

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Péče o staré občany s demencí

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Vlastimil Průcha

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: 3.

2008

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Podpis:

Datum:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji Dis. L. Kučerové a všem, kteří mi při zpracování bakalářské práce pomáhali předáváním informací, zkušeností a poznatků.

OBSAH

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 5 |
| 1 Stáří | 6 |
| 1.1 Stárnutí a jeho projevy | 7 |
| 1.2 Projevy přirozeného stárnutí a stáří | 8 |
| 1.3 Důsledky stárnutí obyvatelstva..... | 9 |
| 1.3.1 Zdravotně sociální důsledky | 9 |
| 1.3.2 Sociologické a sociálně psychologické důsledky | 10 |
| 2 Nemoci ve stáří | 11 |
| 2.1 Prevence v rámci geriatric..... | 12 |
| 2.2 Sociální faktory | 13 |
| 2.3 Psychosomatické vztahy a onemocnění..... | 14 |
| 3 Lidé se zdravotním postižením | 15 |
| 3.1 Údaje o struktuře osob s postižením | 16 |
| 3.2 Obecná charakteristika struktury zdravotní a sociální péče o staré občany | 16 |
| 4 Význam sociální práce v péči o seniory..... | 20 |
| 4.1 Rodina a její dysfunkce | 21 |
| 4.2 Sociální izolace..... | 22 |
| 5 Co je demence..... | 23 |
| 5.1 Demence – zaměřeno na Alzheimerovu chorobu | 24 |
| 5.2 Charakteristika onemocnění..... | 26 |
| 5.3 Průběh Alzheimerovy choroby | 27 |
| 5.4 Terapie Alzheimerovy choroby..... | 29 |
| 6 Stacionář pro klienty s handicapem | 32 |
| Závěr | 34 |
| Seznam literatury | 36 |
| ABSTRAKT..... | 38 |
| ABSTRACT | 39 |

Úvod

V oboru sociálních prací zatím nepracuji, ale v období po roce 2000 jsem se o něj začal blíže a podrobněji zajímat. V této době jsem pomáhal svému otci v péči o jeho nemocnou sestru a později jsme se společně s manželkou starali i o mého tatínka. V obou případech šlo v posledních fázích jejich životů, nejen o onemocnění stárnoucího těla, ale také o potíže duševní související s demencí. Také jsem v této době začal pracovat jako dobrovolník v respitní péči pro Českou alzheimerskou společnost prostřednictvím Městské charity v Plzni.

Tyto události a podněty, kterými jsem prošel, mne přivedly k zájmu o otázky stárnutí, stáří, nemocí a s nimi souvisejícími problémy. Jsou to například oblasti sociální politiky, sociálního zabezpečení, sociální péče. Jedná se o terénní ošetřování přímo v rodinách nemocných, pečovatelské služby, o služby pomoci osamělým starým lidem nebo o služby a pomáhání rodinám, které o svého nemocného seniora pečují. Cílem mé práce je uvést některé teoretické základy sociální práce se starými a nemocnými osobami a snažím se zachytit některé aspekty a směřování péče o seniora postiženého demencí. Jde o to umožnit lidem na sklonku života, kteří jsou často postiženi těžkou nemocí, žít život spokojený, pokud možno aktivní a naplněný. Musíme si uvědomit, že staří lidé touží především po lidské blízkosti. Chtějí být milováni, chápáni a uznáváni. Je pro ně důležitá smysluplnost vlastního života a pocit, že zde nejsou jen pro sebe, ale také to, že jsou důležití pro svou rodinu, pro své blízké a také pro celou společnost. Ne všichni senioři mají to štěstí, že mohou dožít ve své domácnosti, mezi svými blízkými. Ti, kdo se už o sobe nedokážou postarat mají právo na služby sociální pomoci. Sociální pracovník, který tyto služby poskytuje vytváří spojení mezi světem zdravých a nemocných. On je také tím, kdo zjišťuje potřebné informace o životě seniora, a jeho potřebách a případných stížnostech. Vytváří také svět ve kterém senior cítí zájem, důvěru a bezpečí. A právě v tom vidím důležitost a poslání jeho práce.

1 Stáří

Stáří je nevyhnutelnou budoucností každého člověka, je poslední částí jeho životního cyklu. Věk, kterého se lidé dožívají, se prodlužuje. „*Stáří proto má a bude stále víc mít, v celku života každého člověka, větší a vážnější význam.*“¹ Musíme se ho naučit vnímat jako plnohodnotnou součást života a poopravit si mezi lidmi běžný názor, že stáří je nepružné, ztuhlé nebo nehybné. Život seniora by si měl udržet svůj smysl, různorodost a aktivnost.

Nemůžeme společnost rozdělovat na mladé a staré, nýbrž je nezbytné ji vnímat v měřítku smysluplných a rovnoprávných příležitostí a to v oblasti jak rodinného, pracovního i nejširšího společenského života. Musíme vidět lidský život a jeho usilování jako jeden systém a celek. Ve vztahu ke společnosti je rozdíl jen v tom, že mladí lidé do společnosti teprve vstupují a naopak senioři žijí ve společnosti, kterou spoluvytvořili. „*Socializačním problémem pro mládí je přizpůsobení, pro stáří spíše vyrovnání.*“² Přístupy ke stáří a projevy okolí vůči starým lidem vždy oscilovaly mezi kladnými a zápornými. V minulosti, ve starších civilizacích a společnostech byla většinou starým lidem projevována úcta a láska. V průběhu 20. století však došlo k odmítání stáří a dokonce k otevřeně nepřátelským postojům ke stáří. „*V dnešní době je však situace, netypická: obě základní představy nejen že žijí vedle sebe, ale dokonce se chaoticky pomíchaly a o nadvládu nad světem se doslova perou.*“³ „*Stáří jako proces je ve své biologické podstatě stále stejné. Znamená prostě involuční proces organismu, který probíhá rychleji či zvolna, kontinuálně nebo častěji disociovaně, a to po celý život. Stáří bylo však jednotlivci i společností reflektováno a hodnoceno v historizujícím pohledu různí.*“⁴ To, jak se společnost jako celek i jako jednotlivci chová ke svým seniorům, ukazuje na její celkovou vyspělost, na její mravní úroveň. Vypovídá to též o jejím směřování a o komplexní kvalitě života.

¹ Alan, J. Etapy života očima sociologie, s. 386.

² Tamtéž, s. 386.

³ Haškovcová, H. Fenomén stáří, s. 57.

⁴ Haškovcová, H. Fenomén stáří, s. 56.

1.1 Stárnutí a jeho projevy

„Stárnutí je proces, spojený s pozvolným úpadkem tělesných funkcí. V důsledku toho dochází ke změně hodnotového systému.“⁵ S přibývajícimi léty se značně mění způsob života člověka a mnohé změny přicházejí právě v tomto období. Tyto změny mohou být doprovázeny duševními nemocemi, poruchami chování a sníženými rozlišovacími schopnostmi. Nejrizikovější skupinou z tohoto hlediska jsou staří a osamělí nemocní se změněnou psychikou v důsledku věku, arteriosklerosy, senilní demence nebo Alzheimerovy choroby. „Tělesné i psychické chátrání starých lidí zvyšuje asymetrii ve vztahu rodičů a dětí. Mnohé zejména psychické změny vyvolávají ambivalentní emoce, působí jako zátěž. Nutnost trvalé péče o starého a bezmocného rodiče je náročnou situací, která se projeví i změnou v uspokojování mnoha psychických potřeb. Smrt starého rodiče vyvolává silné citové reakce, stárnoucí člověk se tímto způsobem stává příslušníkem nejstarší generace.“⁶

Pro konzumní společnost je stárnutí charakterizováno ošklivějším zjevem. Myslí se tím vrásky, scvrklé a zesláblé tělo. Lidé ve stáří ztrácí sluch, zrak a vůbec pomaleji reagují na podněty zvenců. Mají strach ze samoty a smrti v opuštěnosti. Obtíže spojené se stářím však mnohem méně souvisejí s nedostatky a vadami starých lidí, než s tím, jak je společnost vnímá a jak se na ně dívá. Pokud se na staré lidi nebudeme dívat s láskou a nadějí a nebudeme s nimi počítat ani si jich všímat, pak nebudou mít staří lidé pro koho žít. Často se také říká, že staří lidé se dříve těšili vážnosti a úctě. Historické prameny naznačují, že vztah ke starším lidem nebyl ani v minulosti úplně ideální. Společnost by právě ve stáří měla svým členům pomáhat přinášet jim pomoc a oporu. *„Péče o bezvládné, psychicky změněné staré nemocné upoutané na lůžko bez perspektivy, že je kdy v budoucnu opustí není ničím jiným, než hledáním smyslu lidské existence. Postoj ke stáří je ukazatelem úrovně každé společnosti a péče o starší a přestárlé občany je starostí každé země, zvláště při předpokladu nárůstu obyvatel vyšších věkových skupin.“⁷* *“V odborné terminologii bývá starý člověk označován, a to nikoliv hanlivě jako geront. Nauka o stárnutí a stáří se proto nazývá gerontologie. Pokud*

⁵ Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 437.

⁶ Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 438.

