

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Ivana Nová

Péče o člověka s vaskulární demencí v rodinném prostředí

Prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem tuto práci vytvořila samostatně s použitím zdrojů uvedených v seznamu bibliografie.

V Olomouci dne 16.4.2014

.....

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, Mgr. O. Müllerovi, Ph.D., za trpělivost a odborné rady, které mi poskytnul. Současně bych chtěla poděkovat pracovníkům Charity Prostějov a Hospicu na Svatém Kopečku v Olomouci a v neposlední řadě své rodině, která mi byla velikou inspirací, za neobyčejně cennou životní zkušenost.

## Obsah

ÚVOD.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Pojem demence .....	8
1.1.1 Charakteristika a vymezení demence .....	8
1.1.2 Klasifikace demencí .....	9
1.2 Vaskulární demence.....	11
1.2.1 Epidemiologie VD.....	11
1.2.2 Nejčastější typy VD .....	13
1.2.3 Rizikové faktory vzniku VD .....	16
1.2.4 Vyšetření při diagnostice VD .....	20
1.2.5 Vztah demence a deprese .....	24
1.2.6 Léčba VD .....	26
1.3 Péče o jedince s vaskulární demencí.....	29
1.3.1 Historie a vývoj DP .....	29
1.3.2 Vymezení DP .....	30
1.3.3 Charakteristika ADP .....	33
1.3.4 Legislativa v oblasti poskytování služeb ADP.....	35
1.3.5 Zařízení hospicového typu .....	37
1.3.6 Legislativní vymezení systému sociálních služeb a péče.....	38
1.3.7 Odlehčovací služby .....	40
1.3.8. Deficit sebeobsluhy osoby s VD .....	41
1.3.9 Osoby pečující o jedince s VD .....	45
2 PRAKTICKÁ ČÁST .....	48
2.1 Případová studie osoby s VD.....	48
2.1.1 Rodinná a pracovní anamnéza.....	48
2.1.2 Lékařská anamnéza .....	49
2.1.3 Psychiatrická zpráva.....	52
2.1.4 Současný stav .....	54
2.2 Osoby pečující o osobu s VD v domácím prostředí .....	57
2.2.1. Zkušenost s využitím sociálních zařízení při péči o osobu s VD v domácím prostředí.....	57
2.2.2 Hodnocení přístupu a spolupráce lékařů a nemocničních zařízení při péči o osobu s VD.....	62

2.2.3 Pomoc v podobě sociálního poradenství.....	65
2.2.4 Závěry a doporučení, diskuze.....	68
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ: .....	74

## ÚVOD

Nejrůznější onemocnění s vaskulární etiologií jsou skutečností, která v dnešní době neodmyslitelně patří k našemu životu a nelze ji přehlížet z mnoha důvodů, z nichž tím zřejmě nejzásadnějším je prevalence vaskulárních onemocnění, která se neustále zvyšuje. Toto se děje překvapivě navzdory poměrně bohaté a intenzivní osvětě a preventivním kampaním, které si staví za cíl snížit nebo alespoň zmírnit rychlost nárůstu těchto onemocnění a všech potíží, které s nimi souvisejí či je provázejí. Vše přirozeně souvisí se životním stylem dnešní doby, který je nejen nezdravý, ale nepřiměřeně uspěchaný, náročný v požadavcích na každého z nás, tlak v zaměstnání na pracující i na žáky ve školách často neodpovídá jejich reálným možnostem a schopnostem a senioři se zase potýkají s obavami o uspokojení základních potřeb. Všechny generace napříč pak spojují obavy a strach z budoucnosti či nejbližších dnů, které velmi často nejen nekončí, ale naopak se stupňují. Není proto divu, že pod takovým tlakem na sebe nenechají vaskulární onemocnění dlouho čekat.

Důvod pro volbu tématu bakalářské práce *„Péče o člověka s vaskulární demencí v rodinném prostředí“* byl poměrně osobní. Tato práce vznikla na základě osobní zkušenosti s výše zmíněným tématem a to v nejbližší rodině, kterou péče o osobu s vaskulární demencí provází nepřetržitě již déle než sedm let. Za tu dobu došlo k progresi onemocnění a doprovázela ho celá řada okolností s péčí o takovou osobu spojených.

Hlavním cílem této práce je zjištění specifík a možností domácí péče o osoby s vaskulární demencí v kontextu současného systému sociální a zdravotní péče u nás.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Cílem teoretické části je seznámení s problematikou vaskulárních demencí a možnostmi péče o takto nemocné osoby v rodinném prostředí na základě sociálního poradenství a sítě sociálních zařízení včetně legislativního zastřešení.

Cílem praktické části je náhled do skutečného života rodiny jedince s vaskulární demencí a nástin průběhu a progresu onemocnění.

První dva díly teoretické části jsou zaměřeny na vymezení veškeré zásadní terminologie spojené s demencí a vaskulární demencí a to tak, aby byl i laik schopen získat jistý vhled do problematiky, která je čistě lékařského rázu. Oba tyto díly vznikly na základě domněnky

autora práce, že nabytí těchto informací je nezbytnou součástí péče o osoby s demencí, a to nejen pro osoby zdravotnického a ošetrovatelského spektra, ale nepochybně také pro rodinné příslušníky a další osoby, které s nemocnými demencí přicházejí do styku.

Třetí díl teoretické části je pak všeobecnou studií nezbytnou pro osoby pečující o jedince odkázané na pomoc a péči okolí. Je zaměřena na charakteristiku domácí péče jako takové, dále pak agentur domácí péče včetně legislativního zastřešení. V této kapitole je zahrnut stručný náhled do fungování zařízení hospicového typu a zejména legislativní rámec odlehčovacích služeb a služeb sociálních, které jsou nepostradatelnou součástí péče o osoby s demencí v rodinném prostředí. Tato kapitola pojednává také o osobách pečujících a vymezuje některé typické deficity sebeobsluhy nemocných demencí.

Praktická část je v podstatě případovou studií jedince s vaskulární demencí. Jedná se o konkrétní osobu a průřez její osobní a lékařskou anamnézou končící popisem současného stavu této osoby, což je obsahem první kapitoly. Obsahem kapitoly druhé je pak úhel pohledu osoby pečující, její zkušenost s fungováním systému péče o osoby s vaskulární demencí v naší zemi. Jako stěžejní metoda výzkumu v tomto případě sloužil rozhovor s osobou pečující a to v domácím prostředí, tj. oproštěn od jisté formálnosti a svázanosti, což celému procesu dodalo jistou dávku otevřenosti a spontánnosti, emotivní momenty nevyjímaje.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Pojem demence

### 1.1.1 Charakteristika a vymezení demence

Demence je diagnóza, která se dá jednoduše charakterizovat jako projev choroby mozku. Způsobují ho změny na mozkové tkáni, které jsou degenerativního rázu. Její projevy mohou být zpočátku obtížně rozpoznatelné a často jsou přičítány změnám typickým pro stárnoucí populaci, které souvisejí se zvyšujícím se věkem a s tím spojeným procesem zapomínání, pomalostí v úsudku, orientace v běžném životě apod. Je nutno si uvědomit, že demence je postižením kognitivní složky či složek, projevuje se změnami osobnosti po stránce výše zmíněných kognitivních funkcí jako je paměť (nejdříve krátkodobá, později dlouhodobá), řeč, pozornost, komunikace, orientace v prostoru a čase. Postižený ztrácí duševní schopnosti, které již nabyt dříve. V momentu, kdy dojde vlivem těchto změn k narušení běžných každodenních aktivit např. v zaměstnání nebo v osobním či společenském životě, je nejvyšší čas vyhledat lékaře.

Rusina (2007) uvádí, že v rámci klinické diagnózy je vhodné zachovat tři kroky. Nejdříve je třeba pomyslet včas na to, že se může jednat o demenci, mnohdy je rozpoznána pozdě z důvodu ztotožnění jejích příznaků s projevy stárnutí. Druhým krokem je stanovení diagnózy syndromu demence a jeho odlišení od jiných stavů jakými jsou třeba deprese. Existuje řada onemocnění, které se projevují právě postižením kognitivních funkcí. Třetím krokem je pak logické zařazení demence, jinými slovy určení, zda se jedná o demenci vaskulární (VD), Alzheimerovu chorobu (AD), demenci s Lewyho tělísky atd., uzavírá Rusina (2007).

Prevalence má stále vzrůstající tendenci vzhledem k faktu, že stáří populace se zvyšuje a to zejména ve vyspělých zemích. Někteří autoři uvádějí, že zhruba 4–7 % lidí ve věku 65 let trpí demencí a toto číslo se každých pět let zdvojnásobí. Lze předpokládat, že nejméně 30% lidí nad 85 let věku trpí Alzheimerovou nemocí. Alzheimerova nemoc je nejčastější formou demence a obecně se uvádí, že tvoří až 50% všech demencí. Po ní následuje demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence a frontotemporální demence. Další typy se vyskytují méně často, uvádí Rusina (2007). Spolu se zvyšující se prevalencí narůstají přímé i nepřímé náklady spojené s léčbou pacientů trpících demencí a stejně tak i s péčí o ně, obzvláště v těžších stádiích, která jsou spojena se stále se rozšiřujícím deficitem sebeobsluhy. Tomu tématu je věnována jiná kapitola této práce.



## 1.1.2 Klasifikace demencí

Podle jejich typu můžeme dle Halové (2010) demence rozdělit na:

### a) Demence kortikálního typu

Tyto zasahují mozkovou kůru, patří sem například Alzheimerova demence a jiná onemocnění, která jsou provázena syndromem afázie (chorobná ztráta schopnosti řeči a porozumění mluvenému slovu), apraxie (chorobná ztráta schopnosti konat účelné pohyby), agnózie (chorobná ztráta schopnosti poznávat předměty), porucha zrakoprostorových funkcí a poruchy paměti.

### b) Demence subkortikální

Je způsobená poškozením funkcí oblastí pod mozkovou kůrou. Projevuje se emočními změnami, poruchou úsudku a plánování. V určité fázi si nemocný demencí je schopen zachovat svoji osobnost, úsudek a jistý stav paměti. Přesto ale onemocnění postupuje dál a dochází k degenerativním podkorovým změnám a změnám vaskulárním (cévním), shrnuje Halová (2010).

Podle jejich intenzity můžeme dle Halové (2010) demence rozdělit na:

### a) Mírné demence

- zaznamenáváme pokles paměti, stávají se překážkou kvalitního života, ale soběstačnost je zachována.

### b) Středně těžké demence

- závažně omezují soběstačnost těžkým postižením paměti a dezorientací ve známém prostředí.

### c) Těžké demence

- projevující se neschopností zapamatování si nových informací. Nemocný si někdy vybavuje vzpomínky staršího data, je nesoběstačný, přestává poznávat či už nepoznává své blízké. Průběh těžké demence je progresivní, což znamená, že neustále pokračuje, a to mnohdy velmi rychle, a nelze ho zastavit, shrnuje opět Halová (2010).

Primární dělení demencí spočívá v jejich prostém rozlišení na:

- a) Atroficko-degenerativní – např. Alzheimerova choroba, Frontotemporální degenerace
- b) Ischemicko-vaskulární – např. mozek není dostatečně okysličován (hypoxie), multiinfarktová demence, uvádí Glenner a kol. (2012).

Sekundárním dělením demencí jsou míněny Symptomatické demence vzniklé na základě:

- a) Infekcí – např. poslední stádia AIDS a syfilis, Herpetické encefalitidy
- b) Metabolických a jiných poruch – např. Wilsonova choroba
- c) Expanzivních nitrolebních jevů – mozkové nádory, hydrocefalus
- d) Toxických otrav – alkoholová demence, po dlouhodobém užívání Toluenu apod.
- e) Traumatických stavů – Dementia pugilistica, uzavírá Glenner a kol. (2012).

## 1.2 Vaskulární demence

Vaskulární demenci (VD) je možno definovat jako ischemické či hemoragické poškození mozku s následným postižením kognitivních funkcí. Podkladem pro vznik vaskulární demence je cévní onemocnění mozku, přičemž je rozlišována vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha (VKP). Při vaskulární demenci je kognitivní dysfunkce natolik prohloubena, že zapříčiňuje zhoršenou autonomii pacienta, zatímco při vaskulární kognitivní poruše, což je relativně nový termín, je stupeň kognitivního deficitu takový, že ještě neovlivňuje soběstačnost osoby, jak uvádí Bartoš (2012).

Jiráček (2009) připojuje, že četnost vaskulárních demencí roste s věkem populace, co se výskytu týká, ten je vyšší u mužů než u žen. Fakt, že přibývá občanů vyššího věku a prodlužuje se průměrný lidský věk, zapříčiňuje také růst výskytu vaskulárních demencí. Vaskulární demence vznikají na základě cerebrovaskulárního onemocnění, dochází k poškození mozkové tkáně lakunárními infarkty, mnohočetnými infarkty, jedním nebo několika infarkty v oblastech, které jsou významné pro správné fungování kognitivních funkcí, a k postižení bílé hmoty mozkové, včetně demyelinizačních projevů, uzavírá Jiráček (2009).

Pokud chceme shrnout stručně etiologii vaskulární demence, pak můžeme zmínit výčet, který uvádí Rektorová (2007): multiinfarktová demence, strategicky umístěné infarkty, onemocnění malých cév s demencí, ischemicko-hypoxická demence, hemoragická demence, jiné mechanismy, kombinace několika faktorů.

Podrobnějšímu výkladu uvedené terminologie je věnována pozornost v části zaměřené na jednotlivé typy vaskulárních demencí, jejich léčbu a diagnostiku. Taktéž výkladu rizikových faktorů pro vznik VD je v této práci věnována pozornost na jiném místě.

### 1.2.1 Epidemiologie VD

Vaskulární demence je druhá nejčastější demence po Alzheimerově demenci (i když některé statistiky uvádějí častější výskyt demencí s Lewyho tělísky). Může se vyskytovat ve své čisté formě vaskulární (odhady hovoří o 10%) nebo smíšené s dalšími příčinami demence, nejčastěji s Alzheimerovou demencí (20 – 40 %, jiné prameny 10 – 15 %) (Bartoš a Hasalíková, 2010; Budson a Solomon, 2011; Rektorová, 2009).

