřovatelů a sester. Další svízelné situace museli ošetřovatelé řešit, a to, když paní K. chtěla na toaletu. Ošetřovatel ji odvedl, ale paní K. se najednou nechtělo. Tuto prosbu byla schopna opakovat několikrát během krátké chvíle. V poledne terapeut odvezl paní K. do jídelny na oběd. Vzhledem k tomu,

že paní nechtěla jíst, musel u ní sedět jeden terapeut a krmit ji. Většinou nevydržela sedět v jídelně déle než 10 minut a chtěla na pokoj. Během jídla opět vykřikovala různá přání: „Mně je špatně, už mi to nedávejte.“ nebo „Mně se točí hlava, já omdlím.“ V takových případech si speciálně nevyškolený personál neví rady. Terapeut odvezl paní K. na pokoj a uložil ji do postele. Musel jí zvednout postranice, protože hrozilo, že se pokusí paní K. sama vstát a odejít. Vzhledem k omezené pohyblivosti hrozily pády a zranění. Po obědě paní K. většinou usnula. Když se probudila, opět vyslovovala nejrůznější přání a žádala po ostatních, aby jí pomohli. Ve 14 hodin terapeut odvezl paní K. na skupinové cvičení. Zde měla možnost si povídat s ostatními pacienty. Paní K. však byla apatická, neměla zájem o okolí a po zahájení cvičení netrvalo dlouho a chtěla odvézt na pokoj. Narušovala cvičení opětovnými prosbami: „Pomozte mi.“, „Už to nevydržím.“, „Je mi špatně.“, „Točí se mi hlava.“ Musel být přizván další terapeut či ošetřovatel a paní K. odvézt na pokoj. Odpoledne měla opět cvičení na lůžku a nácvik chůze po chodbě. Po terapiích za paní K. chodilo hodně návštěv. Seděli s ní v kavárně nebo na pokoji, ale ani oni nedokázali paní K. udržet dlouho v klidu. Někteří „přatelé“ po prvních návštěvách, když zjistili stav paní K., omezili návštěvy nebo přestali chodit.

V podvečer byla paní K. unavená a po večeři usnula. Ovšem v noci se budila a zvonila na ošetřovatele, aby jí pomohli. Z důvodu velkého neklidu lékař-psychiatr naordinoval léky, které zlepší spánek a zmírní projevy neklidu. Přesto byla noc pro ošetřovatele i pacientky na pokoji náročná. K ránu většinou paní K. tvrdě usnula.

Během dne a hlavně v noci paní K. volala mobilním telefonem svoji dceru. Pro dceru to nebylo jednoduché, ale věděla, že je maminka na klinice v bezpečí. Dcera vyprávěla, že když byla paní K. doma, tak jí volala denně i v noci a děsila ji informacemi, že je jí špatně, že umře, že už to nevydrží a vyžadovala od své dcery okamžitou pomoc. Na dceři bylo vidět psychické vyčerpání. Vzhledem k tomu, že se stav paní K. nelepšil a naopak se zhoršovaly projevy Alzheimerovy nemoci, začala dcera uvažovat o přemístění do specializovaného zařízení. Nebylo to pro ni snadné rozhodnutí. Koncem března 2015 byla paní K. převezena do specializovaného zařízení se zvláštním režimem zaměřené na pacienty s demencí.

9 INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo na Klinice Na Košíku v Praze – léčebna dlouhodobě nemocných. Jde o léčebnu, která je zaměřena na doléčení a rehabilitaci pacientů. Šlo o kvalitativní výzkum s použitím metody pozorování, nestrukturovaného rozhovoru a případové studie. Během praktické části diplomantka analyzovala výsledky pozorování, obsahy rozhovorů s ředitelkou kliniky, lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelem, speciální pedagožkou, rodinným příslušníkem a pacientem a případové studie jednoho pacienta. Diplomantka zde uplatnila svoji několikaletou zkušenost v léčebně dlouhodobě nemocných, konkrétně na Klinice Na Košíku a také osobní zkušenost s péčí o svoji maminku, která trpěla demencí. Některé pohledy na souvislosti v teoretické části diplomantka vhodnou formou aplikovala v praktické části.