⁷ Kala, M., Kubínek, R. Nemocnice aneb rukověť zvládnutého pacienta, s. 141.

je snahou nauky o stáří zabývat se stářím z pohledu klinického, tedy diagnostického a léčebného, pak bývá používán název geriatry. Stáří samo o sobě není za nemoc pokládáno, ale bývá chorobami provázeno a také choroby, které se jinak mohou objevit v kterékoliv jiné životní etapě, se vlivem stáří projevují poněkud jinak. Neoptimálnější je možnost poskytovat veškerou potřebnou péči v prostředí, ve kterém je starý člověk zvyklý žít, tedy nejlépe v prostředí domácím.“⁸

1.2 Projevy přirozeného stárnutí a stáří

Přirozené stárnutí a stáří je charakterizováno individuální závislostí a klinicky významnými rozdíly mezi jedinci v nástupu orgánových změn. Typická je regrese a úbytek struktur a funkcí. Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou periodou a jeho kvalita je dána celým předcházejícím životem. Stárnutí se týká oblasti biologické (somatické), psychické i sociální. *„Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka.“⁹* Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces. V různých literaturách se lze setkat s různými definicemi stárnutí a stáří. V podstatě se nejruznější závěry o této problematice dají shrnout do obecného závěru, že stáří je závěrečnou fází lidského života, která spočívá ve smíření se člověka s nevyhnutelným koncem. Toto období je charakterizováno involučními změnami, které se týkají jak fyzického, tak psychického stavu jedince.

Dle Vymětala se lidský život dělí na dopoledne (zhruba do 35 let) a životní odpoledne, kdy se lidský jedinec *„introvertizuje a postupně obrací k duchovním oblastem. Stáří závisí především na zdravotním stavu, hodnotové orientaci, možnosti uplatnění a přijetím člověka nejbližším okolím.“¹⁰*

Průběhu stárnutí říkáme život. Délka života je geneticky determinována a pro každý živočišný druh je specifická - od několika hodin do desítek let. Stejně

⁸ Kala, M., Kubínek, R. Nemocnice aneb rukověť zvládavého pacienta, s. 140.

⁹ Pacovský, V. Geriatrie: Geriatrická diagnostika, s. 22.

¹⁰ Vymětal, J. Lékařská psychologie. s. 29.

tak je tomu i u člověka, u něhož se předpokládá multifaktoriální typ dědičnosti. Odhaduje se, že maximální délka života je asi 120 až 130 let.

1.3 Důsledky stárnutí obyvatelstva

Stárnutí ovlivňuje společnost jako celek. Pracující osoby musí vyprodukovat takové množství výrobků, aby uspokojily nejen své životní potřeby, ale též potřeby ostatních členů společnosti (ekonomicky neaktivních). Důchodové zabezpečení (pojištění) tvoří největší podíl sociálních nákladů. *„Největším ekonomickým problémem v souvislosti se stárnutím obyvatelstva je zajištění finančních prostředků na důchody.“*¹¹ Stejně tak důležité je i zajištění finančních prostředků pro zdravotnictví. *„Potřeba zdravotní péče stoupá samozřejmě s věkem. Vyjádřeno v korunách, zhruba do 50 let spotřebuje všeobecné zdravotní pojištění na naše zdraví méně než průměrných 11 tisíc za rok na jednoho pojištěnce. Ale pak z našetřeného rychle vybíráme a ve věkové skupině 70-74letých je to více než dvakrát tolik. S dále přibývajícím věkem náklady na udržení zdraví už nerostou.“*¹² Stárnutí obyvatelstva, je přirozený výsledek sociálně ekonomického a demografického vývoje, je spojeno s důsledky jak pro společnost, tak i pro jednotlivce. *„Se stárím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.“*¹³

1.3.1 Zdravotně sociální důsledky

„Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak a sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá

¹¹ Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, s. 24 .

¹² Možný, I. Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života., s. 65.

¹³ Iva Holmerová a spol., Madridský plán a jiné strategické dokumenty, s. 64

déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí stáří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.“¹⁴

Zdravotně sociální důsledky stárnutí obyvatelstva jsou dány vyšší nemocností starých lidí a zvýšenou potřebou zdravotní a sociální péče. Se zvyšujícím se věkem vzrůstá výskyt prevalence chronických chorob a vzrůstá multimorbidita (řetězení chorob, kdy jedna choroba vyvolává druhou). Sklon k multimorbiditě je pro vyšší věk typický. Ve věku nad 85 let již prakticky nikdo není bez nějaké chronické nemoci. Vysoká nemocnost a její následky vedou k vysoké spotřebě ambulantní i ústavní zdravotní a sociální péče. Nejzávažnějším důsledkem bývá snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti. „Zvýšená potřeba péče vede ke zvýšení spotřeby zdravotní a sociální péče. Těžiště této péče je v ambulantních, zdravotnických a sociálních službách. Zvýšená potřeba se projevuje i ve zvýšení nákladů na zdravotní péči.“¹⁵

1.3.2 Sociologické a sociálně psychologické důsledky

Sociologické a sociálně psychologické důsledky stárnutí jsou dány především postoji a chováním obyvatelstva, zejména mladší generace. Dalším faktorem je změna charakteru rodiny, kterou tvoří jedna generace. V minulosti měla rodina charakter vícegenerační. „Změny v rodinném chování lidí v západních společnostech, k nimž došlo během 20. století, nejsou projevem všeobecného úpadku, i když je tak někteří komentátoři tohoto vývoje interpretují.

Rodina je společenskou institucí. Její podobu ovlivňují prominentní hodnoty dané společnosti. Neexistuje způsob jak navrátit „staré zlaté časy“ soudržných rodin, které měly více dětí, nerozváděly se a staraly se o své děti a nemocné členy.“¹⁶ Potřebná je větší sociální integrace starých občanů v rodině a společnosti

¹⁴ Iva Holmerová a spol., Madridský plán a jiné strategické dokumenty, s. 64.

¹⁵ Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, s. 24.

¹⁶ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 182.

(podpora pracovní aktivity, prevence a zvládnání důsledků osamělosti a sociální izolace, využití zkušenosti a moudrosti seniorů). Seniors je důležité motivovat a podpořit, v péči o seniory musí sociální pracovník klienta i jeho rodinu přijímat jako partnery a spolupracovníky.

Klíčový význam pro další rozvoj má princip solidarity mezi generacemi, vzájemné respektování potřeb a vzájemné ústupky mladších a starších. Hlavním životním zázemím pro staršího člověka by měla být správně fungující rodina.

„Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoliv dle schopnosti si takovou péči zaplatit, podle prostředí, ze kterého pocházejí, či s ohledem na životní styl.“¹⁷

2 Nemoci ve stáří

Zdraví ovlivňuje veškeré aspekty života, zejména pak ve vyšším věku a ve stáří. Má vliv na kvalitu života a také na postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. *„Definice zdraví podle světové zdravotnické organizace WHO říká, že zdraví je plné tělesné, duševní sociální a duchovní blaho člověka.“¹⁸* Jaká jsou však kritéria, za kterých je starý člověk zdravý? Může to být tehdy, pokud u seniora není přítomna nemoc, zjevná choroba nebo omezující symptom. Pokud on sám se cítí dobře, považuje se za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života. S tímto souvisí také jeho soběstačnost.

Mezi hlavní ukazatele nemocnosti ve stáří patří: polymorbidita, tendence k chronické nemocnosti, vysoká nesoběstačnost, handicapovanost a významný podíl sociálních faktorů na vznik a průběh choroby.

Weber mluví o velkých geriatrických problémech, mezi které patří imobilita, instabilita, inkontinence a intelektové poruchy. V angličtině se hovoří o *“GIANTS OF GERIATRICS, což v doslovném překladu znamená geriatrictí „giganti nebo obři“.*¹⁹ U nemocného seniora je prožívání nemoci závislé na jeho sociální zakotvenosti, především na rodině. Ta může, ale také nemusí poskytovat bezpečné

¹⁷ Iva Holmerová a spol., Madridský plán, s. 65.

¹⁸ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.196.

¹⁹ Weber, P. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru, s. 36.

prostředí, zázemí a podporu. Prožívání nemoci souvisí s pocitem důvěry ve vlastní rodinu, ale také jde o důvěru k lékařům, k ošetřujícím i ke zdravotnickým zařízením. Člověk, jako individualita, jeho povaha, postoje a zkušenosti vytvářejí konečný způsob chování a prožívání nemoci.

2.1 Prevence v rámci geriatric

„Prevence znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady nebo zamezení toho, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení.“²⁰ V současné době se svého stáří dožívá stále více lidí. Cílem preventivních snah je především to, aby senior mohl prožít své stáří co nejzdravěji, a co nejspokojeněji. Tato prevence „předpokládá i spolupráci člověka samotného, aby měl aktivní přístup k ochraně svého zdraví, připravoval se na stáří a dokázal ho lépe zvládat.“²¹ Prodlužování života ve stáří, však není příliš podporováno, ani veřejností, ani samotným zdravotnictvím. Veřejnost se na stáří dívá jako na nemohoucnost a jako na období nemoci a utrpení. Proto podle některých nestojí za to, život prodlužovat. Náklady na zdravotní a sociální služby pro staré lidi se stále zvyšují. Co se preventivní strategie týče, měla by se vhodným způsobem především udržet soběstačnost starého člověka a udržet jeho schopnost žít samostatně ve svém domácím prostředí. „Léčba je často spojena s nácviem soběstačnosti a nezávislosti, které směřuje k návratu domů.“²² Dalším cílem je také zabránit selhání rodinné péče a nenechat klesnout kvalitu života seniora. „Jedině pacient – a to i když je starý a velmi nemocný – má právo sám rozhodovat o způsobu, jakým s ním bude zacházeno, a o řešení své budoucnosti.“²³ Toto je však možné pouze za předpokladu prevence specifické nemoci a nebo snížením negativních důsledků chorob. Ve stáří je cílem prevence snižovat riziko vzniku chorob v oblastech abstinence tabákových výrobků, fyzické aktivity a správné životosprávy. Důležitá je i opomíjená prevence úrazů a prevence infekčních

²⁰ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.91.