Bartoš (2012) připojuje, že hranice mezi nimi nejsou zřetelné. Pokud pacient nejeví příznaky postižení kognitivního rázu jiné etiologie, nazýváme tento stav čistou vaskulární demencí nebo vaskulární kognitivní poruchou.

Dle Jiráka (2009) se jednotlivé statistiky výskytu liší, ale průměrně představují 10 – 30 % všech demencí. Dodává, že dříve byly právě vaskulární demence pokládány za nejčastější formu demencí, ale postupem času práce V. Hachinskiho a dalších, verifikující diagnózu dlouhodobě sledovaných pacientů post mortem, dokázaly, že Alzheimerova choroba je častější. Mnoho demencí je současně podmíněno výskytem alzheimerovských i vaskulárních změn a tehdy můžeme hovořit o demencích smíšených. Procento smíšených demencí bývá odhadováno na 10 – 20 % všech demencí. Existují však hypotézy, že čistá vaskulární demence a čistá Alzheimerova demence jsou v podstatě pouze krajní extrémy a naprostá většina demencí se pohybuje někde mezi tím a to většinou jako smíšené formy s větším či menším vaskulárním podílem. Stejně tak bývá vaskulární součást poměrně dosti častá u demence s Lewyho tělísky – udává se až 50 %. Některé statistiky ukazují vyšší výskyt vaskulární demence než choroby Alzheimerovy, tyto statistiky jsou však ojedinělé a publikované v Japonsku a Rusku. Také se ukazuje vyšší výskyt vaskulárních demencí u afrických a asijských populací než u bílých Evropanů a Američanů, uzavírá Jiráček (2009).

Obecně lze konstatovat, že je třeba rozlišit mezi vaskulární demencí a demencí smíšenou a neurodegenerativním onemocněním. Budson a Solomon (2011) označuje jako smíšenou demenci stav, kdy pacient s neurodegenerativním onemocněním (např. Alzheimerova nemoc) má větší rozsah cévního poškození mozku, než je obvyklé, zároveň je předpoklad, že souvisí s kognitivními poruchami. O neurodegenerativním onemocnění lze hovořit v případě, že pacient s neurodegenerativní demencí má cévní postižení mozku obvyklé jako u starších osob obdobného věku bez kognitivních deficitů (Budson a Solomon, 2011).

Jediné, co je tedy zcela zřejmé, je fakt, že jakékoliv členění má hranice přinejmenším velmi vágní a že jedna a tatáž osoba může být klasifikována do různých kategorií. Tento stav je také příčinou toho, že naprosto přesné a jednoznačné procentuální členění demencí je dosti těžko prokazatelné a tím pádem i obtížně realizovatelné.

## 1.2.2 Nejčastější typy VD

Vaskulární demence je rozdělována do několika typů podle lokalizace lézí a příslušné klinické symptomatiky.

Léze rozlišujeme na následující:

- kortikální – týká se strategicky umístěných izolovaných infarktů (infarkty velkých cév v předním teritoriu, hippocampus – součást velkého mozku, limbického systému, hraje roli při krátkodobém uchování informací, při prostorové orientaci), postihujících hlavně mozkovou kůru, její vnější vrstvu (typické problémy s pamětí, jazykem, přemýšlením, sociálním chováním).
- subkortikální – zahrnuje vícečetné lakuny neboli subkortikální lakunární infarkty, vznikající demence postihuje části mozku pod kůrou (typické změny v emocích, pohybu, sensorické změny), postižena bílá hmota (Goldenmund, 2008).

Pokud máme klasifikovat nejrozšířenější typy vaskulárních demencí, můžeme zmínit následující výčet dle Jiráka (2009):

- a) multiinfarktová demence – je nejčastější z typů vaskulárních demencí, vzniká následkem mnohočetných, větších nebo menších infarktů různého stáří, které postihují převážně kortex, čili mozkovou kůru, její vnější vrstvu.

Mohou se vyskytovat různé klinické projevy podle lokalizace největšího množství infarktů. Mezi ně můžeme zařadit fatické poruchy (poruchy či závady řeči), dysartrie (porucha artikulace, nikoliv řeči), poruchy exekutivních funkcí či též používaný termín dysexekutivní syndrom (závady a poruchy volní a reálné praktické činnosti, schopnosti posuzování a řešení problémů, složitějších aktivit, plánování, organizování, určování priorit, rozhodování, abstraktního uvažování, řečové plynulosti, psychomotorického tempa – dysfunkce exekutivní neboli řídicí je důležitá pro samostatné fungování člověka). Velmi časté bývají neurologické příznaky jako například poruchy hybnosti, čítí, smyslových funkcí, hemiparézy (částečné ochrnutí poloviny těla). Kognitivní (poznávací, myšlenkové) funkce bývají narušeny ve více formách. Postiženému vypadávají naučené informace, vědomosti, výrazy. Postižení většinou jsou schopni vybavit si starší vzpomínky. Pacienti mívají zachovanou osobnost, především společenské vystupování a dodržování společenských norem, což přetrvává po

dlouhou dobu. Na druhou stranu bývají emočně labilní, snadno se rozpláčou, ale také rozčílí, někdy dochází k afektivní inkontinenci. U těchto nemocných se často rozvíjí také depresivní symptomatika.

Pro multiinfarktovou demenci je typická stupňovitá progresse v souvislosti s tím, jak narůstá počet mozkových infarktů.

V anamnéze nebo v průběhu demence bývají tranzitorní ischemické ataky (zkráceně TIA, jedná se o náhlou krátkodobou funkční poruchu mozku způsobenou oddělením některé z jeho částí od přísunu krve, podobnou drobné cévní mozkové příhodě, v trvání několik minut až hodin, nemívající trvalé následky; je-li průběh delší než 24 hodin, jedná se o cévní mozkovou příhodu) nebo drobné cévní mozkové příhody, které se často opakují.

- b) vaskulární demence s náhlým začátkem – tato demence vzniká po rozsáhlejších infarktech v oblastech strategicky významných pro paměťové funkce. Klinický obraz pak odpovídá lokalizaci cévní léze. Důležitá je anamnéza cévních mozkových příhod (iktů) a časová následnost vzniku demence. Demence se zpravidla rozvíjí v průběhu několika měsíců po prodělané cévní mozkové příhodě.
- c) subkortikální vaskulární demence – tato demence je způsobena mnohočetnými změnami v bílé hmotě, resp. typické jsou léze bílé hmoty. Dochází k demyelinizaci bílé hmoty, tj. poškození až destrukci myelinových pochev nervových vláken. Zároveň se vyskytují lakunární infarkty a někdy také dochází k současnému kortikálnímu poškození a to v oblasti hipocampů, kde dochází k ischemickému poškození. Někdy se pro tuto formu používá termín Biswangerova choroba, čili vaskulární demence subkortikálního typu s extrapyramidovými příznaky (nejčastěji Parkinsonský syndrom – podobný příznak jako u Parkinsonovy choroby, ale s jinou příčinou, extrapyramidový systém obecně je zodpovědný za svalový tonus a koordinaci pohybů).

Typická je celková zpomalenost včetně pomalé progresse myšlení. Přítomna je porucha exekutivních funkcí (dysexekutivní syndrom), nemocní nejsou schopni naplánovat a provádět složitější aktivity. Poruchy aktivit denního života pacientů jsou důsledkem výše zmíněných komplikací. Více než krátkodobá paměť je porušeno vybavování z dlouhodobé paměti a porušeno je také abstraktní myšlení či představivost. Průběh

choroby je plynulejší na rozdíl od schodovitého charakteru příznačného pro multiinfarktovou demenci. Typické jsou výše zmíněné extrapyramidové příznaky, mohou se vyskytnout poruchy chůze parkinsonského typu, pády, motorická neobratnost a někdy i močová inkontinence. Pacienti mívají často psychické poruchy, a to především depresivní syndrom.

Subkortikální vaskulární demence bývá častější, než se původně předpokládalo, důvodem je to, že často zůstávají jako demence nerozpoznané. Problém správné diagnostiky je komplikovaný především u diabetiků, lidí trpících syndromem spánkové apnoe a lidí trpících příznaky typickými pro tzv. metabolický syndrom (podporuje a urychluje aterosklerózu, výskyt srdečních potíží, cévní mozkovou příhodu atp.; hlavními složkami jsou především diabetes mellitus, hypertenze, obezita, genetická predispozice, vlivy prostředí) (34).

- d) kortikosubkortikální vaskulární demence – u tohoto typu demence jsou přítomny současně změny kortikální i subkortikální. U multiinfarktových demencí se vyskytují i subkortikální změny a u subkortikálních vaskulárních demencí bývají korové změny. Tuto demenci lze klinicky těžko odlišit od multiinfarktové demence.
- e) CADASIL – (21) je autozomálně dominantní cerebrální arteriopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií. Je to dědičné cerebrovaskulární onemocnění, dochází k poškození bílé hmoty mozku následkem četných infarktů drobných tepen. Zaznamenána zpravidla u jedinců nad 30 let věku s průměrnou délkou dvanácti let dalšího života.
- f) ostatní vaskulární demence – tyto demence se vyskytují vzácně. Je to např. hypoxická demence po zástavě srdeční.
- g) smíšené demence – často se vaskulární změny spolupodílejí na vzniku demence spolu s alzheimerovskými změnami. Stejně tak existují smíšené demence s vaskulární patologií a patologií choroby s Lewyho tělísky. Výsledným klinickým obrazem je pak směs patologie jak alzheimerovské, tak vaskulární. Smíšené demence jsou velmi časté a terapeuticky je snaha ovlivňovat obě složky, uzavírá výčet Jiráček (2009).

V rámci klasifikace vaskulárních demencí je vhodné uvést také dělení klinického syndromu dle Amblera a Bauera (2007):

- akutní syndrom vzniká po průběhu iktu či opakovaných iktech s typickým rychlým začátkem a progresí probíhající ve skocích
- subakutní syndrom nevzniká v návaznosti na proběhlý iktus či sérii iktů, ale jako důsledek poškození malých cév a bílé hmoty. Jeho průběh je chronický a je typickým obrazem subkortikální demence s exekutivní dysfunkcí či motorickými poruchami (parkinsonský syndrom, pseudobulbární syndrom – příčinou jsou cévní mozkové poruchy a mezi jeho projevy lze řadit např. dysartrii, dysfágií – poruchu polykání, emoční a psychické poruchy, frontální typ chůze, tj. pomalé krátké krůčky, nestabilní, vyžadující oporu), uzavírá Ambler a Bauer (2007).

### 1.2.3 Rizikové faktory vzniku VD

Existuje celá řada studií na téma výčtu rizikových faktorů vzniku vaskulární demence. Pro příklad lze uvést výčet dle Jiráka (2009): hypertenze, fibrilace síní, srdeční selhání, diabetes mellitus, hyperlipidémie, kouření, přičemž některé z těchto rizikových faktorů se sdružují pod obrazem tzv. metabolického syndromu, dále např. psychosociální stres jako etiopatogenetický faktor. Budson a Solomon (in Bartoš, 2012) zdůrazňují obecné cévní rizikové faktory a vedle již výše zmíněných doplňují též ischemickou chorobu srdeční či aterosklerózu. Dodávají, že řadu těchto rizikových faktorů má vaskulární demence a Alzheimerova demence společných. Halová (2010)) shrnuje pro své v řadě případů laické čtenáře následující jednoduchý výklad: Ke vzniku vaskulární demence dochází v důsledku ischemických změn centrální nervové soustavy, přičemž jedním z problémů, který se začíná objevovat nejdříve, je ateroskleróza, které ovšem obvykle dávno předtím předchází hypertenze a problémy s přeměnou tuků (metabolismus lipidů). Dalším z podnětů podporujících vznik vaskulární demence je alkoholismus, nikotinismus, dopady stresů. Dědičnost je také součástí rizikových faktorů, které nelze pominout. Akutní fáze vaskulární demence se projevuje jako cévní mozková příhoda. U multiinfarktové formy je typické, že po krátkém zhoršení vnitřního stavu organismu a jeho vnějších projevů přichází opět zlepšení a po něm znova další ischemická příhoda. Hovoříme-li o rizikových faktorech, musíme zmínit fakt, že podchytí-li se včas některé projevy, lze zasáhnout natolik, aby se oddálila alespoň akutní forma v podobě cévní mozkové příhody, uzavírá obecný náhled na problematiku rizikových faktorů vzniku VD Halová (2010).

Při péči o nemocné vaskulární demencí je potřeba získat jistý vhled do problematiky rizikových faktorů. Je přirozeně rozdíl mezi péčí v domácím prostředí a například péčí



paliativní v zařízení k tomu určeném, kde je veškerá péče soustředěna na důstojný život s maximální možnou mírou omezení a utlumení bolestí a stejně tak i maximální možnou mírou tolerance rizikových faktorů, které mohly onemocnění pacienta způsobit. Je tedy v takových zařízeních běžné, že dobrovolníci například těžkým kuřákům přidržují cigaretu u úst, aby mohli kouřit. Vrátime-li se k péči v domácím prostředí, tato zachovává poněkud odlišná pravidla a principy. Pacient musí být ve stavu, který nevyžaduje bezodkladnou zdravotní péči. Pokud vyžaduje pravidelnou či příležitostnou návštěvu lékařského personálu, pak je pečující poučen o tom, jak pečovat a čeho se vyvarovat, kdy eventuelně volat zdravotníky kvůli konzultaci ohledně pacienta či s žádostí o návštěvu. Péče jako taková by měla respektovat především snahu o udržení a zachování stávajícího stavu, možnost jeho eventuálního vylepšení, a především snahu stav nezhoršit či nekomplikovat průběh onemocnění a přidružených potíží. Ze stejného důvodu je zapotřebí umět v rámci laických možností a znalostí rozpoznat blížící se zhoršení stavu, například co nejdříve rozpoznat cévní mozkovou příhodu, nebo upravit složení stravy nemocného, aby korespondovala kupříkladu s onemocněním diabetem mellitem.

Přibližme si tedy v kostce základní rizikové faktory vzniku VD upravené pro pohled pečujícího:

a) Cévní mozková příhoda (CMP)

Cévní mozková příhoda, též iktus, mozková mrtvice nebo mozkový infarkt, je náhle se rozvíjející postižení částí mozkové tkáně zapříčiněné poruchou jejího prokrvení. Je to akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc. Existují dva typy CMP, a to ischemická cévní mozková příhoda a hemoragická cévní mozková příhoda. Je důležité rozlišit, o který typ CMP se jedná, protože terapeutický přístup je v každém z případů odlišný a nevhodná volba terapie a léčby může stav nemocného zhoršit.