9.1 Výsledky pozorování

Diplomantka prováděla pozorování u lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, fyzioterapeutů, ergoterapeutky, speciální pedagožky, pacientů a jejich rodin. Zjistila, že na klinice pracují odborní lékaři 24 hodin denně a mohou tak kdykoliv řešit zdravotní problémy pacientů. Spolupráce mezi lékařem a ostatními odbornými pracovníky funguje dobře. Zdravotní sestry i ošetřovatelé jsou maximálně vytíženi. Z pozorování diplomantka došla k závěru, že by byla potřeba více ošetřovatelů na jedné směně. V současné době jsou 2 ošetřovatelé na 26 klientů, tzn. jeden ošetřovatel na 13 pacientů. Vzhledem k tomu, že jsou zde i pacienti s těžkým stupněm demence, kteří vyžadují zvýšenou péči, počet ošetřovatelů je nedostatečný. Zdravotní sestry i ošetřovatelé bývají vyčerpáni a projevují se u nich známky vyhoření. Není zde možnost dalšího vzdělávání, které by motivovalo zaměstnance k další práci. Všichni zaměstnanci by měli být vyškoleni na práci s lidmi s demencí. Neví, jak s nimi komunikovat, jak reagovat na opakované žádosti pacientů s demencí, jak si poradit s jejich nekontrolovatelnými odchody, jak rozpoznat skutečnou bolest či jiné potíže od výmyslů.

Diplomantka kladně hodnotí vztahy mezi všemi zaměstnanci. Pozitivní je i to, že se většina zaměstnanců chová k pacientům slušně, jsou milí a věnují pacientovi čas na rozhovor. Ošetřovatelé i sestry jsou velmi vnímaví a snaží se vyhovět pacientům.

Velmi kladně hodnotí práci terapeutů, kteří se maximálně věnují pacientům, dovedou jim naslouchat a potěšit je. Je zde dobrá spolupráce mezi terapeuty a zdravotnickým personálem. Jedním z úkolů bylo zjistit, zda se v tomto zařízení uplatní speciální pedagog. Pozorováním diplomantka zjistila, že práce speciálního pedagoga je hodnocena kladně a je v léčebně dlouhodobě nemocných potřebná. Při dlouhodobé terapii byli pacienti motivováni k činnosti, procvičovali paměť, porozumění, zlepšila se jim orientace v čase. Lidé s demencí si udržovali základní dovednosti a díky terapii se zlepšila jejich komunikace s okolím.

Při průzkumu si diplomantka všimla, že většina pacientů i jejich rodiny jsou spokojeni s péčí a prostředím. Méně jsou spokojeni se stravou. Na pacienty kladně působí, když za nimi chodí rodina a věnuje svým nemocným čas a lásku. Pokud nastane konflikt mezi pacienty, mezi pacientem a personálem nebo mezi rodinou a personálem, snaží se paní ředitelka situaci vyřešit.

Pozorováním diplomantka zjistila, že na této klinice je dodržován etický kodex a v případě, že se u některého pracovníka zjistí porušování těchto principů, je poučen a finančně méně ohodnocen. Zaměstnanci jednají s pacienty jako se svébytnými osobami a nedávají jim najevo nadřazenost. Snaží se plnit jejich požadavky, pokud jsou reálné, nebo navrhnout jiné řešení.

9.2 Výsledky rozhovorů

Diplomantka vedla rozhovory s ředitelkou kliniky, s lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelem, speciální pedagožkou, pacientem a rodinným příslušníkem. Kladla otázky ne vždy všem respondentům. Pracovala variabilně s respondenty a kladla otázky vždy několika respondentům s tím, že dle potřeby obměňovala typy profesí, které oslovovala.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 1

Jak si konkrétní léčebna poradí s lidmi s demencí a zda tuto péči může poskytovat jakékoliv ústavní zařízení, nebo je nutné specializované zařízení se zvláštním režimem?