²¹ Kala, M., Kubínek, R. Nemocnice aneb rukověť zvědavého pacienta, s. 140.

²² Tamtéž, s. 141.

²³ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.170.

chorob. U seniorů se cílem prevence stávají funkční poruchy, sensorické defekty, poruchy výživy a prevence onkologická. V oblasti duševních poruch je situace složitá a citlivá, protože poruchy nastávají pozvolna, ale zhoršují se a stav nemocných je nevratný. „*Je především třeba znát potřeby rizikových starých osob a nabídnout jim služby, které na individuální rovině pomohou řešit jejich náročnou životní situaci, ať už vzniklou ze zdravotních sociálních či ekonomických důvodů.*“²⁴

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží ovlivňující psychiku nemocného a může do značné míry změnit také některé vlastnosti jeho osobnosti. Pokud někdo závažněji onemocní, změní se určitým způsobem do jisté míry i jeho identita. Samotný postoj nemocného k prožívání vlastní choroby je ovlivněn faktory sociálními, somatickými a psychickými.

2.2 Sociální faktory

„*Sociální změny přinášejí pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou zejména změny přinášející zpretrhání sociálních vztahů, odchod do důchodu, změna bydliště, odchod do ústavní péče, nebo smrt blízkého člověka.*“²⁵ Somatická nemoc je jednou z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli může poskytovat i určité výhody. K nim může patřit, většinou ale v určitém omezeném čase, zvýšená trpělivost a sympatie okolí k nemocnému. Společnost je též schopna nemocnému tolerovat některé nedostatky. Bohužel je naším velkým sociálním nedostatkem, že více strádajícímu tolerujeme bolest fyzickou, než potíže psychického rázu. Ty spíše odsouváme do pozadí, či dokonce nemocného obviňujeme ze simulace a přehrávání. Staří lidé „*Někdy neumějí nemohou nebo nechtějí signalizovat své potřeby.*“²⁶ Nemoc chápeme jako samozřejmou součást života, zejména pak v období stáří. Závažně nemocný člověk získává určitou sociální roli. Nemocný nebývá považován za viníka svého

²⁴ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.172.

²⁵ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 164.

²⁶ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 172.

nežádoucího stavu a nepředpokládá se, že by si mohl pomoci sám. Od nemocného se očekává chuť se uzdravit a spolupráce při léčbě. Nemoc se netýká jen samotného člověka, ale má i dopad na celou rodinu. Za těchto okolností ztrácí všechny záležitosti svůj význam a veškeré úsilí a zájem se soustřeďuje na zvládnutí základního problému – nemoci. „Sociální pracovník je starším pacientům k dispozici, aby jim pomohl hledat řešení jejich svízelné životní situace a podpořil pacienta i jejich rodinu v jejich rozhodování.“²⁷ Rodina je pro těžce nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu poskytuje přijatelnou integraci a poskytne mu i potřebnou pomoc i emoční podporu. Rodina zůstane pro nemocného jedinou sociální skupinou, kde nemocnému zůstává jeho specifická role. Stávají se však i případy, kdy se rodina od nemocného člena odvrátí.

2.3 Psychosomatické vztahy a onemocnění

Nikdy nemůžeme oddělit tělesnou stránku jedince od jeho složky psychické. Tyto dvě podstaty jsou nerozlučně spjaty nervovou soustavou. Pokud se nějaká jedincova stránka nápadně vyčleňuje u jedné složky, zákonitě se promítne i u stránky druhé. Jsme tedy propojenou nádobou a fyzické se zákonitě promítá do psychického a naopak.

Při stresové situaci se mění emoční ladění, což má přímý dopad na tělesný stav jedince. Tyto změny nejsou závislé na vůli člověka, nelze je tedy vlastní vůlí ovlivnit. Při vzniku jakéhokoliv onemocnění je na místě brát v úvahu somatické, psychické i sociální faktory. *„Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník, bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něho může vyjádřit svoji vůli s jeho podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem.“*²⁸

Psychické problémy způsobené somatickým nebo psychickým onemocněním: Každé onemocnění nepůsobí jen tělesné potíže, ale ovlivňuje člověka i psychicky.

²⁷ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.170.

²⁸ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 164.

Ovlivňuje jeho aktuální prožívání a uvažování. Z toho vyplývá i způsob chování nemocného. Obecně platí, že čím závažnější chorobou člověk trpí, tím více na tento fakt reaguje podrážděněji. Výjimkou není agresivní chování nebo nebezpečí toho, že si nemocný sám ublíží. Pro mnohé z nemocných nebo z hospitalizovaných představuje jejich závažné onemocnění zátěž, se kterou se musí vyrovnat. Pro zvládnání zátěží se používá termín „ *coping* “²⁹. Je to schopnost člověka, přiměřeně se vyrovnat s nároky, které jsou na něj kladeny.

3 Lidé se zdravotním postižením

Lidé se zdravotním postižením musí řešit mnoho specifických problémů. Často nemají dostatek informací a příležitostí k tomu, aby využili všech svých předpokladů k samostatnosti. Pokud oni a jejich rodiny nemají včas dost informací a podpory, rodina se rozpadá. Takovému člověku zbavenému rodinného zázemí pak často zbývá jediná možnost – žít v ústavu sociální péče nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Kvalita jeho života ve srovnání s ostatní společností výrazně klesá. Tomu je třeba předejít. Více než jinde tady platí, že pomoc musí přijít včas. *„Všechny zdroje musí být dostupné každému. Osoby se zdravotním znevýhodněním jsou především občané a mají právo žít ve své původní komunitě, měly by dostávat takovou podporu, jakou v rámci standardních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb potřebují.“*³⁰ Vycházím z přesvědčení, že člověk na vozíku může a má právo žít kvalitním a aktivním životem, stejně jako ostatní lidé. Potřebuje pro to jen vhodné podmínky, neobejde se také bez rady a pomoci. Hlavní prioritou života zdravotně postižených zůstává, zejména podpora možností navrácení se a setrvání v přirozeném prostředí. S tím souvisí potřeba zajištění bio-psycho-sociální pohody. Důležitá je poté další možnost uplatnění se ve společenském životě. Sociální práce se v průběhu 20.století stala „ *společenskovědní disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů* . Sociální práce se opírá jednak o rámec

²⁹ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 274.

³⁰ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 92

společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.“³¹

3.1 Údaje o struktuře osob s postižením

Odhaduje se, že v EU žije asi 38 mil. zdravotně postižených z 375 mil. obyvatel a v České Republice žije asi 1,2 mil. zdravotně postižených z 10 mil. obyvatel.

1,0% = 100 tis. zrakově postižených

2,5% = 250 tis. lidí s postižením sluchu

3,0% = 300 tis. tělesně postižených

1,5% = 150 tis. lidí se závažnými civilizačními a obdobnými interními nemocemi

3,0% = 300 tis. lidí s mentálním postižením

1,0% = 100 tis. lidí s duševním (psychiatrickým) onemocněním

„Statistiky vypracované OSN a WHO uvádějí, že na světě žije asi 500 mil. lidí se zdravotním znevýhodněním. Jedná se zhruba o každého desátého člověka.

Podle Vysokajové(2000), žije v ČR asi 1,2mil. občanů se zdravotním znevýhodněním.“³²

3.2 Obecná charakteristika struktury zdravotní a sociální péče o staré občany

„Obecně je systém sociální péče definován jako pomoc státu občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského pojištění, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří pomoc potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a nebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“³³

Zdravotní a sociální péči o staré občany nelze oddělovat, protože zdravotní a sociální problémy bývají u starých lidí vzájemně propojeny. *„Péče by měla*

³¹ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 11

³² Matoušek, O. *Sociální práce v praxi*, s. 90.

³³ Přib, J. *Průvodce sociálními dávkami*, s. 76.

počítat s kontextem klientových vztahů. Vždy je třeba mít na mysli, že člověk je součástí rodiny, vztahu, pracovního či přátelského společenství.“³⁴ V každém typu zařízení se poskytují oba tyto druhy péče. Zdravotní péče má být proto kontinuální, aktivní, soustavná a komplexní s vysokým podílem sociální péče. „Pomoc by měla být poskytována v co nejméně omezujícím prostředí. Mělo by být pravidlem, že při hledání řešení krize, využijeme všechny možnosti, které jsou v souladu s přáním klienta a co nejméně jej ohrozí a determinují do budoucnosti.“³⁵ Je důležité, aby péče zdravotní i sociální byla dostupná pro všechny osoby, které ji potřebují. Vždy by měly být respektovány konkrétní potřeby starého člověka, jeho individualita, důstojnost, právo na soukromí a autonomii. Zákonem je zaručena svobodná volba lékaře, zdravotnického zařízení a pojišťovny. Zdravotní péče je poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Pojistné za důchodce platí stát a tím garantuje jejich právo na péči hrazenou pojišťovnou.