- Ischemická CMP – je nejčastější typ, který vzniká na základě uzavěru mozkové tepny v důsledku trombózy nebo embolie, přičemž trombóza vzniká na podkladě aterosklerózy mozkových tepen a embolie vzniká většinou utržením trombu vzniklého v místě cévního řečiště a jeho zanesením do mozkových tepen, jak popisuje Kalita a kol. (2006) a pokračuje: ICMP se projevuje nejčastěji postižením hybnosti různých částí těla. V rámci léčby je na prvním místě potřeba obnovit krevní oběh v postižené části mozku a podpořit a ochránit části tkáně přiléhající k postižené oblasti tak, aby zachovaly svou funkci i přes snížené prokrvení. Tento

stav je možno navodit nasazením trombolik, tj. léků rozpouštějících krevní sraženiny v cévách, zakončuje Kalita a kol. (2006).

- Hemoragická CMP – je způsobena prasknutím neboli rupturou cévy v dané oblasti, popisuje Kalita a kol. (2006) a pokračuje: Většinou tento stav přichází v důsledku vysokého krevního tlaku. Následky bývají zpravidla závažnější, příznaky se rozvíjejí rychleji a stupeň postižení je větší. Výron krve v mozku totiž zvyšuje nitrolební tlak, který urychluje příznaky a jejich tíži a může dojít poměrně rychle k mozkovému otoku, útlaku centra pro dýchání a srdeční činnost a tím ke smrti postiženého. Typická je náhlá velmi silná bolest hlavy s příznaky podráždění mozkových plen, tj. bolest se zvyšuje při pokusu zvednout hlavu nad podložku. Může dojít k rychlému bezvědomí pacienta. Hemoragická CMP se většinou léčí chirurgicky, to znamená operací. Farmakologická léčba je zacílena na úpravu nitrolebního tlaku a prevenci komplikací, uzavírá Kalita a kol. (2006).
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (39) uvádí, že iktus patří na třetí místo v příčinách úmrtí a předstihla dokonce srdeční infarkt. V České republice onemocní cévní mozkovou příhodou kolem 20 000 až 30 000 osob ročně. Z toho je účinně léčeno jen asi 1 – 1,5 procenta. Neblahou skutečností je fakt, že většina nemocných na CMP neumírá, ale přežívá v invalidizovaném stavu. Ischemická cévní mozková příhoda tvoří přibližně 80% případů a hemoragická cévní mozková příhoda zahrnuje zbylých 20 %, přičemž na tuto formu umírá 50 % pacientů a většina těch, co přežijí, zůstává trvale invalidní, jak dále informuje své klienty Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.
- Nárůst výskytu iktu se zvyšuje v populaci o 1 – 1,5 % ročně (39). Příčinou je zvyšování počtu lidí ve vyšším věku a častější výskyt mozkového infarktu lidí v produktivním věku.
- Pro pečující je nezbytné rozpoznat základní varovné signály, a to: necitlivost či ochrnutí na jedné polovině těla, neschopnost komunikovat či potíže komunikačního rázu, závrať a potíže s udržení rovnováhy a s koordinací, ztráta paměti, bolest hlavy, nevolnost, zvracení, ztráta vědomí, snížené vědomí (mdloba, pomatenost, křeč, kóma), potíže s polykáním. Příznaky mohou být krátkodobé, v délce trvání od několika minut až po několik dní. Ačkoliv některé příznaky mrtvice mohou být poměrně mírné, nikdy je nelze podceňovat. Rozhodovat může

každá minuta, v prvních hodinách je největší šance, jak pomoci postiženému iktem. Je potřeba setrvat u nemocného, každá informace o průběhu a předchozím stavu je důležitá pro příchozího lékaře k vyhodnocení a rychlému jednání ve prospěch pacienta. Po přivolání rychlé záchranné služby je třeba vyčkat příjezdu, nepodávat postiženému léky, uložit ho, zahájit umělé dýchání dle instrukcí dispečera záchranné služby v případě, kdy pacient přestane dýchat.

b) Hyperlipidémie – znamená vyšší hladinu tuků v krvi

- konečná fáze závažné komplikace hyperlipidémie se nazývá ateroskleróza, jejímiž důsledky mohou být infarkt či cévní mozková příhoda

- lipidový metabolismus, jehož poruchy jsou nazývány dyslipidémie, jsou ovlivňovány rizikovými faktory, jako je ischemická choroba srdeční spolu s kouřením a hypertenzí, a konečným důsledku ovlivňuje riziko vzniku infarktu myokardu, cévní mozkové příhody či ischemické choroby dolních končetin (onemocnění tepen dolních končetin, kdy dochází k jejich postupnému zužování až úplnému uzávěru s následným nedokrvěním neboli ischemií dle Velkého lékařského slovníku (29), který ve výkladu pokračuje: příčinami jsou ateroskleróza, kouření, diabetes mellitus, návaznost na ischemickou chorobu srdeční. Bývá přítomna bolestivost při chůzi, pak i v klidu, může dojít ke gangréně. Léčba spočívá v podávání vazodilatancií, tj. léků rozšiřujících cévy, nebo chirurgicky formou přemostění zúženého úseku tepny, tzv. bypassem, uzavírá Velký lékařský slovník s dodatkem, že nejlepší prevencí je správná životospráva a výlučka kouření, které cévy zužuje.).

c) Ischemie – místní nedokrevnost tkáně, svalu, která vede k jeho poškození až odumření, čili nekróze neboli infarktu, jak říká Velký lékařský slovník, a dále vysvětluje, že její podstatou je nedostatek kyslíku a živin ve tkáni spojený s hromaděním odpadních produktů. Nejčastěji je způsobena změnami na přívodních cévách – tepnách a to nejčastěji právě zúžením tepny na základě aterosklerózy.

d) Ischemická choroba srdeční – je nejčastější onemocnění srdce, které spočívá v nedostatečném prokrvení srdečního svalu, čili tkáně a orgánu, na podkladě zúžení nebo uzávěr koronárních tepen zpravidla aterosklerózou, jak vysvětluje Velký lékařský slovník, a pokračuje, že rizikové faktory jsou podobné jako u aterosklerózy, tj. hyperlipidémie, hypertenze, diabetes mellitus, kouření, stress atd. .

e) Fibrilace síní – je nejčastější porucha srdečního rytmu (= arytmie), přičemž zdravý člověk má asi 60 – 80 stahů za minutu, a při srdeční fibrilaci počet může vzrůst na 100 tepů za minutu, což ovšem nemusí být pravidlem, jak vysvětluje Vitalion a dodává rizikové faktory, kterými jsou hypertenze, kouření, málo pohybu atd.. (24).

f) Ateroskleróza – jinak zvaná arterioskleróza, kornatění tepen je dle výkladu Mojí lékárny celkové onemocnění cév, které mění jinak hladké vnitřní stěny tepen narušením vnitřní cévní výstelky (endotelu). Tento proces způsobují především krevní lipidy, čili tuky, a z nich pak zejména cholesterol. Ten se v místech narušeného endotelu ukládá, obaluje krevními sraženinami a vazivem a vytváří tzv. aterosklerotické pláty. Tepenná stěna se přitom ztlušťuje a ztrácí pružnost. Protože tepny se silnými stěnami nejsou dostatečně pružné a špatně se roztahují, zvyšuje se v nich tlak krve a omezuje průtok krve do tkání. Tepna, resp. její vnitřní průsvit se zužuje a průtok krve zpomaluje a zhoršuje. Následkem těchto procesů může dojít k postupnému zužování nebo dokonce uzávěru postižených cév, uzavírá nástin aterosklerózy Moje lékárna (19).

- pro pečující osobu je velmi důležitá znalost příznaků ke včasnému rozpoznání blížícího se zhoršení stavu či včasné návštěvě lékaře ke správné diagnostice: projevy jsou závislé na té části tepen, které jsou postiženy. Jedná se především o zhoršení prokrvení končetin, pocity brnění, zhoršená citlivost, únava, zapomínání, nesoustředěnost, poruchy paměti, tlaková bolest na hrudi, omezení pohybu končetin či ochrnutí jakékoliv části těla, vyjmenovává Moje lékárna. Vitalion dodává dále bezvědomí, psychické změny, neschopnost mluvit, konat běžné úkony samoobsluhy, neschopnost přijmout a pochopit sdělované informace, postižení zraku či slepota, zrychlené dýchání a pulz, studená opocenost, bledost, úzkost a dušnost, bolestivé končetiny, kulhání až příznaky gangrény, příznaky demence.

#### **1.2.4 Vyšetření při diagnostice VD**

Pokud máme ve svém okolí osobu, která jeví známky vznikajících potíží patřících k posouzení lékařem či většinou týmem lékařů, je vhodné začít co nejdříve a neotálet. Je ideální, pokud se nemocný nachází ve stavu, kdy je ještě sám schopen postřehnout jakékoliv změny, ať už se týkají paměti, únavy, nedostatky jakéhokoliv charakteru atd.. Halová (2010) předkládá jednoduchý základní výčet vyšetření, která připadají v úvahu:

- Psycholog je schopen na základě psychologických testů odhalit případné změny v paměti a přiblížit část mozku, které se změny týkají. Velmi jednoduše přikládá orientační schéma mozku tak, aby i pečující laik se snáze zorientoval: „V levé mozkové hemisféře sídlí společenský život. V pravé mozkové hemisféře najdeme zas např. centrum pro řeč. V zadní mozkové (týlové) části najdeme funkci pro zrak. Mozeček pak řídí automatické pohyby svalů. Mozkový kmen, Varolův most a prodloužená mícha řídí základní životní funkce. Mozková kůra je řídicím centrem pro vědomí. Podkorová část je řídicím centrem pro tzv. podvědomí. Talamus funguje jako rozdělovač informací. Hypotalamus má řídicí funkci pro tělesnou teplotu, spánek, hlad, žízeň, bolest (hormonální řízení). Spánková část mozku se vztahuje ke sluchu. Čelní část svou funkcí hovoří o inteligenci“ (Halová, 2010, s. 21-22).
- Oční lékař potvrdí či vyloučí změny sklerotického rázu na očním pozadí.
- Svůj podíl na stavu pacienta má případný zjištěný vysoký krevní tlak.
- Neurolog vyšetřením potvrdí či vyloučí ložiskové změny na mozku. Používá k tomu EEG = elektroencefalogram, CT = počítačová tomografie, MR = magnetická nukleární rezonance, tedy trojrozměrný obraz mozku, případně další vyšetření vyžadující pacientův stav.
- Laboratorní vyšetření krve může ukázat mimo jiné hyperlipidémii.
- Další vyšetření k upřesnění diagnózy.

Bartoš (2012) začíná výklad diagnostiky VD především zaměřením na anamnézu pacienta s pátráním po výskytu iktů nebo tranzitorních ischemických atak. Připomíná, že klíčovou informací je náhlý vznik různých ložiskových příznaků jako hemiparéza, afázie (ztráta schopnosti řeči), parestezie (spontánní nebo vyvolané abnormální vjemy jako např. pálení, mravenčení, svědění) apod.. Důležitým zjištěním je opakování těchto příznaků. Pozornost by měla být zaměřena na zjištění přítomnosti cévních rizikových faktorů, což se týká ischemické choroby srdeční, fibrilace síní, aterosklerózy, ischemické choroby dolních končetin. Důležité je také zjištění rodinného výskytu cévních onemocnění mozku a také inkontinence moči, neboť řada pacientů se za tento problém stydí a ani osoby pečující či doprovázející tento fakt často nesdělují.

Dále Bartoš (2012) pokračuje zaměřením na fyzikální a neurologické vyšetření:

- Zjišťování krevního tlaku je vhodné u každého pacienta s kognitivní poruchou a zejména s VD nebo VKP, navíc se hypertenze dá snadno ovlivnit antihypertenzivy.
- Neurologické vyšetření je zaměřeno zpravidla na přítomnost ložiskových příznaků jako např. hemiparéza, faciální paréza.
- Lze zaznamenat pseudobulbární syndrom, úchopový jev Janiševského (pacient mimovolně sevře předmět vložený do dlaně), extrapyramidový syndrom atd..
- Typickým rysem je zpomalení psychomotorického tempa, pohyby končetin mají zmenšený rozsah a jsou pomalejší. Chůze bývá hemiparetická nebo apraktická (zvláštní typ chůze, pacient si stěžuje na závrať, ale při bližším rozhovoru se ukáže, že se nejedná o vertigo, ale pocit nejistoty při chůzi, někdy doprovázený strachem z pádu, to vše při abnormálním držení těla, nohy šoupají po povrchu, zkrácený krok, patrný strach z pádu).

Vyšetření kognitivních funkcí (poznávací; prostřednictvím nich člověk vnímá svět kolem sebe, reaguje, jedná; zahrnují paměť, pozornost, řeč, rychlost myšlení, pochopení) při diagnostice dle Bartoše (2012):

- Základní projevy při diagnostice jsou velmi důležité pro osoby pečující, které musí znát stav odpovídající nemoci osoby s VD, znaky zhoršování, znaky dalších komplikací pro správné vyhodnocení situace.
- Kortikální demence – projevuje se poruchami paměti, afázií, apraxií (neschopností provádět obvyklou činnost), agnózií (poruchou vnímání a rozlišovací schopnosti), prostorovou dezorientací atd., přičemž hybné poruchy bývají vzácné a objevují se až v pozdějších stádiích.
- Subkortikální demence – hlavním příznakem je zpomalení tempa psychického i pohybového a dysexekutivní syndrom (Rektorová et al. in Bartoš, 2012). Častá bývá apatie a perseverace (opakovaná, stereotypní činnost nebo jednání, zaujatost jedním tématem). Přítomna může být zapomnětlivost, i když porucha paměti nebývá výrazná a vážne především ve vybavení informací. Nejvíce znatelné jsou poruchy hybnosti, a to poruchy chůze, stoje a držení končetin, takže pacient vypadá jako psychomotoricky zpomalený jedinec.

- Existují samozřejmě i formy smíšené, tj. kortikální i subkortikální demence.