Z odpovědí všech respondentů vyplývá, že v léčebně dlouhodobě nemocných vzhledem k průměrnému věku 80–85 let, se nejméně u poloviny pacientů projevuje demence v různém stupni. U lehkých forem je léčebna schopna zvládnout péči o tyto pacienty. Respondenti se shodli na tom, že péče o lidi s demencí v pokročilém stádiu je náročnější na čas i péči. Problémy vidí v dorozumění, je potřeba zvýšený dohled, větší počet ošetřovatelů, speciálně vyškolený personál a uzavřené oddělení. Tyto podmínky Klinika Na Košíku nemá. Pacienti s demencí přicházejí většinou z nemocnic. Shoda je i v názoru, že před propuštěním z nemocnice by mělo být rodině doporučeno u pacientů s těžkou demencí specializované zařízení se zvláštním režimem. Pokud se tak nestane, měla by sama rodina hledat možnosti. Obrátit se na Alzheimerovskou společnost, která poskytne potřebné rady a doporučí vhodné zařízení.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 2

Jaká je úloha speciálního pedagoga v léčebně dlouhodobě nemocných?

Z rozhovoru se speciální pedagožkou vyplynulo, že i v léčebně dlouhodobě nemocných je speciální pedagog potřebný. Speciální pedagog je důležitý pro rozvoj tvůrčích schopností. Hlavním úkolem je motivovat seniory k různým aktivitám, které zlepšují jejich soběstačnost, paměť, porozumění, řeč, psaní, čtení, orientaci v čase, prostoru a osobou. Důležitá jsou i skupinová cvičení, která pomáhají k socializaci osamoceneného starého člověka. Snad nejdůležitější je práce speciálního pedagoga s lidmi s demencí. Právě tyto pacienti nejvíce potřebují podporovat a udržovat schopnosti, které jsou ještě zachovány. Tuto práci nemůže nahradit ani zdravotnický personál, ani fyzioterapeuti. Nenahraditelná je i komunikace speciální pedagožky s pacientem i rodinou.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 3

Jakou roli hraje rodina při léčbě starého člověka?

Z výpovědí respondentů vyplývá, že rodina hraje velmi důležitou a nezastupitelnou roli při léčbě příbuzného. Jejich časté návštěvy a péče pozitivně působí na zdravotní stav nemocného.

Nejčastějším důvodem umístění pacienta do léčebny dlouhodobě nemocných je doléčení po propuštění z nemocnice, zhoršení stavu a ztráta soběstačnosti v domácím prostředí, krátkodobé umístění z domácího prostředí z důvodu odpočinku pečujících.

Funguje zde komunikace mezi vedením kliniky, zaměstnanci, rodinnými příslušníky a pacienty. Problémy a konflikty řeší paní ředitelka a personál okamžitě. Klinika umožňuje celodenní návštěvy rodin a v případě nutnosti mohou zůstat i přes noc. Toto také přispívá ke zlepšení stavu pacienta.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 4

Je v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných dodržován etický kodex ze strany lékařů, zdravotníků, terapeutů a dalších pracovníků?

Z rozhovorů respondentů vyplývá, že v této léčebně dlouhodobě nemocných podporují autonomii pacientů a snaží se zachovat jejich důstojnost. Nejednají s pacienty autoritativně, s despektem, neponižují je, při úspěchu nešetří chválou. Zaměstnanci jsou empatičtí, umějí, když je na to čas, naslouchat pacientovi. Snaží se vyhovět přáním klientů, pokud jsou reálná. Profesionálně zajišťují uspokojování všech potřeb pacienta.

9.3 Výsledky případové studie

Respondentka si ověřila, že každodenní spolupráce odborníků (zdravotnického personálu, speciální pedagožky, ergoterapeuta a fyzioterapeuta) je přínosná pro klienty. Je třeba si uvědomit, že komunikace a péče o lidi s demencí není jednoduchá. Musí se dodržovat denní režim, aby si každý den vštěpovali návyky (strava, hygiena, posilování kognitivních funkcí). Jedině tak si tito lidé zachovají co možná nejdéle tyto schopnosti.