Staří lidé jsou největšími spotřebiteli zdravotní péče. Stárnoucí populace a zhoršující se zdravotní stav jsou příčinou vysoké spotřeby zdravotní péče. Je to hlavně vysoká návštěvnost v ordinacích praktických i odborných lékařů a pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných. Staří pacienti mají specifické zdravotní a psychické problémy a potřeby. Často je nutné řešit zdravotní potíže seniorů zcela odlišně od potřeb ostatní populace. Mluví se o tzv. „geriatrizační medicíny“³⁶. Zvýšený podíl pacientů ve vyšším věku se prakticky objevuje ve všech oborech medicíny. „Zvyšující se podíl pacientů ve vyšším věku prakticky ve všech oborech medicíny, lze označit jako geriatrizační medicíny, proto bychom potřebám starých nemocných měli přizpůsobit strukturu zdravotnických zařízení, spektrum poskytovaných služeb i charakter péče.“³⁷ „V dlouhodobé péči v současné době převažuje tendence ošetřovat nemocné v domácím prostředí, tato tendence vychází ze dvou principů: tzv. princip normalizace zdůrazňuje právo na nezávislý normální život osob s handicapem, akcentuje prvky autonomie a sebeurčení. Druhý je tzv. princip substituce, který se prosazuje od 70. let. Je založen na úspoře nákladů při substituci dražších služeb levnějšími. Tak je nemocniční péče nahrazována levnější péčí ústavní, ta pak péči domácí,

³⁴ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 131.

³⁵ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 132.

³⁶ Topinková, E., Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře, s. 272.

³⁷ Tamtéž, s. 272.

*poskytovanou profesionály a v konečné instanci péčí laickou, poskytovanou rodinou. Oba trendy vedou k omezování ústavních pobytů a dlouhodobé péče.*³⁸

Přáním seniorů je setrvat co nejdéle ve vlastní domácnosti. Umístěním ve zdravotním nebo v sociálním zařízení je pro ně často velkým stresem. S tímto souvisí pojem „hospitalismus“³⁹, je to adaptace klienta na dlouhodobý pobyt v léčebném, podpůrném nebo výchovném ústavním prostředí, doprovázená oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav. Uvádí se, že hospitalismus vzniká tehdy, jestliže člověk (malý i dospělý), žije dlouhodobě izolován ve zdravotnickém (či sociálním) zařízení, v němž chybí programy, které by přinášely psychosociální stimulaci. U pacientů trpících hospitalismem můžeme pozorovat např. apatii, zdánlivě nemotivované projevy agresivity vůči druhým nebo sebepoškozování. Stárnoucí člověk má strach z pobytu v těchto zařízeních, často je pokládá za svoji poslední životní stanici. A je smutnou pravdou, že pobyt v Léčebně dlouhodobě nemocných v Plzni, je skutečně v průměru pro 70 procent jejích pacientů poslední stanici. *„Přesto je třeba si uvědomit, že pro některé občany např. nemocné v těžkém nebo terminálním stavu, závislé na některých zdravotnických výkonech nebo bez rodinného zázemí, je ústavní pobyt jediným a mnohdy optimálním řešením. V dlouhodobé péči je též třeba dbát na vyváženost a přiměřenost v poměru zdravotní a sociální péče podle individuálních potřeb pacienta.*⁴⁰

Umístění do sociálního či zdravotního zařízení přináší u mnohých jedinců nechuť k životu a stálý pocit napětí a strachu. Časté jsou též projevy malicherného stěžování si, sklíčenosti, útočnosti, nespavosti, mnohdy také deprese či pláče. Provází je strach, že budou umírat opuštěni, ve velkých bolestech, ochrnutí nebo bezmocní. Pokud je člověk v domácím prostředí a alespoň částečně se stará sám o sebe, zakouší pocit zodpovědnosti, který ho povzbuzuje, zatímco v nemocnici trvalá péče a omezení mohou způsobit útlum osobnosti. Starý člověk se těžko přizpůsobuje novému prostředí, těžko snáší odloučení od své rodiny a svých nejbližších přátel. Naproti tomu se však někteří nemocní vyrovnávají s něčím nepříjemným tím, že se s tím prostě ztotožní. Tím se pak dají vysvětlit mnohdy nepochopitelné sympatie pacientů k nemocnici, do které se těší a cítí se tam jako

³⁸ Topinková, E., Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře, s.278.

³⁹ Edelsberger L., Defektologický slovník, s. 134

⁴⁰ Topinková E., Neuwirth J., Geriatrie pro praktického lékaře, s. 278

doma. Stává se tak přesto, že pobyt v nemocnici pro ně znamená reálné nepohodlí, popřípadě utrpení. Tento proces se označuje termínem „identifikace“⁴¹. „Vzhledem k charakteru dlouhodobé péče by ústavy měly plnit dvě zdánlivě neslučitelné role: poskytovat zdravotně sociální péči v ústavním režimu a současně být domovem pro své obyvatele.“⁴²

Hlavní úlohou společnosti při péči o staré lidi je zajistit jim možnost a vytvořit jim podmínky k vedení samostatného života. K tomu je zapotřebí spolupráce rodiny, pomoci komunity a zájmu společenských institucí. Koncepce zdravotní a sociální péče musí vycházet z poznání jejich zdravotní a sociální situace, jejich potřeb, přání a názorů. Starý člověk se často špatně adaptuje na pobyt v ústavním zařízení, i když je tam mnohdy o něj postaráno lépe než doma. To si ale starý člověk může, ale i nemusí připouštět. Senior potřebuje mít svou náplň dne a své určité povinnosti, neboť jen tak se necítí zbytečný a na obtíž. Musí ale vědět, kdo mu v případě potřeby poskytne pomoc. Stoupající počet starých osob, jejich vyšší morbidita a disaptibilita ovlivňuje celkovou potřebu a spotřebu zdravotnických služeb pro tuto věkovou skupinu. Stárnutí populace se tak stává závažným, celospolečenským problémem. Je to problém politický a v neposlední řadě také problém morálně- etický.

„Z historického pohledu je známo, že každá evropská země si vytvořila vlastní infrastrukturu služeb pro seniory. Téměř v celé Evropě je patrný trend rozšiřování ambulantní péče a služeb poskytovaných přímo v rodině seniora. Naopak je vidět snaha zkracovat hospitalizaci a snižovat délku dlouhodobých a ústavních pobytů. Dochází také k rozvoji některých netradičních forem péče o staré občany. Jsou to např. denní a týdenní stacionáře, domy-penziony a domy s pečovatelskou službou. Podporována je také péče o staré lidi v rodině, činnost občanských a svépomocných skupin a dobrovolnické aktivity.“⁴³

⁴¹ Edelsberger L., Defektologický slovník, s. 151

⁴² Topinková, E., Neuwirth J. Geriatrie pro praktického lékaře, s. 279.

⁴³ Topinková, E., Neuwirth J. Geriatrie pro praktického lékaře, s. 272.

4 Význam sociální práce v péči o seniory

Seniorský věk přináší celou řadu problémů a rizik. Prvním rizikem je bezesporu věk člověka, přičemž rizikovým se má na mysli věk vyšší než 80 let. Před starým člověkem se také objeví celá řada problémů, které spočívají v nezvládnutí a v nezvládání situací, které jsou spojeny s odchodem do starobního důchodu, se ztrátou dřívějších životních rolí, aktivit, činností a programu-režimu dne. *„Hendicap může být způsobem postiženým člověka, ale přinejmenším stejnou měrou také nevhodnými životními podmínkami“*.⁴⁴ Starý člověk se často cítí osamocen, to znamená v sociální izolaci. Nastávají problémy v rodině, konflikty a neshody s partnerem, druhem nebo dětmi. Senior se tak stává závislý na svém okolí. *„Závislost nese s sebou samozřejmě i určitá omezení.“*⁴⁵ Starý člověk se také často musí vyrovnat se smrtí svého životního partnera. Senior pak stojí před rozhodnutím, zda využít možností ústavní péče, např. domov pro seniory, a tím podstatně změnit dosavadní návyky a způsob života. V případě těžkého onemocnění se pak jedná o umístění v zařízeních určených k dlouhodobému pobytu, např. léčebna dlouhodobě nemocných. Stáří je ve své konečné fázi spojeno s umíráním a se smrtí.