Jako společné znaky u různých typů vaskulárního postižení mozku Bartoš (2012) uvádí:

- Porucha exekutivních funkcí (Rektorová et al. in Bartoš, 2012)
- Zpomalení psychomotorického tempa (Kopeček in Bartoš, 2012)
- Budson a Solomon in Bartoš (2012) doplňují následující:
  - Pozornost – pacienti neudrží pozornost delší dobu na jednu činnost, snadno se rozptýlí, nedokončují započaté činnosti. Zabíhají v oblasti řeči a myšlení. Tyto deficity pozornosti lze ověřit např. zpětným počítáním číselné řady, měsíců v roce, písmen ve slově apod..
  - Řečové schopnosti – již od počátku VD může být obtížné najít vhodné slovo, které se dostaví po určitém čase či ho pacient opíše jinými slovy (anomická či amnestická afázie). Porucha vyjadřování může být i hlubší, vážné porozumění.
  - Paměť – poruchy paměti nejsou u VD prioritní problém, nové informace bývají zachovány, potíže začínají při vybavování informace, která nastane až při nápovědě či možnosti si zvolit z více variant.
  - Úsudek a rozhodování – deficit v této oblasti vyplývá ze snížené pracovní paměti, z neschopnosti kombinovat různá fakta a sklonem jednat impulzivně. Ke zjišťování stavu pacienta lze použít cílené dotazy (např. co by dělal, kdyby v budově začalo hořet atp.).

Bartoš (2012) dále dodává, že neexistuje žádná laboratorní zkouška, která by jednoznačně prokázala či naopak vyloučila VD. Rozhodující jsou případné nálezy na CT či MR mozku, tj. použití strukturálního zobrazování mozku. V případě VD či VKP jsou přítomné cévní změny na CT či MR mozku. Vedle strukturálního zobrazení mozku lze též přidat informace získané z funkčního zobrazení mozku a to PET (pozitronová emisní tomografie) a SPECT (jednofotonová emisní tomografie), tyto však nepřinášejí zásadní novinky při diagnostice VD a jejich bližší výklad nemá pro osoby pečující větší význam.

Cévní změny mohou být zapříčiněny nejčastěji v souvislosti s cévními rizikovými faktory nebo jsou projevem vaskulitidy (postihuje cévy malého kalibru, je to zánětlivé onemocnění

cév, zejména tepen, kdy je poškozena stěna cév) či vaskulopatie (onemocnění cév blíže neurčené) (40; Budson a Solomon in Bartoš, 2012).

Pro pečující je podstatné uvědomit si tři základní okruhy postižených funkcí dle Jiráka (2009): kognitivní funkce, aktivity denního života, behaviorální a psychologické příznaky demence, kam lze zařadit především poruchy chování, bludy a poruchy vnímání typu halucinace či iluze, emoční poruchy, deprese a úzkost, poruchy spánku nebo posun cyklu spánku a bdění. Postižení exekutivních funkcí je typické pro postižené vaskulárními demencemi i jinými typy demencí.

Pečující osoby musí akceptovat emoční labilitu osob trpících VD, přechodnou i dlouhodobější depresivní náladu, záchvaty pláče i smíchu, zvýšený egocentrismus, paranoidní postoje nebo podrážděnost (Jirák, 2009).

Jako celkové shrnutí diagnostiky VD je zapotřebí následující: Musí být u pacienta prokázána přítomnost demence, zhoršení kognitivních funkcí, náhled a úsudek mohou zůstat zachovány, dále pak přítomnost ložiskových neurologických projevů, někdy je diagnóza potvrzena jen zobrazovacími metodami (Jirák, 2009).

### **1.2.5 Vztah demence a deprese**

Častým problémem, který mnohdy zapříčiňuje pozdní diagnostiku demence, je její samotné včasné zachycení vzhledem k faktu, že bývá provázena depresivní symptomatikou.

Halová (2010, s. 23): „Vím, jak je těžké učinit rozhodnutí navštívit – mezi lidmi všeobecně užívané – „magordoktora“ nebo „cvokaře“. Na první pohled z toho není zřejmé, zda je magorem nazýván doktor, nebo zda jde o doktora pro magory, ale každopádně vám mohou říci, že se nemusíte bát. Dnes už je medicína zas o kus dál a známé elektrošoky a studené sprchy jsou výjimkou. Obvykle se ocitnete v příjemném prostředí s člověkem, který je připraven vyslechnout i to, co byste se báli ventilovat před svým nejbližším okolím. Ne vše co vás tíží, musí být známkou ztráty vaší duševní rovnováhy a tím vaší osobnosti. Někdy může jít o zcela opodstatněné stížnosti na vaše problémy, které mohou mít počátek ve zcela nevinně vypadajících symptomech. Vaše rovnováha se vrátí spolu s odstraněním původce nebo s vyrovnáním se nezvratné skutečnosti. Jindy může jít o změny v mozku provázané s nejrůznějšími důvody. Ale i tehdy lze mnohé dělat s pomocí dnes již bohatší farmakologie“, nabádá ve své knize čtenáře Halová (2010, s. 23) a dodává: „I když je velmi diskutabilní co



je normální jev v chování jedince a co ne, rozhodně jsme i jako laici schopní u svého blízkého rozpoznat změnu v chování. Opět jde přesně o ten okamžik, kdy bychom měli hledat cestu k lékaři a zajistit tak možnost včasné léčby nebo důstojného prožití zbytku života. V případě výskytu bolestí pak najít nejschůdnější cestu, jak je zmírnit.“

Dostál (2011) uvádí, že deprese a demence patří mezi nejčastější psychické změny u starší populace s tím, že jejich vztah může být různý. Deprese i demence mohou koexistovat ve smyslu komorbidity (současného výskytu různých nemocí) bez jasného či bližšího vzájemného vztahu. V obecné rovině je ovšem vztah demence a deprese vzájemně se ovlivňující:

- deprese může představovat rizikový faktor budoucího rozvoje demence
- depresivní příznaky mohou být již současně symptomy demence.

V konečném důsledku depresivní symptomatologie často doprovází již rozvinutý syndrom demence. Dostál (2011) dále připojuje dokazované tvrzení některých autorů, že deprese je příznak spíše počátečních stadií demence a že s postupujícím kognitivním deficitem se depresivní symptomy spíše mírní. Existují i zprávy, že depresivní syndromy sice předcházejí zhoršování kognice, ale že tento kognitivní deficit postihuje především exekutivní funkce a nikoli paměť, zakončuje obecný náhled na problematiku vztahu demence a deprese Royall, Palmer, Chiodol, et al. (in Dostál 2011).

Prevalence deprese se udává mezi 8 a 15% dle různých studií (Anders, Uhrová, Roth a kol, 2005). Prevalence demence v populaci vzrůstá po 60. roce věku – v 60 letech je postiženo 0,7% populace a každých 5 let se počet postižených zdvojnásobuje (Jiráček, Koukolík, 1998).

Dostál (2011) k tomu připojuje, že demence spolu s depresí se mohou vyskytovat také čistě náhodně. Bylo ovšem prokázáno, že prevalence deprese je vyšší u pacientů s demencí než u zdravých jedinců. Zejména u starších lidí se příznaky deprese jako například apatie, abulie (ztráta vůle, chorobná nerozhodnost), zpomalení psychomotorického tempa, podobají příznakům demence, což často činí jejich rozeznání náročnější. Jejich vzájemný vztah bude tedy složitější, zakončuje Dostál (2011).

K tématu výskytu demence a deprese uvádí Bergdahl, Allard, Gustafson (in Dostál, 2011) následující fakta: samotný věk je také rizikovým faktorem, v recentní studii velmi staré populace (nad 85 let) bylo depresivních 29% osob a 28% mělo kognitivní deficit. Výskyt

deprese byl znatelně vyšší u pacientů trpících demencí než u nedementních osob: 43% vs. 28%.

Dostál (2011) na téma pokračuje konstatováním, že není stále známo, jakým způsobem depresivní příznaky urychlují vývoj demence. U mnohých pacientů trpících depresí však byly popsány změny v podobě atrofie (zmenšení, které postihuje normálně vyvinutý orgán, dochází ke zmenšení tkáně) či dysfunkcí v kortexu. Připojuje fakt, že ke vzniku depresivní symptomatologie přispívají ischemické léze subkortikálně, a sice jak u čisté vaskulární demence, tak u demencí smíšených.

Závěrem se dá říci, že depresivní příznaky velmi často doprovázejí syndrom demence a výrazně jej modifikují. Je nutno odlišit kognitivní deficit od primární deprese, která se projevuje jako pseudodemence. Je bohužel pravdou, že depresivní příznaky u starší populace jsou přehlíženy (u pacientů dementních i nedementních) a jsou léčeny jen málo. Vhodná terapie výrazně zvýší kvalitu pacientova života a zpomaluje další rozvoj kognitivního deficitu, uzavírá téma vztahu deprese a demence Dostál (2011).

### **1.2.6 Léčba VD**

Je velmi obtížné formulovat základní principy léčby vaskulární demence, a to ze dvou důvodů. Prvním z nich je především fakt, že tato práce není zaměřena na farmaceutické hledisko celé problematiky vaskulárních demencí. Druhým důvodem je cíl celé práce, a to zjištění specifik a možností domácí péče o osoby s vaskulární demencí v kontextu současného systému sociální a zdravotní péče, a cíl části teoretické, kterým je seznámení s problematikou vaskulárních demencí a možnostmi péče o takto nemocné osoby v rodinném prostředí na základě sociálního poradenství a sítě sociálních zařízení včetně legislativního zastřešení.

Obecně lze říci, že veškeré čistě léčebné úsilí je zaměřeno na ovlivňování předpokládaných příčin vaskulární demence či vaskulární kognitivní poruchy a to především rizikových faktorů, dle formulace Bartoše (2012), který pokračuje úvahou nad částečnými efekty či naopak nedostatečně prokázanými efekty některých látek a s tím spojenou úhradou, resp. nemožností jejich úhrady z prostředků zdravotního pojištění (Bartoš, 2012; Jiráček, 2009).

Jiráček (2009) připojuje, že dosud nebyl vypracován uspokojivý algoritmus léčby a terapie vaskulárních demencí, jinými slovy účinná léčba není v současné době k dispozici. Veškerá léčba je zaměřena na preventivní opatření ovlivňující hypertenzi, diabetes mellitus,

hyperlipidémii a další rizikové faktory, nesmíme opomenout ani sekundární a terciální prevenci v podobě léčby proběhlých a prevenci dalších recidivujících iktů (Jirák, 2009).

Pro pečující to znamená kromě důsledného pozorování a zaznamenávání jakýchkoliv změn u osob nemocných VD dodržování zásad prevence: dieta a dle možností pohybové aktivity pozitivně ovlivňující vysoký tlak, diabetes mellitus, který vyžaduje především udržovat hladinu glykémie (cukru v krvi) v přiměřených mezích, tj. předejít nejen hyperglykémii, ale také hypoglykémii, která může působit na mozkovou tkáň stejně škodlivě jako hyperglykémie. Dále pak prevence síňové fibrilace, ischemizace (vznik a vyvolání ischemie), vznik či recidiva cévní mozkové příhody, infarktu myokardu atd. Existuje síť cerebrovaskulárních poraden, které jsou určeny pro pacienty po prodělané CMP. Sekundární prevence je velmi důležitá, protože recidiva mrtvice má dvojnásobnou úmrtnost než první mrtvice (22). Hovoříme-li o cerebrovaskulárních nemocech, které zahrnují obecně onemocnění centrální nervové soustavy na základě poruch mozkových cév s následným špatným prokrvením mozku nebo s krvácením do mozkové tkáně, je třeba si uvědomit, že při plošném postižení mozku se objevují psychické poruchy často s postupným rozvojem demence (22). Tvorba trombů, které jsou podkladem pro vznik infarktu, je ovlivnitelná nejen správnou dietou, ale např. též důsledným pitným režimem s výlukou alkoholu či obecně snížením nadváhy a nekuřáctvím. V souvislosti s tvorbou trombů je pečující zpravidla poučen o důležitosti, resp. nezbytnosti antiagregační léčby (Jirák, 2009), která je indikována u pacientů s rizikem trombózy, a spočívá v pravidelné aplikaci tzv. antiagregancií, které jsou zvláště pečujícími někdy nazývané „protidestičkové léky“ (nejčastějším lékem je kyselina acetylsalicylová). Správná dieta spolu s pitným režimem, vystříhání se alkoholu a kouření a přiměřeným pohybem dle možností nemocného VD jsou základní principy předcházení také aterosklerózy, která je silným rizikovým faktorem vzniku VD a její progrese. Jirák (2009) k tomu dodává, že je zapotřebí pečlivě sledovat a včas řešit veškeré infekce a záněty, ke kterým mají pacienti trpící VD velmi často sklony, jedná se zejména o pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko, kteří trpí opakovanými záněty plic či uroinfekcemi, neboť se u nich vyskytuje tzv. prozánětlivý stav. V kombinaci s diabetem mellitem, který komplikuje a protrahuje hojení, je zapotřebí zvýšené péče a dohledu nad nemocným, uzavírá Jirák (2009). Dalšími termíny, jejichž znalost je taktéž často nezbytná pro pečující, jsou oxygenoterapie a nozokomiální nákaza. Jak již bylo zmíněno, časté zápal plic či obecně dýchací problémy jsou spojeny se životem osob upoutaných dlouhodobě na lůžku, proto léčba kyslíkem, resp. inhalací, tedy výše zmíněná oxygenoterapie, je běžnou součástí života také osob pečujících,

kteří touto formou mohou zajistit dostatečnou ventilaci pacienta pomocí zvlhčeného kyslíku, prostřednictvím funkčních dýchacích svalů či přístrojové techniky (Češka, Richard, et al., 2010). Nozokomiální nákaza je nákaza vzniklá v souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení, a to i v ambulantní části, i po propuštění do domácí péče (Zahradnický, 1981; 36). Jedná se především o infekce respiračního traktu, zejména pneumonie, infekce močových cest, infekce krevního řečiště (sepsy) či chirurgické rané infekce, zejména pooperačních ran. Mikroorganismy vyvolávající nozokomiální nákazy jsou rezistentní až multirezistentní vůči antibiotikům, dezinfekčním prostředkům, chemoterapeutikům atd. a to v důsledku dlouhodobé kolonizace a cirkulace ve zdravotnických zařízeních (36). Snahou všech zúčastněných na léčbě a péči o nemocné VD by mělo být maximální zajištění kvalitní domácí péče nemocným VD na úkor omezení pobytu ve zdravotnických zařízeních, umožňuje-li to stav nemocného.