Denní režim by měl vycházet z potřeb lidí s demencí. Respektovat a tolerovat jejich návyky. Chod celého oddělení přizpůsobit těmto zvyklostem. Nejtěžší je lidi s demencí motivovat. Bylo zjištěno, že dobře fungující rodina má pozitivní vliv na úspěšnost terapie, která tkví zejména v motivaci k terapii a udržení zájmu pacienta. Lidé s Alzheimerovou nemocí nebo jinou formou demence potřebují specifickou péči. Respondentka zjistila, že na Klinice Na Košíku je poskytována maximální péče klientům. Problematictější je péče o osoby s různými formami demence, zejména Alzheimerovou demencí. Klinika nemá dostatek speciálně vyškoleného personálu. Zaměstnanci nemají dostatek zkušeností a znalostí s klienty s demencí pracovat, poskytovat jim odpovídající péči. Tito lidé by měli být ve speciálních zařízeních se zvláštním režimem, kde je speciálně proškolený personál a terapeuti. Na oddělení by mělo být méně klientů a více pracovníků, kteří se pacientům věnují individuálně, nabízejí jim množství efektivních terapií včetně skupinové terapie.

Analýzou všech výzkumných metod lze konstatovat, že cíl diplomové práce byl prokázán. Z pozorování, rozhovorů a případové studie vyplývá, že v běžných léčebnách dlouhodobě nemocných, kde není speciálně vyškolený personál, je péče o pacienty zejména s těžkým stupněm demence velmi obtížná. Přesto průzkumem diplomantka zjistila, že v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku je poskytována pacientům zdravotní i humánní péče na velmi vysoké úrovni. Je zde dodržován etický kodex a personál ctí osobnost každého klienta. Bylo prokázáno, že rodina hraje velmi důležitou roli v životě nemocného seniora a její péče má kladný vliv na jeho zdravotní stav. Průzkum vedl k potvrzení, že speciální pedagog má v léčebně dlouhodobě nemocných své opodstatněné místo. Zvláště pak je důležitá práce speciálního pedagoga s lidmi s různou formou demence. Posiluje kognitivní funkce, paměť, porozumění, řeč, čtení, psaní. Nemocný potřebuje i jiné aktivity než lékařskou péči. Nad rámec diplomové práce bylo zkoumání i v jiných léčebnách dlouhodobě nemocných.

ZÁVĚR

„Láska je jedinou a uspokojivou odpovědí na smysl lidské existence“

Erich Fromm

Celosvětovým problémem dnešní doby i problémem budoucnosti je stárnutí populace. Dalším fenoménem je prudký nárůst lidí s demencí. Demence je označována jako nemoc 21. století. Je to dáno tím, že se rodí méně dětí, lidé mají kvalitní lékařskou péči a tím se dožívají vysokého věku. Jak bylo uvedeno v teoretické části, předpokládá se, že do roku 2050 budou senioři představovat podstatnou část populace. Vysoký věk přináší řadu nemocí včetně demence. V budoucnu bude potřeba se o tyto staré lidi postarat. Proto se už nyní začíná řešit otázka kvalitní péče nejen domácí, ale i ústavní.

Diplomová práce byla zaměřena na péči o seniory v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných Klinika Na Košíku.

V teoretické části diplomantka věnovala celou kapitolu oboru speciální pedagogika a jejímu uplatnění v dnešní době. Nastínila historii péče o starého člověka. Zabývala se stárnutím populace a výhledem do budoucnosti. Neopomněla definovat základní pojmy, jako je stáří a stárnutí. Popsala změny, ke kterým v průběhu stárnutí u seniora dochází a jaké mají staří lidé specifické potřeby. V diplomové práci také uvedla možnosti péče o seniory. Zvláštní pozornost věnovala demenci, která je označována jako nemoc století. Popsala specifika péče o lidi s demencí a možné terapie. Jednu z důležitých rolí v péči o staré a nemocné lidi hraje rodina. Diplomantka vztahu rodina a senior věnovala velkou pozornost. Zamýšlela se nad hodnotami tohoto vztahu a nad důležitostí doprovázení rodiny umírajícího. Diplomantka se v práci zabývala ctnostmi, co je dobré a co je zlé. Jaká je morální hodnota člověka. Jaký vztah si vytvoří společnost ke starým lidem. Specifikuje, co je odpovědnost, lidskost a jak je důležité naslouchání.