Práce v sociální sféře předpokládá u zdravé společnosti k lidem handicapovaným *„empatii, jedná se o vcítěný se do situace druhé osoby, emocionální ztotožnění se s jejím viděním, cítěním, chápáním“*.⁴⁶ Z toho vyplývá, že sociální práce se nutně opírá o vzájemnou lidskou svépomoc a solidaritu. Sociální péče, která je její součástí zahrnuje úsilí státních i soukromých subjektů při řešení životních situací, které občané nejsou schopni řešit vlastními silami nebo s pomocí své rodiny. Stát je činný sám a nebo za podpory soukromoprávních spolků, církví apod. Pojem sociální péče se do jisté míry prolíná s pojmem sociálního zabezpečení, které zpravidla doplňuje. Sociální zabezpečení ve své podstatě představuje důchodové zabezpečení a sociální péči. Jedná se o soubor institucí, zařízení a opatření, kterými se předchází nebo zmírňují či odstraňují následky sociálních událostí. Je to praktická činnost při řešení otázek stáří, nezaměstnanosti, mateřství, rodičovství, úmrtí živitele, ohrožení zdraví, nemoci,

⁴⁴ Pichaud, C., Thareauová I. Soužití se staršími lidmi, s. 57.

⁴⁵ Pichaud, C., Thareauová I. Soužití se staršími lidmi, s. 57.

⁴⁶ Rezníček, I. Metody sociální práce, s. 71.

invalidity a zdravotního poškození. „Sociální péče vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný prostor jednotlivce. Sociální péče se realizuje sociálním pojištěním, zdravotním pojištěním, státními podporami, sociální pomocí a sociálními službami.“⁴⁷ Sociální péče je poskytována pro seniory, pro zdravotně postižené občany a nebo pro občany sociálně dezintegrované. Zaměřuje se též na rodiny nestandardní nebo disfunkční. „Sociální práce však má výlučné postavení v tom, že se jejím prostřednictvím transferují zdroje k závislým lidem.“

48

Sociální pracovník v pomáhající profesi žije uprostřed společnosti, která je ve své většině zaměřena na výkon. Jeho činnost je různorodá a očekává se, že je a bude schopen pomáhat lidem řešit a zvládat jejich sociální, emoční nebo komunikační problémy. Typ takto zaměřené pomoci bývá označován jako pomáhání na primární úrovni. „Efektivní pomáhání by mělo vycházet z dobré znalosti osobní a sociální situace toho, komu je pomáháno, případně i ze znalosti očekávání jiných lidí, kteří jsou v situaci znevýhodněné osoby angažováni. Pomáhání vyžaduje otevřený a vnímavý postoj pomáhajícího, v některých případech talent v příslušných dovednostech.“⁴⁹

4.1 Rodina a její dysfunkce

„Jednoho dne už starý člověk nemůže dělat tolik věcí jako dříve. Co se s ním teď stane, když už není tak užitečný? Může nastat den, kdy už není schopen žít sám a bez výrazné pomoci rodiny. Jeden velký evropský průzkum potvrzuje: Rodina i nadále zůstává jednou z největších světových institucí, která se ujímá starých a bezmocných lidí. V evropském společenství se odhaduje, že o 70 až 80 procent starých nesamostatných lidí se stará jeden člen rodiny. Závislost starého rodiče na pomoci druhých se týká celého rodinného systému.“⁵⁰

⁴⁷ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 210.

⁴⁸ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 25.

⁴⁹ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 150.

⁵⁰ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi, s. 57.

Při narušení sociální rovnováhy vznikají situace, které seniora nepříznivě ovlivňují a ovlivňují jeho život. Z mnoha okolností, které působí na starého člověka ve zdraví i v nemoci, jsou rodina a prostředí, které ho obklopuje. Zhodnocení prostředí a podmínek života lze nejlépe realizovat posouzením života v domácnosti. Starý člověk reaguje nepříznivě na chronické neshody ve své rodině. Také se obtížně adaptuje na změnu rodinné struktury, na úmrtí člena rodiny nebo na případné odloučení či rozvod.

Mnoho starých lidí se zajímá o chod své rodiny i ve svém vysokém věku a se změnami se vyrovnává způsobem sobě vlastním. Důležitou roli zde hrají vzájemné vztahy. Vážná situace nastává při soužití se starým člověkem v případě jeho onemocnění. Při těžkém onemocnění nebo handicapu hraje důležitou roli motivace rodiny, která má svůj původ v jejích morálních kvalitách. *„Stáří není nemoc! Starší lidé mohou být samozřejmě také nemocní. Avšak díky některým opatřením, která činíme během celého života lze nemocem předcházet a tím si stáří usnadnit. Zdraví však nespočívá pouze v nepřítomnosti nemoci. Znamená také být ve své kůži a mít hlavu na svém místě a být dobře přizpůsoben svému prostředí. Všichni, kteří obklopují starého člověka, mohou být pokládány za pečovatele v tom smyslu, že se o něj starají, aby mu pomohli žít.“*⁵¹ Někteří handicapovaní vyžadují péči, které musí předcházet určitý odborný výcvik a profesionální dovednosti. V této oblasti pomáhají rodinám zdravotníci, kteří poskytují dostatek informací k dané problematice.

4.2 Sociální izolace

*„Úplná sociální integrace je stav společenské a osobní pohody a úplná účast v sociálních vztazích.“*⁵² Člověk je tvor od přírody společenský, navyklý sdružovat se a žít ve společenství s ostatními lidmi. Sociální izolace znamená pro člověka jeho vyřazení ze společenství. *„Ve společenské izolaci, jsou osoby u nichž je schopnost společenských vztahů nezjistitelná pro jejich izolovanost (osoby v ústavech sociální péče, osoby s těžkými mentálními handicap, nebo*

⁵¹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi, s. 67.

⁵² Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 97.

osoby s fatálními tělesnými vadami).“⁵³ Může být dobrovolná (vzniklá za předpokladu, že člověk je samotářem a nevyhledává společnost) nebo nucená (z důvodu nebezpečí šíření nákazy nebo pro možný konflikt práv jedince ve společnosti).

Psychosociální faktory izolace mohou souviset s osamělostí, která vzniká po ztrátě životního partnera nebo souvisí s odchodem do starobního důchodu, který je subjektivně hodnocen jako sociální ztráta a prohra. U seniorů se objevuje pocit nepotřebnosti a také „nepřipravenosti“ na stáří.

Z důvodu handicapů se staří lidé mohou vyhybat společenským kontaktům. Handicapy rozumíme obtěžující potíže (chronická bolest, inkontinence), poruchy smyslů (sluchu, zraku) nebo architektonické bariéry. *„Včasná intervence může zabránit sociální smrti, tedy tomu, aby pacient nezemřel psychicky a sociálně, dokud je ještě naživu, aby zůstal členem svého společenství a pokračoval ve svých společenských rolích podle svých fyzických sil, aby neumíral a nezemřel v izolaci a sám, odtržen a odtržen od všeho lidského.“*⁵⁴

U osamělých starých lidí se často objevují zvláštní formy chování, jako jsou zvýšená agresivita nebo snížená tolerance v přítomnosti jiných ve svém okolí. Starý člověk si zvýšeně uvědomuje svou osamělost, vynucuje si pozornost a je ochoten přijímat pomoc i v situacích, kdy to není bezpodmínečně nutné. U seniorům dochází ke ztrátě motivace plnit běžné úkoly všedního života. Senior si zoufá a zanedbává sám sebe. Často je zachována inteligence, ale dochází ke krajnímu zanedbávání zevnějšku.

*„Pocit osamění ovlivňují tři faktory: odloučení od rodiny, složitý osobní život, zdravotní problémy. U některých stačí přítomnost jednoho z těchto faktorů, aby pociťovali osamění a když se faktory nahromadí, utrpení je tím větší a nesnesitelnější.“*⁵⁵

5 Co je demence

⁵³ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 98.

⁵⁴ Topinková, E., Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře, s. 280.

⁵⁵ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi, s. 77.

Demence je výsledkem postupně se zhoršujícího, chronického onemocnění mozku, které ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit. Je charakterizována celkovým zhoršováním korových funkcí mozku, tedy paměti. Ubývá schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů, emočních reakcí, to vše bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující. Nejčastějšími typy jsou demence vaskulární čili multiinfarktové, tedy demence způsobené degenerací mozkové tkáně v důsledku poruchy oběhu krve v mozku a především Alzheimerova nemoc, která tvoří minimálně polovinu všech demencí.⁵⁶ *“Prvním signálem demence bývá nápadnější zhoršení paměti. Postupně může dojít k tak velké poruše paměťových funkcí, že si člověk nedokáže vybavit ani staré a dostatečně zafixované informace. Dalším typickým projevem pokračující demence je ztráta schopnosti logicky uvažovat a z toho vyplývající porucha soudnosti. V rámci demence dochází k osobnostním změnám, ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování a k redukci zájmů.”*⁵⁷ Příčiny této choroby zůstávají dosud neznámy, avšak podezřelých je hned několik faktorů, například genetické, zánětlivé, virové, životní prostředí. Vyšetřování choroby se provádí pomocí testů neuropsychologického stavu, pomocí počítačové tomografie, magnetické rezonance, klinickým vyšetřením. Těmito postupy se provádí tzv. diagnóza diferenciální, tedy vyloučení ostatních chorobných příčin. Definitivní příčinu lze stanovit pouze na základě mozkové biopsie, vyšetření vzorku mozkové tkáně.⁵⁸

5.1 Demence – zaměřeno na Alzheimerovu chorobu

Alzheimerova demence je nejčastější nemocí stáří. Při své praxi pečovatele pro Českou alzheimerovskou společnost a každodenní péči o svého nemocného otce, jsem se s touto mentální chorobou dostal do blízkého kontaktu.