## **1.3 Péče o jedince s vaskulární demencí**

Péče o jedince s vaskulární demencí v rodinném prostředí je ovlivňována mnoha nejrůznějšími faktory. V naprosté většině případů je nemožné tuto péči zajistit kvalitně a dostačujícím způsobem, aniž by pečující nemusel využít služeb agentur domácí péče, hospicové či jakékoliv jiné péče zajišťující pomoc nemocným v domácím prostředí a osobám, které o ně pečují. Pečující také v rámci péče o nemocné získají jistý vhled do systému sociálních služeb a péče u nás. Tyto znalosti jsou často naprosto primární podmínkou schopnosti adekvátní péči realizovat, což bez orientace v legislativním systému není možné. Tato část práce se věnuje také službám odlehčovacím, jejichž poskytování je nezbytnou součástí péče o jedince s VD v domácím prostředí, což přímo i nepřímo souvisí s osobami pečujícími, jejich potřebami a jejich uspokojováním, bez čehož je dlouhodobá domácí péče prakticky vyloučená.

### **1.3.1 Historie a vývoj DP**

Domácí péče (DP) má bohatou historii u nás i v zahraničních zemích.

Vůbec první zmínky o domácí péči můžeme nalézt na počátku 12. století a to v rámci práce řeholních řádů (26; 27; 28; 35). Na konci 13. století se začalo rozvíjet ošetrovatelství v domácnostech. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny; denně docházely za nemocnými, opatrovaly je, myly a praly jim prádlo. Ve středověku zůstala domácí péče zachována jako přirozený způsob péče o člověka, pomocnou ruku podávaly kořenářky a tzv. babice. Rok 1633 je rokem, kdy si v Kroměříži zřídily sídlo Milosrdné sestry sv. Vincenta z Pauly, které poskytovaly ošetřování v domácím prostředí.

Ve středověku byl založen první řád sester, a to řád Augustinek a řád Vincentek, které fungují dodnes. V roce 1859 vznikla v Anglii moderní koncepce domácí péče, jejímž autorem byl William Rathbon. Ten pak spolu s F. Nightingaleovou založil první školu pro sestry, které poskytovaly péči chudým a nemohoucím lidem. V roce 1887 vzniká ve Philadelphii společnost Domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace DP. V roce 1893 byla založena ošetrovatelská služba pod záštitou ministerstva zdravotnictví a pod vedením Lilian Waldové a Mary Bewsterové, které zavedly termín veřejná zdravotní sestra. Obě tyto ženy založily školu poskytování DP.

Koncem 19. století začíná rozvoj domácí péče v Evropě a péče se začíná orientovat na seniory. V roce 1919 byl založen v ČSR Červený kříž, který začal realizovat domácí péči. Ošetrovatelská péče byla tehdy zaměřena především na vulnerabilní skupiny, tzn. děti, seniory, chudé nemocné, tj. začínala nabývat charakteru sociálního ošetrovatelství. Do roku 1952 sestry Červeného kříže zabezpečovaly ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách. Tou dobou fungovala Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Konal se sjezd Spolku diplomovaných sester, kde byly formulovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče a to: ošetrovatelský, sociální a lidovýchovný.

Po roce 1948 byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěsněny a práce civilních sester se z obce přesunula do nemocnic a institucí. V roce 1952 domácí péči převzal stát a byla začleněna v systému organizace zdravotnictví do kompetence obvodních ambulancí.

V březnu roku 1990 vzniklo první pracoviště zajišťující domácí ošetrovatelskou péči, tzv. středisko ošetrovatelské péče při české katolické charitě. Bylo ošetřeno prvních 18 nemocných v domácím prostředí. Roku 1991 byla DP Ministerstvem zdravotnictví právně legalizována jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti. V říjnu 1991 byla založena první agentura domácí péče (ADP) při Nemocnici Pardubice s názvem Niké. Ke konci téhož roku bylo již založeno 26 agentur a v roce 1992 bylo oficiálně zaregistrováno 68 agentur domácí péče (26; 27; 28; 35)

Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (<http://www.adp-cr.cz/>), která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. V roce 1994 již bylo evidováno 353 ADP a začala se také rozvíjet hospicová péče. S postupem času nárůst agentur ustává, v roce 2000 bylo registrováno 472 ADP a v roce 2001 477 ADP. V roce 2005 je registrováno 484 ADP, z nichž 88% poskytuje službu nepřetržitě 24 hodin denně (18; 23).

### **1.3.2 Vymezení DP**

Domácí péče byla definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako jakákoliv péče poskytovaná lidem v jejich domovech, přičemž k ní patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních i duchovních potřeb. Pochylá (2005) je v definici konkrétnější a rozšiřuje ji o spektrum cílové skupiny, kterou upřesňuje jako pacienty, kterým je poskytována domácí péče jako zdravotní péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře v rámci hospitalizace v jejich vlastním sociálním

prostředí, tj. prostředí domácím. Dále připojuje cíl DP, kterým je péče zaměřená především na udržení zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti, uzavírá Pochylá (2005).

Obecně lze rozlišit domácí péči prováděnou laiky zvanou home help a domácí ošetrovatelskou péči prováděnou profesionály zvanou home care.

Z organizačního hlediska dle Haškovcové (2007) lze rozlišit tři druhy DP:

- DP adresovaná jedinci nebo rodině, zaměřená na pomoc a osvětu týkající se hygieny, stravování na racionálním základě, péči o děti, prevenci AIDS a plánovaného rodičovství. Tato forma DP je aktuální zejména v zemích Afriky a Asie.
- DP jako návštěvní služba lékařů a sester, která má tradici v řadě vyspělých zemí, jako např. Anglii či Kanadě. K nemocnému do domácího prostředí docházejí podle potřeby nejen zdravotníci, ale taktéž poskytovatelé sociálních služeb.
- DP poskytovaná ve formě domácí hospitalizace, což je neobvyklé, nákladné a realizované při velmi omezeném množství pacientů. Může dojít i k extrému v podobě umístění jednotky intenzivní péče v domě nemocného. Tento stav je praktikován v zemích USA, Anglie a Japonska, uzavírá Haškovcová (2007).

Služby domácí péče jsou určeny především pro chronicky nemocné a dlouhodobě nemocné osoby, osoby s postižením, invalidizované či v rekonvalescenci. Nárok na poskytování DP má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče.

Pozitiva domácí péče dle Pochylé (2005); Jarošové (2007):

- Jedním z naprosto zásadních pozitiv je absolutní eliminace nozokomiálních nákaz, kterým byla v této práci již věnována zmínka. Finanční náklady spojené s léčbou nozokomiálních nákaz jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních.
- Naprosto primární je role klienta a jeho blízkých, zpravidla členů rodiny, všechny tyto osoby tvoří tým jako celek a jeho cílem je zlepšení kvality života klienta.

- Je jednoznačně prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči přirozeně ovlivněna vlivem domácího prostředí, a rovněž přítomnost osob blízkých, hrají naprosto nezastupitelnou roli v procesu uzdravování či zmínění veškerých negativních vlivů psychických projevů u jakýchkoliv forem onemocnění.
- K dalším pozitivům patří především ekonomičnost, víceoborovost, individualizovaná péče, komplexnost, dlouhodobost péče a celková podpora zdraví klienta.

### Komplexní domácí péče

Jarošová (2007) hovoří o komplexní domácí péči jako o integrované formě péče poskytované klientům v první linii kontaktu se systémem zdravotní či sociální péče. Ve velké většině nestátních ADP je poskytována péče 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Rozsah zdravotní péče poskytovaný v rámci DP je daný aktuálně stanovenou indikační či diagnostickou skupinou klienta a je vázán na indikaci DP lékařem, tj. jedná se o rozsah výkonů od základní péče počínaje až po výkony vysoce specializované odborné péče. Jednotlivé výkony mají charakter preventivní, kurativní (léčebný) a adaptační. Rozsah sociální péče poskytovaný v rámci DP je dán aktuálně stanovenou sociální diagnózou klienta, která vzniká na základě sběru anamnestických dat, které provádí ADP. Rozsah sociální péče a pomoci je přitom podmíněn stupněm adaptace klienta na novou situaci a schopností rodinných příslušníků zajistit např. pitný, dietní, pohybový či jiný režim klienta. Komplexní domácí péče není jen aktivitou sester, lékařů, rehabilitačních a sociálních pracovníků, psychologů, duchovních, ale také aktivitou samotného pacienta a jeho rodinných příslušníků v oblasti vzájemné péče a pomoci. V rámci komplexní domácí péče bývá zpravidla poskytována zejména odborná zdravotní péče indikovaná ošetřujícím lékařem klienta, dále pak sociální péče a pomoc, ta přitom vychází ze sociální diagnostiky klienta a jeho prostředí, a laická pomoc v oblasti sebezpěče nebo s účastí blízkých osob klienta přizpůsobená aktuální situaci v rodině. Shrnutí domácí péče zahrnuje především domácí zdravotní péči (zvláštní forma ambulantní péče poskytovaná pacientovi na základě indikace ošetřujícím lékařem) a sociální péči a pomoc (poskytovanou agenturami domácí péče na základě aktuální sociální diagnózy klienta). Hovoříme-li o komplexní domácí péči, hovoříme o jednom z prvků tzv. primární péče. A v neposlední řadě je nutno zmínit také princip subsidiarity, který je v podstatě pomocí ke svépomoci klienta s podporou, rozvojem a adaptací všech zbytkových potenciálů klienta v oblasti sebezpěče a jakýchkoliv ostatních aktivit (Jarošová , 2007).



### 1.3.3 Charakteristika ADP

V povědomí laické i zainteresované veřejnosti jsou agentury domácí péče známy jako zařízení s týmem zkušených zdravotnických pracovníků, kteří poskytují dostupnou zdravotní a sociální péči v domácím prostředí. Jsou zřizovány městskými úřady a obcemi, zdravotnickými zařízeními, privátními lékaři či sestrami, charitou, humanitárními organizacemi atp. Na kvalitu jejich práce dohlíží Asociace ADP, ve které jsou všechny ADP sdruženy. Existuje také tzv. Etický kodex Asociace DP ČR.

Jako formy domácí péče jsou zpravidla rozlišovány následující (Jarošová, 2007):

- domácí hospitalizace
- dlouhodobá domácí péče
- preventivní domácí péče
- domácí hospicová péče
- jednorázová domácí péče

#### Domácí hospitalizace

Je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním. Nevyžaduje hospitalizaci, je v podstatě jakousi formou alternativní hospitalizace. Týká se především pacientů s chorobami kardiovaskulárními, neurologickými, urologickými apod., dále pak pacientů po operacích či úrazech. Je poskytována krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.

#### Dlouhodobá domácí péče

Je nejrozšířenější forma domácí péče v České republice. Jedná se o péči o chronicky nemocné pacienty, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jde o formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče a je poskytována v rozsahu několika měsíců až let. Spektrum diagnóz je v tomto případě velmi široké, jedná se o onemocnění:

- plicní – zahrnuje péči i o klienty závislé na domácí oxygenoterapii,

- gastroenterologická – např. péče o stomie (dočasné nebo trvalé vyvedení některého dutého orgánu mimo tělo, přičemž nejčastěji jde o tlusté střevo, tenké střevo či močové cesty),
- nutriční – různé druhy sondové výživy či domácí parenterální výživy při nedostatečném příjmu potravy (podání výživy do krevního řečiště, když nejde enterálně či enterální příjem nestačí),
- metabolická – měření glykemií a aplikace inzulinu u diabetiků včetně náviku sebeobsluhy v této oblasti,
- neurologická – např. péče o pacienty po cévních mozkových příhodách,
- onkologická – včetně tlumení bolestí.

#### Preventivní domácí péče

Jedná se o péči o pacienty, u kterých je ošetřujícím lékařem indikováno pravidelné sledování zdravotního stavu, přičemž je poskytována na základě zdravotního stavu pacienta a je určována lékařem. Týká se především úkonů jako měření vitálních funkcí či monitorování celkového stavu.

#### Domácí hospicová péče

Je zaměřena na pacienty v preterminálním nebo terminálním stadiu života a jejím cílem je především minimalizovat fyzické nebo duševní utrpení pacienta a ve spolupráci s rodinou mu poskytnout maximální možnou kvalitu života. Je poskytována zpravidla u pacientů, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do šesti následujících měsíců.

#### Domácí jednorázová péče (domácí péče ad hoc)

Jednorázová domácí péče je mimořádné alternativní využití domácí péče sestrami z ordinace praktického lékaře nebo samotnými lékaři, přičemž se jedná o jednorázové výkony.

Pracoviště domácí péče mohou zajišťovat v rámci komplexní domácí péče také úkony pečovatelské služby, která je obvykle organizována a realizována jako služba sociální péče (Jarošová, 2007).

Obor domácí péče je dynamicky se vyvíjející součástí systému řešícího situaci stárnoucí populace a s tím související zvyšující se počet osob částečně či úplně závislých na péči druhých. Její vývoj je zacílen na zlepšování zdravotního stavu populace zejména zaměřením se na podporu a obnovu zdraví a kvalitu života, dále pak na rozvoj účinných metod prevence patologického stárnutí a stáří, především jeho přesného projevu a urychleného průběhu, zlepšení koordinace a kontinuity v péči o pacienty v domácím prostředí a spolupráci se všemi formálními i neformálními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. V neposlední řadě je cílem také rozvoj péče o pacienta v domácím prostředí v akutním stavu a po jednodenních zákrocích, rozvoj domácí hospicové péče a edukace populace v racionální výživě, pohybové terapii a zvládání přístupů k psychoterapii ve stáří a celkové snižování nákladů na zdravotní péči.

### **1.3.4 Legislativa v oblasti poskytování služeb ADP**

Cíle domácí péče jsou definovány (41) následovně:

- pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím
- zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí
- zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb
- udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech
- edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví
- zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny

Domácí péče v ČR je podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním zařízení klienta, přičemž u každého klienta je vedena samostatná ošetřovatelská dokumentace.