Praktická část plynule navázala na teoretickou část diplomové práce. V úvodu se diplomantka věnovala charakteristice léčeben dlouhodobě nemocných. V návaznosti na to se zaměřila na konkrétní léčebnu dlouhodobě nemocných Kliniku Na Košíku. Velkou

pozornost věnovala pomáhajícím profesím, kam patří i speciální pedagog. V praktické části byly využity poznatky z teoretické části. Diplomantka provedla kvalitativní průzkum. Použila metodu pozorování jednotlivých profesí v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných. Dále uskutečnila rozhovory se zaměstnanci, pacientem a rodinným příslušníkem. Poslední metodou byla případová studie jedné klientky léčebny.

Cílem práce bylo zjistit, jaká péče je poskytována v této léčebně dlouhodobě nemocných, v Klinice Na Košíku a jak si poradí s pacienty s demencí. Práce měla analyzovat úlohu pomáhajících profesí a zejména speciálního pedagoga v tomto zařízení. Dále měla zjistit, jakou roli hraje rodina v péči o nemocného seniora a zda je v léčebně dodržován etický kodex.

Nad rámec diplomové práce je zkoumání i v jiných léčebnách dlouhodobě nemocných.

Praktická část prokázala naplnění cílů diplomové práce. Lze konstatovat, že kvalitní péči o lidi s demencí může poskytovat specializované zařízení se zvláštním režimem, kde je dostatek speciálně proškoleného personálu. Běžná léčebna dlouhodobě nemocných si poradí s lidmi s lehčí formou demence, ale péče o pacienty s těžkou formou demence je pro takové zařízení velmi náročná. Průzkumem bylo zjištěno, že u nemocných seniorů a zvláště u lidí s demencí hraje speciální pedagog významnou roli. Podporuje jejich porozumění, paměť, řeč, čtení, psaní, orientaci v prostoru, čase a osobou. Speciální pedagog je důležitý pro rozvoj tvůrčích schopností pacientů a podporuje jejich motivaci. Průzkumem bylo prokázáno, že rodina hraje zásadní roli při léčbě svého příbuzného.

Žádná nemoc ani postižení nijak nesnižuje cenu a hodnotu lidského života, jeho jedinečnost, vzácnost a neopakovatelnost. Nesmí tedy nikdy vést k degradaci lidské důstojnosti či porušování práv a svobod člověka. Úroveň a vyspělost kultury společnosti se rozpozná podle toho, jaký postoj zaujímá ke svým nejslabším jedincům.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 978-80-7192-866-9.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Portál, 2009. ISBN 978-80-85931-79-6.

GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života a líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. ISBN 505-21-825.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-703-8158-2.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, I. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.

HÖSCHL, C. et al. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

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

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*, 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova Praha, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

JIRÁK, R. *Demence a jiné poruchy*, 1. vyd. Praha: Drada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z. et al., *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistentky 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-246-2831-5.

KOCUROVÁ, M. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. Plzeň: ZČU, 2002. ISBN 80-7082-844-7.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

- KRÁTKÁ, A. a G. ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně-Academia centrum, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-1025-0.
- NÉMETH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
- NEUBAUER, K. et al., *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NICHOLS, M. P. *Zapomenuté umění naslouchat*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2005. ISBN 80-7255-106-X
- NYTROVÁ, O. a M. PIKÁLKOVÁ. *Etika a logika v komunikaci*. Praha: UJAK, 2007. ISBN 978-8086723-45-7.
- NYTROVÁ, O. *Každý den může mít křídla*. 1. vyd. Praha: Pražská diecéze Církve československé husitské, 2012. ISBN 978-80-7000-080-9.
- PAYNEOVÁ, S. et al. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

- PICHAUD, C. & I. THAREAU. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, ISBN 80-7351-120-0.
- RAPČÍKOVÁ, T. *Etické aspekty přístupu sestry ke geriatrickým klientům*. Sestra, ročník 17/2007, číslo 5. ISSN 1210-0404.
- ROTTER, H.. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- SKUTIL, M. et al. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004. ISBN 80-732-6026-3.
- ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.
- ZACHAROVÁ, E. *Kapitoly ze speciální pedagogiky I*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-274-6.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

FINCH, J. & D. GROVES et al., *A Labour of Love: Woman, Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul, 1983. ISBN 071009504X, 9780710095046.