⁵⁶ Srov. Koukolík, F., Jirák, R. Demence. s. 19.

⁵⁷ Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 494.

⁵⁸ Srov. Koukolík, F., Jirák, R. Demence. s. 42.

V této kapitole bych chtěl popsat základní problémy, které provází každodenní život dementního člověka a ukázat čeho se vyvarovat a tím pomoci nemocnému i jeho okolí. „Závažným problémem stárí je demence.“⁵⁹ Kdo nezažil, asi těžko pochopí situaci nemocného. Běžné záležitosti všedního dne, jako podívat se na hodiny a poznat, jaký je čas, samostatně se najíst, umýt, orientovat se v čase a prostoru, poznat své blízké, se mu vzdalují. Potíže vzrůstají i pro okolí nemocného. Demence se stávají závažným zdravotnickým a socioekonomickým problémem současnosti. Většina lidí si myslí, že významný pokles duševních schopností, čili demence, je přirozeným důsledkem stárí jako takového a že proti tomu nelze nic dělat. Nelze však změřit míru utrpení a bolesti nemocných a míru zátěže rodiny a všech, kteří se o ně starají. „U osob starších 60ti let bývá demence diagnostikována ve třech až šesti procentech, ve věku 65 let bývá střední až těžší demencí postiženo 4 až 6 procent lidí, lehčích demencí je pravděpodobně víc. Demencí trpí 20 procent lidí nad 80 let. Nejčastěji jde o atroficko degenerativní demence, do této kategorie patří Alzheimerova choroba.“⁶⁰ Při současném demografickém vývoji bude stát před naší společností celá řada úkolů a problémů, jak zajistit péči o tyto lidi. V současné době trpí touto nemocí u nás 90 až 120 tisíc lidí, psychický a fyzický dopad má i na statisíce rodinných příslušníků těchto nemocných.⁶¹ „Identitu starého člověka velice významně ovlivňuje jeho zdravotní stav. Starý člověk, který trpí závažnějším onemocněním postupně chápe svůj chorobný stav jako trvalou součást vlastní osobnosti.“⁶² Mnohé nemoci ovlivňují starého člověka nejen tělesně, ale také psychicky. „Pod vlivem závažnější demence může člověk svou identitu ztratit.“⁶³ Praxe péče o tyto nemocné v době, kdy už se rodina nemůže nebo nechce starat, byla a někdy stále je, co nejrychlejší umístění v psychiatrické léčebně či v ÚSP. Chci proto zde zmínit, že i člověk s omezeným stupněm vnímání může žít dle možností šťastně a spokojeně při kombinaci péče domácí a stacionární.

⁵⁹ Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 493.

⁶⁰ Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 494.

⁶¹ Srov. Holmerová, I. Na pomoc pečujícím rodinám, s. 5.

⁶² Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 488.

⁶³ Tamtéž, s. 489.

5.2 Charakteristika onemocnění

Alzheimerova demence. *“Jde o nejčastější typ demence, která má na svědomí zhruba 50-70 % všech případů demencí. Poprvé byla popsána v roce 1907 Aloisem Alzheimerem v případové studii tohoto onemocnění u jednapadesátileté ženy“*⁶⁴ Příznaky Alzheimerovy nemoci se vyvíjejí plíživě. Rozlišení od příznaků doprovázejících klinicky normální stárnutí nemusí být zpočátku jednoduché. *„Většina pacientů trpící touto chorobou má 60 nebo více roků, ale onemocnět mohou i lidé ve věku 40 nebo 50 let. Rozhodujícím rysem této nemoci je ztráta nervových buněk mozkové kůry, vedoucí k atrofii mozku a zvětšení mozkových komor. Nedávné studie mozku osob s Alzheimerovou chorobou pomocí mikroskopů ukázaly zvýšené pláty nebo skvrny a neurofibrilární sítě s betaamyloidními bílkovinnými depoty, které pravděpodobně předcházejí vlastní onemocnění“*.⁶⁵

J. M. Zgola uvádí definici demence Alzheimerova typu /dle Americké psychiatrické asociace/ takto:

„A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

- 1. Poruchy paměti /poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené/.*
- 2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:*
 - a/ afázie /porucha řeči/,*
 - b/ apraxie /poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy/,*
 - c/ agnozie /neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že sensorické funkce nejsou postiženy/,*
 - d/ poruchy výkonu činností /např. plánování, organizace, řazení podle posloupností, abstrahování/.*

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.

⁶⁴ Stuart-Hamilton. I. Psychologie stárnutí., s. 183.

⁶⁵ Engel, S. Jak pracuje lidské tělo, s. 3.

*C. Průběh Alzheimerovy nemoci je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností.*⁶⁶

5.3 Průběh Alzheimerovy choroby

V průběhu Alzheimerovy demence se dají odlišit tři fáze, které jsou charakteristické postupným upadáním kognitivních funkcí a narůstajícími behaviorálními problémy nemocného. Pro každou fázi jsou typické jiné příznaky, každá fáze má své specifické problémy. Obecně se uvádí tři stádia choroby: ranné, střední a pokročilé.

1) První stadium – mírná forma (trvá 2- 4 roky)

Pro první stadium jsou typické poruchy kognitivních funkcí. Obvyklými příznaky jsou zhoršování krátkodobé paměti, přechodná časová a prostorová dezorientace. Časté jsou také změny osobností, lidé mají najednou potíže s prosazováním sebe a svých cílů, najednou jakoby ztrácejí zájem o věci, které dříve patřily do jejich každodennosti. Je také celkem běžné, že lidé v této fázi onemocnění mívají problémy s řečí, obtížně hledají i zcela běžná slova, bývá pro ně složité sestavit delší větu. V tomto stadiu choroby jsou nemocní relativně soběstační. Uvádí se, že právě tato fáze choroby je nejvhodnějším okamžikem pro podávání léků.⁶⁷

2) Druhé stadium – středně těžká forma (trvá 2-10 let)

Ve druhém stadiu se prohlubují poruchy kognitivních funkcí a zároveň dochází také k narušení funkcí behaviorálních. K typickým symptomům patří už velké problémy s pamětí, nadále se prohlubují potíže s používáním řeči, a také prostorová orientace bývá nedostatečná. V této fázi nemoci si lidé nedokážou vzpomenout na jména svých nejbližších a zabloudí i ve vlastním bytě. Nemocní

⁶⁶ Zgola, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. s. 19 – 20.

⁶⁷ Srov. Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 6.

už se obvykle nedokážou sami obléknout nebo umýt. Častým jevem jsou také halucinace. Protože nejsou nemocní schopni postarat se sami o sebe, je v tomto stadiu choroby nutné, aby se jim dostávala celodenní péče a také dohled – a to zejména kvůli vzrůstající zmatenosti a bludům.⁶⁸

3) Třetí stadium – těžká forma (trvá 1-3 roky)

Těžká forma je charakteristická demencí pacienta. Nemocný už nerozumí mluvené řeči a sám jí téměř není schopen. Nepoznává nejen své nejbližší, ale například sám sebe (na fotkách nebo v zrcadle). Nevládne se sám najíst. Bývá inkontinentní. Mívá potíže s chůzí, končí upoután na lůžko. Pacient je díky symptomům zcela závislý na svém pečovateli. Vyžaduje náročnou celodenní domácí nebo ústavní péči. Nemocní trpí z psychiatrického hlediska kromě kognitivních a behaviorálních příznaků ještě také sekundárními poruchami. Jsou způsobeny tím, že si nemocní uvědomují své problémy s nemocí, a to v nich vyvolává pocity nejistoty a agrese.⁶⁹ „Alzheimerova choroba postihuje každého člověka jiným způsobem. Forma a průběh nemoci závisí z velké části na tom, o jakou osobnost se jednalo před začátkem nemoci, jaká je pacientova fyzická kondice a jaký byl jeho životní styl. Ne každý člověk postižený Alzheimerovou chorobou vykazuje všechny uvedené příznaky. Každý je postižen trochu jinak. Členění na stadia slouží jen jako pomůcka průvodce průběhem nemoci.“⁷⁰

„dle Global deterioration Scale (dle postižení kognitivních funkcí) :

- bez postižení
- počínající postižení
- lehké postižení
- středně těžké postižení
- pokročilé postižení
- těžké postižení
- velmi těžké postižení“⁷¹

„Vyšetření duševního stavu zahrnuje vyhodnocení kognitivních funkcí i afektivity. Doporučuje se užití standardizovaných nástrojů, jejichž příkladem je

⁶⁸ Srov. Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 7.

⁶⁹ Srov. Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 7.

⁷⁰ Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 6.

⁷¹ Koukolík, F., Jiráček, R. Demence. s. 88.

MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION). Test byl normován pro různé věkové skupiny a různé stupně vzdělání.“⁷²

5.4 Terapie Alzheimerovy choroby

„ V současné době nemáme k dispozici lék, který by tuto chorobu vyléčil. Přesto je možné pro nemocného mnoho udělat.“⁷³ Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence. Je to čtvrtá až pátá nejčastější příčina smrti. Tato choroba je také neobyčejně nákladná, co se týká finanční zátěže zdravotní a sociální sféry. V současnosti probíhá ve světě velmi rozsáhlý výzkum Alzheimerovy choroby z různých aspektů.