Právní předpisy související s poskytováním domácí péče:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ ČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách
- Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách

Samotná domácí péče je pak definována následovně: Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře po děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním zařízení. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Pochylá, 2005; 41).

Financování domácí péče se děje z fondu veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Dále pak přímou platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrzené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí

péči, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení) a v neposlední řadě také sponzorskými dary, z nadací a grantů a podobně (Misconiová, 1998).

ADP uzavírá smlouvu o formě, druhu a rozsahu poskytované péče se zdravotními pojišťovnami, s praktickými lékaři a současně i s klientem. Vzhledem k obsahu této práce je zásadní přiblížení obsahu smlouvy s klientem. Smlouva má formu písemné dohody, která konkretizuje formu, rozsah, frekvenci a čas péče poskytovaný agenturou i klientem, jeho rodinou či rodinnými příslušníky. Tato dohoda může být průběžně upravována a je závazná pro obě strany. Proto je nutné zahrnout do ní i variabilní možnosti, které mohou být použity v případě, že jedna ze smluvních stran nebude moci dohodu plnit v původním rozsahu. Dohoda má i své časové omezení, které je dáno kompenzací klientova zdravotního stavu, vyřešením jeho sociální situace a dalšími změnami, které jsou spojeny se životem klienta. V dohodě je nutné jasně formulovat a odlišit ty úkony, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, sociálním referátem – obcí či přímou platbou klienta (Misconiová, 1998).

Smlouva mezi agenturou a klientem, jak uvádí Misconiová (1998), zahrnuje:

- Léčebný plán – pro dosažení cíle je nutné, aby všichni, kterých se cíl týká, plně pochopili léčebný plán.
- Očekávání klienta a jeho rodiny – nezbytností je diskuse a objasnění rolí, očekávání všech zúčastněných. Klient a jeho rodina by měli vyjasnit své myšlenky, aby následně nedošlo k pocitu nenaplnění představ a tím k poškození vzájemných vztahů a plnění léčebného plánu.
- Návrh zvláštních procedur a povinností – agentury mají zpravidla psané směrnice na téma klientových práv a povinností.
- Přesně stanovený časový rámec pro splnění smlouvy – ten zahrnuje očekávaný počet návštěv týmu ADP, čas kontaktu sestry a klientova ošetřujícího lékaře.

### **1.3.5 Zařízení hospicového typu**

Počátky budování hospiců v naší zemi nebyly jednoduché a fakt, že se nakonec podařilo je poměrně úspěšně rozšířit na mnoho míst je neodmyslitelně spjat s prací renomované lékařky MUDr. Svatošové a její spoluprací s MUDr. Kubíčkem a dalšími obětavými lidmi, jejichž

přístup se projevil v tom nejlepším slova smyslu v kvalitě péče, která je poskytována svěřeným nemocným (Halová, 2010).

Péče o nemocné demencí je mimořádně náročná záležitost, což je fakt, který se promítá celou touto prací. Ačkoliv se rodina snaží o nemocného starat až do poslední chvíle, může nastat a často nastává okamžik, kdy tuto péči už není schopná zajistit a přestane ji zvládat, ať už fyzicky, tak i psychicky. Halová (2010, s. 136-137): „Jde o okamžik, kdy už nemocný zůstane jen ležet bez zjevných reakcí na vnější podněty. Přestává přijímat potravu i tekutiny. Začnou dlouhé a bezesné noci. Zkuste se vcítit do někoho, kdo několik let věnoval svému blízkému takřka 24 hodin denně, při čemž se jen občas nakrátko vzdálil, aby zabezpečil chod domácnosti, nakoupil si atp. Sám je vyčerpaný a teď na něj zbylo ještě i noční bdění. Zkuste nespát tři dny v kuse vyjma několika jednotlivých půlhodinek. Teprve potom budete umět ocenit služby hospiců. Na druhé straně existují i takoví nemocní, které už jiní (mladší) členové jejich rodiny na „cestě loučení“ předstihli. Tito lidé potřebují, aby někdo doprovodil také je. Proto (a nejen proto) je tu hospic! Jeho úloha tkví především v paliativní (bolest tišící) medicíně a v doprovázení nemocných v posledních hodinách a minutách jejich života.“

K zařízení hospicového typu se tato práce vrací ještě v praktické části v podobě osobní zkušenosti s jejím fungováním a konkrétním zařízením poskytujícím hospicovou péči.

### **1.3.6 Legislativní vymezení systému sociálních služeb a péče**

Legislativně systém sociálních služeb a péče vymezuje ve Sbírce zákonů ČR předpis č. 108/2006 Sb. – Zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007 (43):

Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Znalost a schopnost využít možnosti poskytování této pomoci a podpory je naprosto nezbytná při péči o osoby s VD a obzvláště při dlouhodobé péči. Příspěvek na péči slouží k úhradě všeho, co je potřebné k péči o tyto osoby, počínaje službami zaměřenými například na každodenní hygienu či podávání potravy nemocným, dále slouží k zakoupení nejrůznějších pomůcek a zdravotnických potřeb, léků a léčiv, výrobků určených např. k léčbě dekubitů, speciálních typů výživ určených pro pacienty s podvýživou k zachování příjmu důležitých živin a celé řadě dalších výrobků, které pečující musí opatřit, aby zajistil svému blízkému všechny jeho potřeby. Tyto služby a výrobky mohou být finančně velmi náročné pro rodinu, která pečuje o svého blízkého, zpravidla se zhoršujícím se stavem pacienta rostou i náklady na jeho péči.

Na poskytování základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace a jejímu předcházení má nárok každá osoba, a to bezplatně. Rozsah a forma pomoci je individuální, je ovlivněna konkrétní situací osoby a musí ji motivovat a ovlivňovat tak, aby docházelo k rozvoji samostatnosti, schopnosti řešit svoji situaci, předcházet jejímu zhoršování, nestát se závislým na pomoci sociálního poradenství a systému sociálních služeb jako takových. Přirozeně je systém nastaven tak, aby nedocházelo taktéž ke zneužívání sociální pomoci, což je v dnešní době často diskutovaným problémem, a je opět jen úkolem legislativních opatření, aby k takovým případům vůbec nedocházelo, eventuálně je bylo možno zachytit a zastavit zneužívání pomoci v co nejranější fázi.

Poskytování sociálních služeb se děje několika způsoby, a to buď bez úhrady, za úhradu částečnou nebo za plnou úhradu nákladů. § 75 výše zmíněného zákona uvádí výčet služeb poskytovaných za úhradu. Pro osoby pečující je nutno vědět, že v případě potřeby těchto služeb bude požadována jejich úhrada. Patří mezi ně zejména poskytnutí odlehčujících služeb, osobní asistence a pečovatelské služby. Dále mohou pečující o osoby trpící VD potřebovat služby tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb. Na základě vývoje stavu pacienta a také na základě zdravotního stavu pečující osoby či jiných okolností majících vliv na péči poskytovanou v domácím prostředí mohou pečující osoby potřebovat a využít služeb v centrech denních služeb či služeb v denních stacionářích a v chráněném bydlení či podpory samostatného bydlení a taktéž pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Spektrum poskytovaných služeb je poměrně široké, jejich znalost a dokonalá orientace v nich je velkou pomocí a usnadněním péče o osoby trpící vaskulární demencí a všechny další osoby závislé na péči svých blízkých.

Výše všech úhrad je upravena právním předpisem a smlouvou s poskytovatelem služby.

Sbírka zákonů ČR předpis č. 505/2006 Sb. – vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007 (42), definuje způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby. Existují čtyři stupně závislosti, které mohou být určeny pro jakoukoliv osobu na základě vyšetření lékařem a šetření sociálního pracovníka, které zpravidla probíhá v domácím sociálním prostředí. Při něm jsou hodnoceny aktivity základních životních potřeb a soběstačnost posuzované osoby. Podle počtu a typu nezvládnutých či s obtížemi zvládnutých aktivit je pak osobě přiznám stupeň závislosti 1 – 4, přičemž se jedná o stupeň od lehké závislosti až po závislost úplnou.

Hovoříme-li v této podkapitole o sociálních službách a péči, je třeba zmínit také případné řešení omezení svéprávnosti a určení opatrovnictví, které je upraveno zákonnými normami nového Občanského zákoníku, který začal platit v roce 2014. Tento již neumožňuje úplné zbavení svéprávnosti, jako tomu bylo v předešlé úpravě, ale vymezuje podmínky její úpravy na základě zjištění zdravotního a psychického stavu pacienta a dalších okolností majících vliv na omezení svéprávnosti. U osob s vaskulární demencí či s jakoukoliv formou demence je taková úprava nezbytná vzhledem k mnoha situacím, které bez ní těžko mohou pečující osoby řešit. Například umístění pacienta na paliativní péči vyžaduje jeho přímý souhlas a v momentě, kdy ho dotyčný nemůže pro svůj psychický stav poskytnout, vystupuje příslušný městský úřad v místě jeho trvalého bydliště jako opatrovník pro věc umístění osoby na paliativní péči. Osoby pečující by měly být poučeny patřičným způsobem a s osobou trpící VD nejlépe ještě ve stavu, kdy je schopna o sobě rozhodovat, domluvit úpravu jejích záležitostí pro případ progresu nemoci.

### **1.3.7 Odlehčovací služby**

Legislativně je rozsah odlehčovacích služeb vymezen Zákonem č.108/2006 Sb. (43).

„Odhlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.“ (§ 44).

Spektrum odlehčovacích služeb zahrnuje především pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně, pomoc při poskytování stravy i při jejím zajištění. Tyto aktivity patří ke každodenním úkonům, které mohou být bez pomoci dalších osob těžce zvládnutelné, obzvláště v případě péče o pacienty upoutané na lůžko. V případě pobytové služby je klientovi poskytnuto ubytování, což je velmi důležitá součást péče o osoby trpící VD, neboť bez nevyhnutelného odpočinku v podobě přesunu pacienta do zařízení poskytujícího odlehčovací služby dlouhodobě takovou péči nelze poskytovat, aniž by hrozilo vyčerpání, až vyhoření pečujícího, počátek případného onemocnění či upadnutí do stavu deprese. Odlehčovací služby dále mohou zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím (doprovázení do zařízení typu zdravotnické zařízení, lékař, zaměstnání či škola, volnočasové aktivity atp.), sociálně terapeutické činnosti vedoucí k rozvoji a udržení všech schopností podporujících sociální začlenění a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti



(např. aktivity zajišťující běžný chod domácnosti). Nezanedbatelný význam má rovněž pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, což je velmi důležitá součást mnoha dalších typů sociálních služeb, bez které by nepochybně péče o osoby trpící demencí byla mnohem komplikovanější. Pracovníci odlehčovacích služeb, resp. zařízení, která tyto služby poskytují, mají bohaté praktické zkušenosti z mnoha vzájemně se prolínajících oborů, a jako pracovníci pomáhajících profesí jsou velkou a vítanou oporou pro všechny pečující osoby, obzvláště pro ty, které se dostaly do pozice pečujícího náhle a citelně jim chybí informace a poznatky týkající se jejich změněné životní situace.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. následně konkretizuje spektrum poskytování odlehčovacích služeb v § 10 Odlehčovací služby a definuje také maximální výši úhrady za poskytování odlehčovacích služeb.

K poskytování odlehčovacích služeb se tato práce bude dále věnovat v praktické části včetně osobní zkušenosti zmíněné v rozhovoru.

### **1.3.8. Deficit sebeobsluhy osoby s VD**

Aby bylo možno charakterizovat celou škálu deficitu sebeobsluhy osob s vaskulární demencí, tato podkapitola by přesahovala výrazně rámec celé práce, proto bude zaměřena na ty typy deficitů, které mohou osobám pečujícím činit jisté potíže při jejich zvládnutí.

Každá pečující osoba si musí být vědoma faktu, že především péče o seniory je značně ztížena jistými odlišnostmi a komplikacemi při diagnóze, které jsou způsobeny především projevy typu:

- polymorbidita – s věkem stoupá počet diagnóz v kartě pacienta, zvyšuje se riziko lékových interakcí, projevů lékové intolerance a předávkování;
- mikrosymptomatologie – snižuje se vnímání bolesti, teplotních změn, hladu a žízně, symptomy ztrácejí na síle, nebývá horečka, známky zánětu jsou méně výrazné;
- oligosymptomatologie, monosymptomatologie – často chybí typická škála příznaků, projeví se jeden nebo jen několik příznaků;
- příznak ledovce - projeví se jen část symptomatologie, většina zůstává skryta;

- příznak jiného orgánu – nejčastěji se jedná o mozek, přičemž choroby se projeví zmateností;
- fenomén kaskády – některé příhody a stavy snáze navazují na sebe a mohou mít fatální důsledky.

Halová (2010) uvádí stručný výčet stěžejních komplikací při péči o nemocné vaskulární demencí. Jsou to především:

- zhoršená mobilita
- deficit sebeobsluhy v oblékání, hygieně a především příjmu tekutin a potravy
- nebezpečí porušení integrity kůže
- poruchy ve vylučování moči
- nebezpečí vzniku infektu močových cest
- poruchy ve vyprazdňování – nebezpečí zácpy (Halová, 2010).

Osobnost nemocného se postupně rozpadá, potíže mu začínají způsobovat běžné činnosti, zapomíná již naučené, jako je příprava jídla, oblékání, hygiena, ztrácí své osobní věci, bloudí v místech dříve známých. K tomu se připojuje nezvyklé chování, stavy deprese, úzkosti, apatie, někdy i mánie či euforie, tzv. moria (rozjařené, nicméně nevhodné chování, obtěžování, plané vtípkování, zlomyslnost). Objevují se také příznaky psychóz, jako jsou halucinace, iluze, paranoia, zvýšené emoce, nejčastěji pod obrazem deliria (Glenner a kol, 2012).

#### Kognitivní (poznávací) funkce

Z hlediska pečující osoby je vhodné uvědomit si důležitost kognitivních funkcí jako jedné z hlavních částí lidské psychiky, prostřednictvím které člověk vnímá svět kolem sebe, reaguje, zvládá různé činnosti. Člověk se díky kognitivním funkcím může učit, pamatovat si naučené, koncentrovat se, udržet pozornost. Dále mají kognitivní funkce vliv na funkce řečové, rychlost a pochopení informací, schopnost posuzovat a řešit problémy, organizovat či plánovat.