MORLEY J. E. et al. *Frailty*. *Medical Clinics of North America*, 2006. 90(5):9837-9847.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky 2009-2065*. [online]. [cit. 2009-11-26]. Dostupné z: demografove.estranky.cz/file/14/02_projekce2009_mladi-demografove.pdf.

KLINIKA NA KOŠÍKU. *Fotogalerie*. Dostupné z: <http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>.

KUCHAŘOVÁ, V. *Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné z <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>.

Zákon č. 101 ze dne 25. dubna 2000, o ochraně osobních údajů. In. *Sbírka zákonů*, 2000, částka 32. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb00101&cd=76&typ=r>.

Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006, o sociálních službách. In. *Sbírka zákonů*, 2006, částka 37. Dostupné z:
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>.

Zákon č. 372 ze dne 8. prosince 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In. *Sbírka zákonů*, 2011, částka 131. Dostupné z:
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=372%2F2011&zdroj=sb11372&>.

SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj početní velikosti věkových skupin seniorů 2009–2066	I
Graf 2: Počty obyvatel podle věkových skupin v letech 2009–2066	II

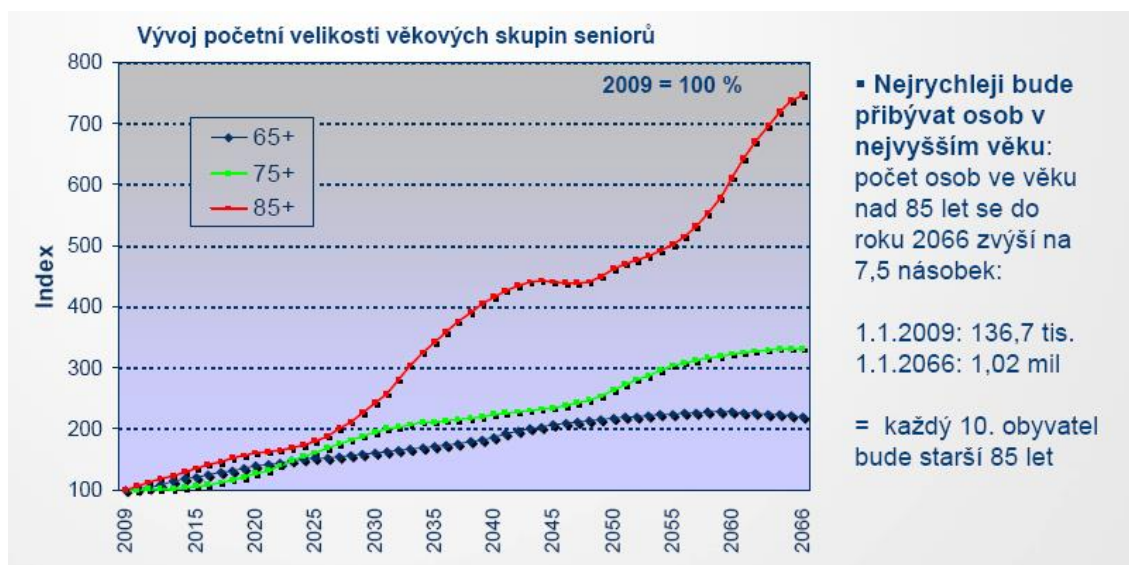
Seznam obrázků

Obrázek 1: Budova Kliniky Na Košíku	III
Obrázek 2: Vstupní hala	IV
Obrázek 3: Pokoj	V
Obrázek 4: Koupelna	VI
Obrázek 5: Jídelna	VII
Obrázek 6: Rehabilitační místnost	VIII