Terapie Alzheimerovy choroby, analogicky k terapii dalších chorob, má obsahovat jak složku psychosociální, tak složku biologickou. Z té je nejvýznamnější farmakoterapie. „V současné době již máme k dispozici léky, které mohou oddálit rozvoj kognitivní poruchy a pomohou zvládnout další příznaky onemocnění.“⁷⁴

„Cílem péče je dovolit lidem s postižením, aby mohli být sami sebou a vytvořit jim k tomu, co možná nejlepší podmínky.“⁷⁵

Farmakologickou léčbu je potřeba doplnit nefarmakologickou terapií. Tato terapie se nazývá aktivizační terapie a tvoří ji několik postupů. Jsou to: ergoterapie, kinezioterapie, psychoterapie, pet-terapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie. „Při péči o lidi s Alzheimerovou chorobou pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Může zklidnit nervozitu a neklid. Když si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký úkol, spojuje je v tom okamžiku něco společného. Programy aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa.“⁷⁶

⁷² Holmerová, I. Soubor testů pro gerontologii, s.4.

⁷³ Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 9.

⁷⁴ Tamtéž, s. 9.

⁷⁵ Zgola, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí, s. 110.

⁷⁶ Zgola, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí, s. 148.

Ergoterapie je terapie ušitá na míru pacientových speciálních potřeb, je to aktivita, která napomáhá zachování určitých narušených funkcí, případně pomáhá zajistit jejich kompenzaci. Existuje také kondiční ergoterapie, která by měla pomoci zlepšování duševního stavu dlouhodobě hospitalizovaných lidí (obvykle jsou různé „umělecké“ činnosti, vaření atd.).

Kinezioterapie je terapie pohybem. Nemocní nemívají zpočátku problémy s pohybovým aparátem, přesto i pro jejich zdravotní stav (podporuje trávení, snižuje riziko embolie, úbytku svalové hmoty, nebo plicní infekce) je pravidelný pohyb důležitý.

Pet-terapie využívá blahodárného vlivu domácích zvířátek. Kontakt nemocného se zvířátkem napomáhá celkovému psychickému stavu, působí proti stavům úzkosti, navíc se zklidňuje tep a snižuje tlak.

Reminiscenční terapie vychází ze zachování dlouhodobé paměti, pacienti prohlížejí staré fotky atd.

Psychoterapie by měla zmírnit stavy úzkosti či deprese, podobně působí také muzikoterapie. Doplňkem aktivizační terapie je trénink kognitivních schopností (vyjmenování co největšího počtu rostlin, měst atd.).⁷⁷

Péče o seniory s demencí by měla spočívat v kombinaci těchto prvků: *„Nezávisle na stupni postižení je třeba s obyvateli jednat jako s dospělými lidmi, s vlastní osobitou životní zkušeností. Každý z nich musí dostat při svých každodenních činnostech takovou míru podpory, aby dosahoval co možná nejvyšších osobních úspěchů. Nejlepší podporou k dosažení takovýchto úspěchů je klidné, neuspěchané prostředí, které se orientuje víc na potřeby lidí, než na plnění úkolů.“*⁷⁸ Jednou ze základních podmínek péče je vytvoření bezpečného prostředí. Řada projevů demencí, například zapomnětlivost a zmatenost, může mít za následek různé nebezpečné situace. Je proto třeba, aby prostředí, v němž se pohybuje nemocný, bylo co nejbezpečnější. Při úpravě interiéru bytu je třeba myslet na to, že se nemocní těžko adaptují na změny a provést jen úpravy nezbytné:

-odklidit vše, co překáží, je-li v místnostech, na chodbách či schodištích příliš mnoho věcí, nemocný se ještě hůře orientuje a může snadno upadnout,

⁷⁷ Srov. Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 23.

⁷⁸ Tamtéž, s. 181

- zabezpečit veškeré spotřebiče, neboť nemocný může zapnout kamna nebo zapojit nějaký spotřebič a zapomenout na to, nebo to udělat špatně, sejmut nebo zakrýt ovládací knoflíky spotřebičů, odpojit ze sítě či zavřít přívod plynu, jsou-li spotřebiče mimo provoz,
- zamykat koupelny a prostory se skladovanými potravinami,
- neumožnit nemocným řídit automobil,
- kontrolovat pohyb nemocných, neboť snadno mohou bloudit i se ztratit, instalovat dobré osvětlení, nepouštět je samotné ven,
- plánovat nemocným veškerou činnost a sledovat veškeré denní potřeby, sestavit pravidelný harmonogram, neboť při navyklém denním stereotypu se nemocní cítí daleko jistěji. Dementní pacienti bývají znechucení a nudí se, je třeba jim dávat jednoduché úkoly a tyto opakovat, přihlídnout vždy k momentálním schopnostem nemocného,
- nezapomínat na fyzickou kondici, provádět dle možností jednoduché cviky, využít ergoterapie,
- dbát o vhodnou stravu a dostatek tekutin, jíst společně s nemocným, pro jeho lepší pocit a váš přehled, jak a kolik jídla sní,
- pomáhat s oblékáním, neboť je to pro nemocného složitý úkon,
- zavést stejnou dobu pro hygienu,
- dohlédnout na braní léků, zabezpečit jejich skladování,
- pamatovat na těžkou komunikaci s nemocným, jednat klidně a s citem. Nemocní mají sice potíže s porozuměním řečeného, ale vnímají, jakým stylem se s nimi jedná,
- pochopit změny osobnosti nemocného s postupující chorobou,
- volit vhodný způsob péče, vážít, nakolik je třeba na nemocného dohlížet (od krátkodobých návštěv až po nepřetržitou péči), případně kombinovat péči rodiny s domácí pečovatelskou službou, pobytem v e stacionáři či umístěním v domě s pečovatelskou službou,
- uvažovat o právní a finanční problematice, neboť přijde doba, kdy nemocný Alzheimerovou chorobou už nebude schopen činit odpovídající rozhodnutí, řešit tyto otázky včas, dokud nemocný chápe a může se svobodně rozhodnout,

- nezapomínat na vlastní osobu, fyzický a psychický stav při náročné péči o nemocného, pro získání času na regeneraci sil kombinovat formy péče.⁷⁹
„Účinná péče o osoby s demencí znamená porozumět důsledkům demence ve smyslu funkčním i projevech chování. Demence by neměla být považována za definici vztahující se k poruše, ale spíše jako pomůcka k pochopení těžkostí, kterým tato osoba čelí.“⁸⁰

6 Stacionář pro klienty s handicapem

Velkou pomocí pro rodiny, které pečují o své nemocné seniory je stacionární péče. „Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“⁸¹ Stacionární péče zahrnuje komplexní péči o klienta. Tato služba může být denní nebo celotýdenní. Klienty stacionáře tvoří senioři, klienti handicapovaní a klienti s Alzheimerovou chorobou, pro které je určeno především jedno stacionární oddělení a poradna pro rodinné příslušníky těchto klientů. Tato poradna slouží jako konzultační středisko pro všechny, kteří mají se svými rodinnými příslušníky problémy zejména v oblasti demence. Poradnu však vyhledává i mnoho dalších občanů, kterým stonají jejich nejbližší, aby konzultovali možnosti nevhodnější péče. Tyto služby jsou nabízeny jako pobočka České alzheimerovské společnosti. Cílem této péče je udržení, eventuelně zlepšení psychických a fyzických schopností klientů.

Respitní péče je taková, která přijímá klienty, o které se přechodně nemůže starat rodina. Je to z důvodů nemoci, rekreace nebo delšího pracovního zaneprázdnění. Podmínkou pro přijetí je posouzení zdravotního stavu a vhodnosti umístění v tomto zařízení lékařem Charity. Pobyť ve stacionáři je hrazen klientem dle ceníku služeb.

⁷⁹ Srov. Holmerová, I., Na pomoc pečujícím rodinám, s. 21.

⁸⁰ Zgola, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí, s. 42.

⁸¹ Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dostupné na WWW: < http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf >.

Prostředí stacionářů je stylizováno jako rodinné, aby se klienti cítili bezpečně a příjemně. Tým pracovníků se stará o naplňování individuálních potřeb jednotlivých klientů. Denní režim stacionářů je zaměřen na aktivizaci klientů, kondiční i speciální rehabilitaci, ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii či aromaterapii, případně trénink paměti. Kvalitní nutriční výživa podporuje zlepšení celkové kondice klientů. Ve stacionáři mohou být uspokojovány i spirituální potřeby klientů prostřednictvím návštěv duchovního.

Přijetí do stacionáře je vázané podáním žádosti o umístění. Nutné je potvrzení obvodního lékaře. Důležitá je i částečná mobilita klienta. Při počátečním kontaktu sociální pracovnice informuje rodinu o pravidlech pobytu v denním stacionáři. Důležitá je tedy zdravotní, sociální i rodinná anamnéza. Další důležitou informací je stupeň bezmocnosti- a to vzhledem k výši příspěvku na péči v rámci zákona o sociálních službách. Sociální pracovnice dodává manuál vyřizování bezmocností a sociálních dávek. Potencionální klienti se po domluvě mohou přijít do zařízení podívat i se svou rodinou.