Neméně důležité je uvědomit si potřebnost tréninku kognitivních funkcí. Z hlediska prevence je přirozeně základem nezažít, vyhnout se stresu, nedostatku spánku, nadměrnému kouření, alkoholu nebo i nedostatku sociálních kontaktů.

Existují různé techniky cvičení mozku, zejména se jedná o tzv. mozkový jogging určený především pro mladší věkové kategorie, a kognitivní trénink jak aktivita zaměřená na paměť a poznávací funkce (31; 32; 33), často doplněná např. o návod pro zdravý životní styl. Mezi techniky cvičení mozku pak patří zejména:

- kvadrupelgie – obrna všech čtyř končetin

Kontraktura – fixované držení části těla, a to především končetin, v určité poloze; nervového či svalového původu.

- mentální hry, které zábavnou formou posilují paměť a výsledky se dostávají v poměrně krátké době,
- multitasking, což je cvičení mozku metodou střídání činností,
- hledání slov, které je vhodné pro jemnou stimulaci mozkové aktivity,
- učení se novým věcem, což nemusí znamenat přímo náročné studium, ale každý si může vybrat metodu, která mu vyhovuje, např. hledání v encyklopediích, na internetu apod.,
- meditace, která je velmi důležitá pro odpočinek, regeneraci a v neposlední řadě pro uložení nových informací,
- kreativní aktivity, které mohou zahrnovat kreslení, malování, ruční práce, kreativní psaní atd.,
- drobné tréninkové aktivity, které spočívají ve vyhledávání nejrůznějších možností, jak procvičit mozek každý den, např. zapamatovat si jméno, telefonní číslo a jiné (31; 32; 33).

### Poruchy hybnosti

Hybnost neboli motoriku ovlivňuje mnoho nejrůznějších mechanismů a takéž rozpětí poruch hybnosti je velmi široké. Vzhledem k zaměření této práce bude pozornost upřena na patologicky vzniklé omezení hybnosti, kam jsou řazeny především parézy, plegie a kontraktury.

Paréza – neúplná obrna (37) – částečná ztráta schopnosti volných pohybů; pro pečující osoby je dobré vědět, že např. tzv. faciální paréza, neboli obrna obličejových svalů, je typickým příznakem cévní mozkové příhody a její včasné zachycení může mít zásadní vliv na další vývoj nemoci postižené osoby. Podobně je tomu s tzv. hemiparézou, neboli částečným ochrnutím poloviny těla, které patří taktéž mezi typické příznaky probíhající cévní mozkové příhody. Je-li pacient trpící VD schopen komunikovat a popsat pečující osobě pocity „mrtvení“ rukou či nohou jedné poloviny těla, může mít tato informace zásadní vliv na průběh léčby a dopad postižení organismu CMP.

Plegie – úplná obrna – úplná ztráta schopnosti volných pohybů;

- monoplegie – obrna jedné končetiny
- hemiplegie – obrna jedné poloviny těla
- diplegie – obrna odpovídajících končetin – např. horních
- paraplegie – symetrická obrna obou dolních končetin

Poruchy stoje či chůze – vznikají při postižení hybnosti větších svalových skupin (37).

V důsledku poruch hybnosti je velmi ztížena péče o osoby s VD; laikové jsou často rozhořčeni pohledem např. na připoutané ruce pacientů. Nemohou vědět, že pacient je upoutaný na lůžko, má velmi omezenou pohyblivost, ale může mít například pohyblivou jednu horní končetinu a vytrhávat si zavedenou infuzi či katetr. Některá rozhodnutí v rámci péče o tyto osoby mohou být pro laickou veřejnost i pro pečující osoby obtížně přijatelná, avšak často jsou nevyhnutelným a jediným možným řešením.

Deficit sebeobsluhy v příjmu tekutin a potravy je poměrně zátěžová část péče o osoby s VD v důsledku nebezpečí dehydratace a podvýživy; je třeba mít možnost regulovat příjem potravy a tělesnou váhu. „Dehydratace může mít mnohonásobné následky v podobě přechodné dezorientace, infektů močových cest, popraskání sliznice jazyka nebo úst, neschopnost komunikovat. Bez příjmu potravy dochází k úbytku živin v těle, ty jsou nezbytné pro celkové fungování organismu. Existuje několik způsobů, jak zajistit příjem tekutin a potravy. V zařízeních nemocničního typu lze zpravidla zavést kanylu neboli permanentní žilní katetr a dodat organismu tekutiny i další nepostradatelné látky ve formě infuzí. Po stabilizaci nemocného se přechází na perorální výživu (ústí). Je-li překážka fyziologického původu, zavádí se pacientovi NGS (nasogastrická sonda). Hadička se zavádí nosem do žaludku a

pomocí speciální pumpy nebo Žanetovy stříkačky se vpravuje strava do žaludku. Dalším způsobem je GS (gastrická sonda). V tomto případě je hadička vpravena chirurgicky přímo do žaludku.“ Halová (2010, S. 119-120).

V domácí péči se setkáváme převážně s aplikací gastrické sondy. Pokud je pacient schopen přijímat potravu ústy, je zpravidla závislý na krmení druhou osobou. Pečující osoba musí dbát především na pestrost stravy. Častým problémem ke krmení polévkou, která je důležitým zdrojem živin, ovšem je často vdechována a vyvolává kašel, čímž komplikuje krmení. Je vhodné ji rozmixovat na potřebnou hustotu tak, aby nedocházelo k jejímu vdechnutí. Jako druhý chod není třeba podávat jen různé druhy kaší, ale můžeme rozmixovat maso, omáčky s těstovinami a podobně. V případě soběstačnosti pacienta je dobré mu stravu upravit tak, aby ji mohl konzumovat, např. nakrájet na kousky a dohlédnout na to, aby se nemocný najedl. U pokročilejších stavů demence nemocní nemívají zubní protézy, je tedy nutné jim stravu upravit tak, aby ji mohli konzumovat bez potíží.

Velmi častým problémem je porucha integrity kůže, což je typickým a velmi častým problémem zejména pacientů upoutaných na lůžko, a to dlouhodobě. Je třeba dbát na zvýšenou pozornost při výskytu tzv. dekubitů, což je nekróza tkáně. Ve spolupráci se zdravotnickým a ošetrovatelským personálem je možno tuto péči zvládnout, ovšem je to velmi vyčerpávající a téměř neustálý boj, protože v důsledku otlaků i přes pečlivé a pravidelné polohování pacienta je výskyt dekubitů nekončící problém, obzvláště v místech nošení plen, na zádech a chodidlech.

Taktéž ve spolupráci s ošetřujícím a zdravotnickým personálem je vhodné řešit potíže s vyprazdňováním a vylučováním moči; ve druhém případě je relativně kompromisním řešením zavedení katetru, neboť infekce hrozící při jeho zavedení jsou menším zlem pro pacienta nežli infekce močových cest při zachování pravidelného vylučování moči. Potíže vyprazdňovací je možno zvládnout při podávání nejrůznějších preparátů na základě porady s lékařem, při zhoršení stavu pacienta je nutno konzultovat s chirurgem.

### **1.3.9 Osoby pečující o jedince s VD**

Říká se, že kdyby nemocní demencí věděli, co dělají, zřejmě by to nedělali. Málokdo by to mohl potvrdit lépe nežli právě osoby, které o takové nemocné pečují.

„Nikdo není zbytečný na světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému“.

Charles Dickens

Je potřeba si uvědomit, že mnozí se odhodlají pečovat o nemocného blízkého, aniž by byli schopni řádně zaobstarat sami sebe. Nevědí, co taková péče zahrnuje, mnohdy jsou pak postaveni čelem k realitě, se kterou si nevědí rady a nejsou na ni připraveni. Laická veřejnost vidí např. v pomáhajících profesích jen osoby, které pracují jako služebnictvo. Halová (2010, s 104-105):“ Nikdy nebudou všemi doceněny nekonečné úsměvy, laskavá slova, útěcha, povzbuzení, opětovné naslouchání, opakované odpovědi, znova vyřčená vysvětlování. A jako vždy, kdo sám nezakusil zklamání z nevděku, z neocenění snahy, kdo nepoznal pokoru a trpělivost, ten pak nedokáže sám sklonit hlavu a ve vši skromnosti říct prosté prosím a děkuji. Kdo ví! Možná je to jedním z důvodů, proč je tolik profesionálů znechucených, ba vyhořelých, nebo proč odchází za jinou práci, do jiného oboru.“

Mnohem těžší to mají rodinní příslušníci, kteří se snaží pečovat o své blízké a to jak nejlépe jen dovedou. Nemají žádné zkušenosti, vše se musí naučit, cestu péče o osobu trpící demencí si musí mnohdy vyšlapat sami a mnohdy je to pro ně velmi obtížné po všech stránkách. Této problematice se věnuje praktická část práce. Faktem, o kterém nelze diskutovat, zůstává, že tito pečující nemají žádné volno, dovolenou, často žádnou „výměnu směn" s jinými blízkými, kteří by je v péči vystřídali. Rodinní pečovatelé nejednou sami skončí na antidepresivech, vyčerpání, sami pak onemocní. Prevence takového stavu je naprosto zásadní, někdy je však překážka v podobě sobeckosti nemocných či dalších rodinných příslušníků, kteří nutnost volna na zotavenou nechápou či pochopit nechtějí, nebo v pocitu vlastní nepostradatelnosti. Případy, kdy ošetřující partneři a rodinní příslušníci doslova padnou vyčerpáním, nejsou nikterak ojedinělé, tyto skutečnosti by měly být pečujícím osobám známy a měly by být varováním.

Samostatnou kapitolou jsou případy, kdy jsou nemocní pouze využíváni, zpravidla pro udržení jejich příjmu v domácnosti. Takové jednání je nejen na hranici zákona, v případě prokázání týrání nemocné osoby i za hranicí zákona, ale je také z hlediska lidskosti naprosto nepřijatelné. Je potom otázkou, jak takový způsob péče, pokud tedy ještě můžeme hovořit o péči, prokázat, a následně sjednat nápravu věci. Zdravotní a sociální péče by měla fungovat natolik, aby v případě jakýchkoliv pochyb bylo možno využít mechanismů sloužících ke zjištění, prokázání a řešení nesprávné či naprosto nevhodné péče o osoby s demencí. S tím ovšem souvisí fakt, který je nutno také zmínit, a sice vliv nejrůznějších situací na chování

pečujících osob. Pokud neznáme okolnosti, dlužno dodat všechny okolnosti, těžko vyřknout soud jednoznačně. Například stav vyčerpanosti (Halová, 2010), který trvá již dlouhou dobu, může vést k závažnějším problémům v psychice ošetřujícího, který si nemusí sám všimnout, že mění své chování a jednání.

Nemocní demencí jsou sice dementní, ale velmi citlivě rozlišují, s jakým přístupem je s nimi jednáno, podle toho jsou často ovlivněné jejich reakce, které bývají mnohdy čistě instinktivní.

„ Demence přichází pozvolna, stejně jako noc. Napřed se pouze sešeří, postupně světla ubývá a ubývá, až nastane tma úplná. A dokud nenastane úplná tma, tak má nemocný stále své potřeby; ty ovšem postupně ustupují...Rozprostře se tma. V ní občas zablikají hvězdy, jindy se ukáže jasný měsíc. Ošetřující by měl být s nemocným již natolik spojen, aby nadále naplňoval jeho potřeby. Aniž by se ptal co a zda chce nebo nechce. Vždyť 'on 'už to ani neví. To ale ví už i ten, kdo jej nyní provede zbylým úsekem cesty, protože jej poznal a porozuměl mu“ (Halová, 2010, s. 108).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Případová studie osoby s VD**

Praktická část této práce je věnována případové studii konkrétní osoby. Jedná se o muže, pana Josefa, trpícího vaskulární demencí na pozadí předchozích onemocnění, úrazů a dlouhodobého působení negativních vlivů na jeho osobnost.

Předmětem první kapitoly praktické části této práce je popis a celková zpráva o zdravotním stavu pana Josefa, a to od počátku potíží fyzického i psychického rázu až po zprávu o jeho nynějším stavu včetně soudního jednání o přidělení opatrovníka vzhledem k jeho dlouhodobému špatnému stavu, který je nevléčitelný a má progresivní charakter.

Předmětem druhé kapitoly je pak osobní zkušenost s fungováním a využitím systému sociální péče u nás, dotýká se také zdravotnického systému a systému poradenství, který by měl být primární částí při rozhodnutí pečovat v domácím prostředí o člověka trpícího vaskulární demencí.

Cílem celé praktické části je především popis skutečného života jedince postiženého demencí vaskulární etiologie a vliv této situace na nejbližší rodinu, v tomto případě na manželku, která se rozhodla pečovat o manžela v domácím prostředí navzdory vlastnímu špatnému zdravotnímu stavu.

Jako hlavní metoda v tomto případě byl zvolen rozhovor. Výběr respondenta byl ovlivněn faktem, že nejbližším příbuzným pana Josefa je jeho manželka, která o něho pečuje. Její zkušenost je nedocenitelná, velmi osobní, přirozeně ovlivněná léty péče, která je sama o sobě mimořádně náročná. Manželka je paní Marie, narozená v roce 1949. Sama v rozhovoru zmiňuje, že mnoho informací a cenných rad získala od přátel a známých, proto autor této práce nepodceňuje její rady a zkušenosti jako čistě laické, ale naopak je vyzdvihuje jako o tolik cennější, o kolik jsou osobnější a upřímně míněné.

#### **2.1.1 Rodinná a pracovní anamnéza**

Osoba trpící vaskulární demencí je muž, pan Josef, narozen v roce 1930. Je vyučen pasířem, při zaměstnání vystudoval dálkově střední průmyslovou školu. Bratr emigroval do zahraničí, v době totalitního režimu byl muž několikrát vyslýchán a sledován tajnou službou. Další bratr zemřel mlád, synovec spáchal sebevraždu. Muž je podruhé ženat, má celkem tři



děti, se dvěma dětmi z prvního manželství neprobíhal styk. Pan Josef měl problémy s pracovním uplatněním z politických důvodů. Prodělal několik vážných úrazů. Následkem všech výše zmíněných okolností byl muž pod dlouhodobým tlakem a trpěl psychickými potížemi. Nynější rodinné zázemí je harmonické, manželka je výrazně mladší, po prodělané pozdě zachycené lymfické borelióze je v invalidním důchodu, pečuje o manžela.