PŘÍLOHY

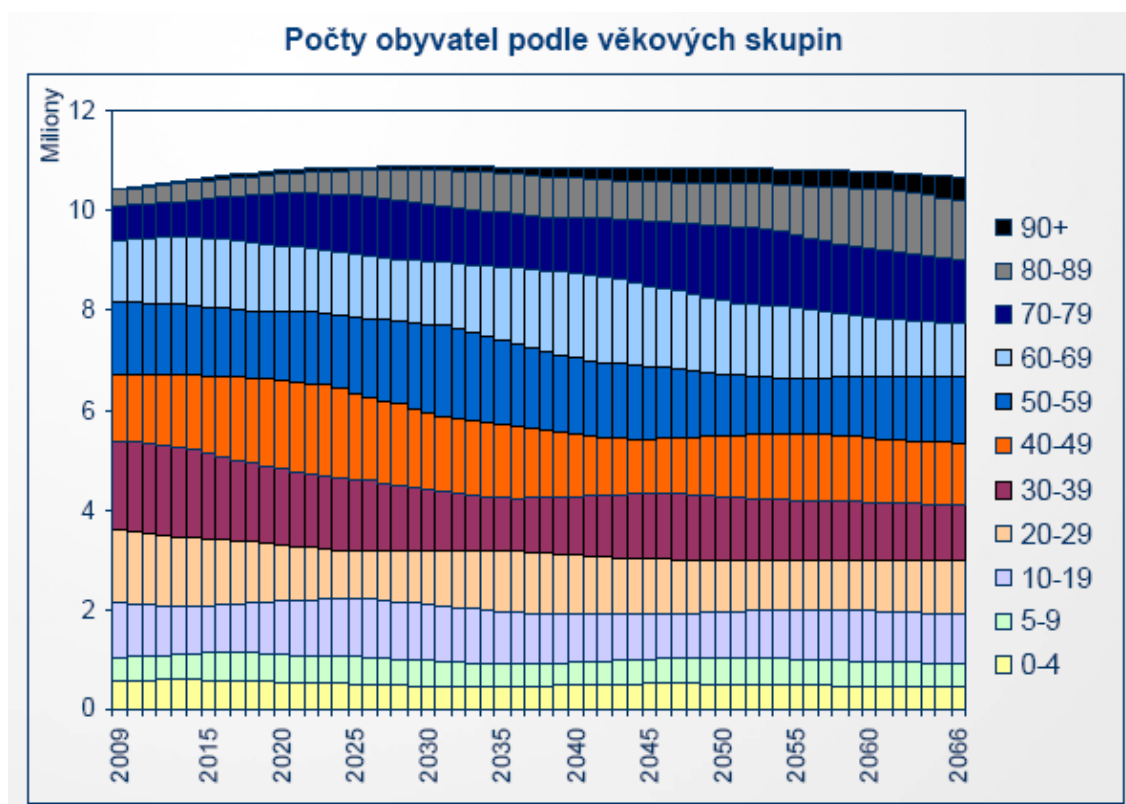
Příloha A – Grafy

Graf 1: Vývoj početní velikosti věkových skupin seniorů 2009–2066



Zdroj: Český statistický úřad, online, cit. 2009-11-26

Graf 2: Počty obyvatel podle věkových skupin v letech 2009–2066



Zdroj: Český statistický úřad, online, cit. 2009-11-26

Příloha B – Obrázky

Obrázek 1: Budova Kliniky Na Košíku



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:

<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

Obrázek 2: Vstupní hala



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:
<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

Obrázek 3: Pokoj



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:
<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

Obrázek 4: Koupelna



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:
<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

Obrázek 5: Jídelna



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:
<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

Obrázek 6: Rehabilitační místnost



Zdroj: KLINIKA NA KOŠÍKU. Fotogalerie. Dostupné z:
<http://www.klinikanakosiku.cz/cs/galerie-3/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Pikulíková

Obor: Speciální pedagogika oborová

Forma studia: magisterské kombinované studium

Název práce: Senioři v LDN a odpovědnost pomáhajících profesí

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 79

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 48

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 6

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Olga Nytrová