Smyslem péče stacionářů je přispět klientům, kteří nemohou být ve vlastním domácím prostředí, k navození pocitu tělesné, duševní i duchovní pohody a oddálit, co nejvíce ústavní péči. Důkazem této obětavé a kvalitní péče o klienty stacionářů je skutečnost, že jejich často vážný zdravotní stav se daří dlouhodobě stabilizovat.

Během své praxe v plzeňském denním stacionáři jsem se seznámil s provozem tohoto zařízení. Poznal jsem denní rytmus, který je velmi podobný běžnému dennímu životu seniora. Po ranní hygieně- buď s pomocí personálu či samostatně- klienti společně snídají. Jídlo připravují pečovatelky. Dopolední program je zaměřen na denní aktivity, zvláště na reminiscenční terapii. Do stacionáře docházejí studenti odborných škol, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Dle zájmu klientů je vybírána denní činnost. Ta sestává ze čtení knih, hraní her spočívajících v rozvoji kognitivních funkcí, z tréninku paměti, zpěvu či jiné tvůrčí činnosti. Někteří klienti spíše rádi provozují individuální činnost, která může spočívat i ve sledování televize. Pozornost u klientů s diagnózou demence není trvalá, a proto této problematice musíme věnovat zvláštní péči. Po společném obědě nastává doba klidu, který klienti mohou strávit dle vlastního uvážení. Odpolední program je vyplněn procházkami nebo návštěvami rodin.

Zařízení funguje na denní i na týdenní pobyt. Při denním pobytu si rodinní příslušníci klienta vyzvedávají ve večerních hodinách. Naopak při týdenním pobytu je klient předáván do rodinné péče v pátek. Nicméně návštěvy rodinných příslušníků jsou umožněny kdykoliv během dne.

Velký důraz při péči o klienta je kladen na individuální přístup. Na spolupráci s rodinou a na dodržování rituálů, na které jsou pacienti zvyklí.

Tyto typy stacionářů jsou v Plzni zatím jenom dva, s celkovou kapacitou sedmnácti lůžek, která je vzhledem k poptávce nedostačující. Čekací doba na umístění je dlouhá, což může rodiny klientů neúměrně zatížit.

Tento typ zařízení je velmi důležitý v tom, že se snaží imitovat domácí prostředí a klientům umožnit co nejkvalitnější prožití života

Závěr

Seniorů v naší společnosti stále přibývá a problematika péče o nemocného seniora v domácnosti se v určitém životním období týká podstatné části českých rodin. Při snížení soběstačnosti nejstarších členů rodiny přichází mnoho otázek. Jsme ochotni a schopni se o nemocného postarat? Můžeme mu nabídnout i svou domácnost, pokud už není v jeho silách žít samostatně? Rodina musí „*chtít, umět a moci*“⁸² se postarat o svého starého a nemocného člena. Otázka *chtít* je klíčová a otevírá přístup dalším. Ukazuje morální postoj rodiny, její hodnotu a její schopnost oběti pro druhého. Na pečující blízké jsou kladeny poměrně vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, jestliže má být péče skutečně prospěšná.

Aby se uměli postarat, potřebují mít domácí pečovatelé přístup k odborníkům z různých oblastí, aby mohli získat informace, rady a pomoc.

Je mnoho okolností a problémů domácího pečování, které by si měla rodina i senior předem promyslet, aby zjistili, zda se postarat mohou. Měli by zvážit materiální vybavení, prostorové možnosti, rozvržení úkolů, kontinuitu péče možnosti a síly pečujících a měli by se smířit s omezeními vyplývajícími z takové situace. Důležité je zajistit uspokojení všech potřeb nemocného - biologických, psychologických, sociálních a duchovních – a současně umožnit přijatelné

⁸² Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. s. 228.

fungování pečující rodiny. Pokud některá z těchto podmínek není splněna, vystavují se pečující osoby nadměrné zátěži a neúměrnému stresu.

Pečovatelská role přináší také mnoho krásných pocitů, zážitků i radosti, není pouze souhrnem nepříjemných povinností a zdrojem zátěže. Člověka těší, že může starým rodičům odplatit část toho, co do nich dostal, že se o ně dokáže postarat, že jim umožňuje dožít v klidu uprostřed rodiny. Staří lidé umí být vděční, těšit se z maličkostí, naslouchat a rodinní příslušníci s nimi mohou rádi trávit čas. I nemocní a staří jsou stále ti stejní lidé, se kterými nás pojí hlubší vztah, společné zážitky, vzájemné obdarování a jejich známou tvář lze rozpoznat i pod příznaky stáří. Je velká škoda, když je pečující tolik vyčerpán svými úkoly, že už to vše krásné nevidí. Ve své práci jsme uvedl teoretické a praktické základy péče o občana s demencí, což bylo cílem mé práce.

Seznam literatury

1. ALAN, Josef. Etapy života očima sociologie. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. Bez ISBN.
2. Edelsberger, L. Defektologický slovník. Praha: Státní nakladatelství, 1978. Bez ISBN.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Panorama, 1989. Bez ISBN.
4. Holmerová, I. Na pomoc pečujícím rodinám. Vydala Česká Alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-10-x.
5. Jirák, J., Koukolík, F. Demence. 1. vydání, Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
6. Kala, M., Kubínek, R. Nemocnice aneb rukověť zvědavého pacienta. 1. vydání. Olomouc: Rubico, bez datumu. ISBN 80-85839-47-4.
7. Koukolík, F. – Jirák, R. Diagnostika a léčení syndromu demence. 1. vyd. Praha: Grada Publication, 1999. ISBN 80-247-0180-4.
8. Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Gerontologické centrum, překlad Iva Holmerová a Janssen Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0174-3.
9. Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
10. Matoušek, O. Slovník sociální práce. 1. vydání, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-549-0.
11. Matoušek, O. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
12. Matoušek, O. Základy sociální práce. 1. vyd. PRAHA: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
13. Nulant, S. – B. Jak lidé umírají. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4.

14. Pacovský, Vladimír. Geriatrie: Geriatrická diagnostika.
1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-8541-647-6.
15. Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími spoluobčany.
1. vydání, Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
16. Přib, J. Průvodce sociálními dávkami.
Praha, BMSS-Start, spol.s.r.o., ISBN 1214-0813.
17. Řezníček, I. Metody sociální práce.
Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1
18. Stuart Hamilton, Ian. Psychologie stárnutí.
1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
19. Vágnerová, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000.
Bez ISBN.
20. Vymětal, Jan. Lékařská psychologie. 1. vyd.
Praha: Psych. Nakladatelství, 1999. ISBN 80-86123-08-1.
21. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.
Dostupné na
WWW: < http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf >.
22. Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie
1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
23. ZGOLA, Jitka. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd.
Praha: Grada publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

ABSTRAKT

Průcha V.,: Péče o staré občany s demencí

Plzeň 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková

Práce se zabývá projevy a důsledky stárnutí a stáří. A to jak z pohledu seniora a jeho prožívání této životní etapy, tak i z pohledu rodiny a společnosti, která ho obklopuje. Dále upozorňuje na důležitost provázanosti zdravotní a sociální péče o občany se zdravotním postižením a vyzdvihuje význam sociální práce v péči o seniory. V další části vysvětluje pojem demence a zaměřuje se na Alzheimerovu demenci. Ukazuje základní problémy, které život člověka s demencí provázejí a podává informace, které mohou pomoci jeho rodině i všem, kteří mu pomáhají. V závěru práce hodnotím význam stacionární péče a zamýšlím se nad potřebností podpory neinstitutonální péče a tím vyzdvihuji význam pečující rodiny, lidskosti a pochopení, které jsou důležité pro kvalitní život uživatelů s demencí. Což je cílem mé práce.

Klíčové pojmy: stárnutí biologické, sociální, zdravotní postižení, handicap, zdraví, nemoc, geriatrie, sociální vztahy, sociální izolace, sociální péče, rodina jako sociální instituce, demence, kognitivní poruchy, Alzheimerova choroba, domácí péče, stacionární péče, institucionální péče, plnohodnotný život, soběstačnost, identita.

ABSTRACT

Průcha V.,: Caring for senior citizens with dementia

Pilsen 2008. Bachelor thesis. University of South Bohemia in Ceske Budejovice. Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Supervisor Mgr. Jana Šimečková

The thesis deals with the manifestation and results of aging and old age from the point of view of the elderly and their experience of this stage of life and also from the viewpoint of the family and society around them. Further attention is drawn to the importance of the connection of health and social care for citizens with health problems, and the significance of social work in caring for senior citizens is emphasised. Other parts deal with the notion of dementia, with particular focus on Alzheimer's disease. Basic problems are outlined which are connected with a citizen dealing with dementia and information is given which can help the family and all those who are involved in helping the patient. In the conclusion I evaluate the significance of permanent care and I consider the needs of non-institutional care and emphasise the importance of a caring family, humanity and understanding, which are important for the quality of life of those with dementia. This is the aim of my thesis.

Key terms: biological aging, social, health problems, handicap, health, illness, geriatrics, social relationships, social isolation, social work, family as a social institution, cognitive disorders, Alzheimer's disease, home care, permanent care, institutional care, full-value life, self-sufficiency, identity.