### **2.1.2 Lékařská anamnéza**

Ve 21 letech hospitalizován pro podrážděný apendix na chirurgii.

V roce 1979 lékařský nález k posudkové komisi: pobírá ČID od roku 1960, pak do roku 1975 plný invalidní důchod a od roku 1975 opět ČID. Pracuje jako skladník, vrátný, absolvent střední průmyslové školy, vyučen pasířem. Cítí se unavený, slabý, nemá o nic zájem. Špatně spává, má bolesti celého těla. Trpí nechutenstvím, má depresivní náladu, strach, úzkost, ztrátu zájmů, životního smyslu, sníženou vitalitu. Dg.: Anomální osobnost, anxiosně depresivní neuróza, postkomoční encephalopathie, stav po kompresivní zlomenině obratle L1, spondylolisthesis ploténky Th/L, osteochondrosis obratlů L4/L5 a L5/S1. Pro psychické potíže přiznán plný invalidní důchod.

Nález pro OSSZ v roce 1981 obsahuje údaj o tom, že muž prodělal v roce 1960 pracovní úraz a byl částečně invalidizován. Subjektivní potíže: vyčerpání, bolesti za krkem, nemůže otáčet hlavou, není schopen se soustředit, má bolesti hlavy a poruchy paměti, je malátný a unavený. Závěr: Anxiosně depresivní neurastenie u psychopathické osobnosti. Postkomoční encephalopathie, frustní pravostranná centrální lateralizace po cerebrokranálních traumatech. Stav po kompresivní fraktuře těla obratle L1. Gonarthrosis 1. dx., chronizované lumbago vertebrogenní etiologie s blokovým postavením páteře a kořenovými bolestmi. Ponechán plný invalidní důchod.

V roce 1984 posudková kontrola, vyšetřovaný nepracuje, pobírá plný invalidní důchod, je v péči neurologa, psychiatra a ortopeda. Diagnosticky lumbago vertebrogenní etiologie, anxiosně depresivní syndrom, postkomoční encephalopathie, gonarthrosa vpravo. Ponechán plně invalidní.

OSSZ v roce 1986 – ohledně vlastnictví řidičského průkazu se vyjadřuje neuroložka dne 21.8.1986: V anamneze opakovaná kraniocerebrální traumata před mnoha lety s residuálním pseudoneurasthenickým syndromem. Celopátevní algický syndrom vertebrogenní etiologie.

Závěr: Není důvod k pozastavení řidičského oprávnění. Psychiatrické vyšetření ze dne 21.8.12986 psychiatr uzavírá: Výše jmenovaný je schopen jako řidič, integrita osobnosti je dobře komponovaná, není pouze schopen jako řidič z povolání, protože nesnese delší zatížení. Není tedy schopen mít řidičský průkaz skupiny C, D, T. Ponechán řidičský průkaz skupiny B.

V roce 1987 zjištěna hypertenze, v roce 1990 biopsií potvrzena segmentální kolitida při divertikulose. Vyšetřen na interně dne 23.2.1990 pro dušnost, vertiginozitu s následným zamlženým vědomím a pádem, k vyloučení infarktu myokardu se závěrem virosis, hypertenze dekompenzovaná, výrazná neurastenická nástavba, skeletomusculární syndrom přední stěny hrudní. V roce 1991 vyšetřen gastrokopicky a rektoskopicky s biopsií. Potvrzena segmentární colitis při divertikulitidě, proctocolitis, hemoroidy v anamnese. Potíže: průjmová stolice, ubyl 12 kg, dehydratace, anemie. Therapie: Sulfasalazin. Hospitalizaci odmítá.

V roce 1991 má potíže, nemůže dodýchnout, internista ho odesílá k psychiatrickému vyšetření pro akcelerovanou hypertenzi při silné neurotizaci. Není schopen komunikace, třes celého těla, plačtivý, „zhroutil se“.

V roce 1992 došlo k exacerbaci colitidy, opakovaně odmítl hospitalizaci, dehydratovaný, anemický. Hospitalizován na interně od 16.10.1992 do 23.10.1992 s dg.: Dyspeptický syndrom po dietní chybě, na rtg prokázána divertikulosa sigmatu. Dále diabetes mellitus kompenzovaný na dietě, hypertenze kompenzovaná, medikuje Digoxin a Cordipin.

V roce 1998 vyšetřen na interně s dg.: Akutní cévní mozková příhoda, v anamnese dvakrát infarkt myokardu, diabetes mellitus na PAD – Dirastan, hypertenze na medikaci Crystepin. TK = 200/100, dostal Tensiomin, Oxyphyllin, Lokren, Tritace a odeslán na hospitalizaci na neurologii.

Od 25.8.2004 do 3.9.2004 hospitalizován na interně nemocnice v Prostějově pro akutní kompletní femoropopliteální žilní trombosu levé dolní končetiny. Hypertenze, diabetes mellitus, stav po ambulantně proběhlé ischemické cévní mozkové příhodě s drobnou residuální levostrannou lateralizací 07/04, stav po ischemické cévní mozkové příhodě v levé mozečkové hemisféře v roce 1998 (ověřeno na CT), chronická ischemická choroba srdeční, stav po infarktu myokardu dvakrát.

V roce 2006 pobyt na Apo-Sanco, na medikaci: Diaprel, Trental, Betaloc, Anopyrin, Remood, alergie na Oxyphyllin. V roce 2007 přijat opět jako převážně ležící, plně závislý na cizí pomoci, inkontinentní. Alergie na Oxyphyllin.

Dne 9.4.2006 přijat na neurologické oddělení nemocnice v Prostějově pro ictosní vznik pravostranné centrální hemiparezy s plegií pravé paže, parézou nervi VII., XII. vpravo a fatickou poruchou. Etiologicky ischemie v povodí arteria cerebri media vlevo, dále hypertenze, diabetes mellitus na PAD, ischemická choroba srdeční, stav po infarktu myokardu, stav po ischemické cévní mozkové příhodě v levé mozečkové hemisféře v roce 1998 a ve kmeni v únoru 2006. Stav po femoropopliteální žilní trombóze levé nohy v roce 2004. Alergie na Oxyphillin, obesitas permagna. Stav po operaci menisku levého kolena dvakrát. Therapie Ramil, Vasocardin, Tenaxum, Diaprel, Agapurin. Vyšetření CT mozku – bez průkazu intracerebrálního krvácení, neprokázána čerstvá ischemie ani intracerebrální hemorhagie, přeložen na doléčení na LDN na medikaci Ramil, Vasocardin, Diaprel, Pentomer, Remood, Hartil, Piracetam a Anopyrin. Na CT jen staré postischemické změny bilaterálně. Doléčen na LDN od 4.5.2006 do 2.6.2006, medikace ponechána, mobilní propuštěn do domácího ošetřování.

Na neurologii přijat 23.6.2006 k rehospitalizaci pro zhoršení fatické poruchy a pravostranné hemiparézy, od 7.7.2006 do 1.9.2006 doléčován na LDN s dg.: Stav po recidivující CMP s residuální pravostrannou hemiparézou až plegií PHK, expresivní fatickou poruchou, pravostrannou centrální parézou n. VII. Etiologicky hypoxie v povodí levostranné arterie carotis mediae, stav po ischemii levé mozečkové hemisféry (1998) a kmene (2006), stav po femoropopliteální trombóze LDK, DM II. typu na PAD. Medikuje Hartil, Betaloc, Diaprel, Trental, Remood, Anopyrin. Propuštěn domů, dostal chodítko.

Hospic na Svatém Kopečku od 13.7.2007 do 9.8.2007 s dg.: Cévní mozková příhoda, HN, ICHS, DM. Přijat dysartrický, slovní kontakt zlepšen během pobytu.

Od 1.11.2007 do 9.11.2007 na neurologii pro zhoršení mobility a fatické poruchy, propuštěn domů.

Dle ošetřovatelských záznamů od roku 2008 nesedí bez opory, v květnu 2009 zcela imobilní, obtížné vyjadřování, není soběstačný v běžných denních úkonech, inkontinence moči a stolice.

Neurolog doporučil pobyt na LDN, několik dní je somnolentní, kontakt je omezený, neodpovídá, je neklidný, občas zakašle. Recidivující CMP s fatickou poruchou u reziduálně imobilního pacienta s kvadruparézou končetin, s pravostrannou prevalencí-plegií PHK a spastickou, HN III. stupně, DM II. typu, ischemická choroba srdeční, stav po IM, stav po

ischemické CMP v levé mozečkové hemisféře v roce 1998 a ve kmeni v 02/2006 s reziduální imobilitou, stav po femoropopliteální žilní tromboze LDK anamnesticky, alergie na Oxyphylin. Propuštěn domů na medikaci Tritace, Apo-metoprolol, Anopyrin, Trental. Na LDN od 27.5.2011 do 7.7.2011 pro zhoršení celkového stavu, nemluví, odmítá jíst a pít, na medikaci Tritace, Vasocardin, Anopyrin a Trental.

Dle ošetřovatelského záznamu ležící, zvládá se sám přetáčet na strany, jinak nespolupracuje, sleduje očima, bývá usměvavý, inkontinentní. Dne 29.7.2011 ADL 5 bodů, IADL 0 bodů. Ošetřován dekubitus na levé patě, je zahleněný, unavený, pasivní. Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce od 14.3.2012 do 30.4.2012. Polymorbidní nemocný s kvadruparetickým postižením, neschopností verbální komunikace a poruchami výživy. Přijat k paliativní hospicové péči pro celkové zhoršení stavu, zůstává imobilní, neschopen verbálního kontaktu, klidný až apatický, sleduje očima, občas reaguje úsměvem.

Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce od 9.7.2012 do 23.7.2012. Stav po 4 měsících zhoršen, vyhýbá se i očnímu kontaktu, pasivní, musí být krmen, imobilní, nedomluví se. Th.: Remood, Corol, Trental, Anopyrin, Apo-metoprolol, Guttalax.

### **2.1.3 Psychiatrická zpráva**

Dne 28.2.1964 se dostavil v těžké psychogenní depresi na neurologickou kontrolu, zjištěny prvky krčního syndromu anamnesticky i objektivně se synkopálním krčním traumatickým syndromem s drobným nálezem ložiskovým jako stav po kraniocerebrálním traumatu s kontuzí páteře krční a postkomočním syndromem, nyní vše dekompenzováno exogenním stresem a snad i exhaustivní situací. Odeslán k psychiatrovi a dána k úvaze pracovní neschopnost.

Při přijetí do ambulantní psychiatrické péče v roce 1964 uvedl, že v roce 1959 byl na brigádě zasypán v dolech, utrpěl frakturu obratlů, byl dlouho v sádrovém lůžku. V roce 1962 prodělal úraz s bezvědomím, byl hospitalizován. Nyní se nemůže zaklonit, ihned omdlí. Má operovaná kolena. V práci má stresové situace, hrozí mu výpověď z politických důvodů. Neklidný, výbušný, v práci má „nervák“, nespí, nesoustředí se. Therapie: Meproamat, Noxyron, Phenobarbital, Tofranil, Seduxen, Radepur, Chlorprothixen, Noveril, Alnagon, Diazepam, Cetrexin.

Psychiatrovi se svěřil, že užívá analgetika i několikrát denně pro silné bolesti hlavy, bez nich by nebyl schopen zastat svoji práci. Stav hodnocen pro zhoršující se neurasthenicko-depresivní postkomoční syndrom, byl odeslán k hospitalizaci do Psychiatrické léčebny v Kroměříži.

Hospitalizován od 9.8.1967 do 8.9.1967 s dg.: Postkomoční encephalopathie se sklonek k abusu analgetik. Dop.: Chlorprothixen 15 mg 1-1-2, Levopromazin drg 25 mg (Tisercin) na noc. Odešel na vlastní žádost. Z anamnestických dat: v roce 1961 zavalen v dole, prodělal těžký otřes mozku, v roce 1963 při jízdě na motocyklu opět havárie s dvoudenním bezvědomím. Rozvedený, podruhé ženat, platí výživné na dvě dcery z prvního manželství. Kouří 20 cigaret denně. Ve zvýšené míře užívá v poslední době Dexfenmetrazin. Od roku 1963 má úporné bolesti hlavy, depresivní stavy, poruchy koncentrace, subjektivně se povahově změnil, ztráta dřívějších zájmů. Myslel opakovaně na sebevraždu. Dále si stěžuje na poruchy paměti. Proti bolestem hlavy užívá Alnagon. Neurologicky vyšetřen včetně EEG se závěrem: diskretní ataktický syndrom, abnormální EEG záznam po prodělaném traumatu lbi.

V roce 1972 v Lázních Jeseník, kde převažovala porucha osobnosti – konfliktogenní, kverulantně – pithiatické rysy.

Podruhé hospitalizován v PL Kroměříž od 1.2.1972 do 19.2.1972 s dg.: Situační neurastenický syndrom s existenciální frustrací u disponované osobnosti. Jako před třemi lety rozvod s manželkou, tak nyní nedávné úmrtí matky, náhlé úmrtí 50ti-letého bratra, suicidum synovce a problémy v zaměstnání měly za následek, že se šel opět dobrovolně léčit na psychiatrii. Propuštěn sine medikace. V roce 1972 v Lázních Dubí v Krušných Horách.

Založené psychiatrické nálezy pro Okresní posudkovou lékařskou komisi: v letech 1972, 1973, 1974 pracuje jako skladník u Dopravních služeb v Prostějově. Stěžuje si na velkou zodpovědnost, konfliktové situace, snadno se rozčílí a pak má bolesti hlavy, nespí, nesoustředí se. Závěr: Depresivní neuróza u anomální osobnosti, Postkomoční encephalopathie.

V letech 1979, 1980 a 1984 psychiatr shrnul psychiatrický nález pro posudkovou komisi takto: Pacient je v evidenci zdejšího psychiatrického oddělení od roku 1964. Opakovaně hospitalizován v různých psychiatrických zařízeních. Stěžuje si na stále se horšící stavy strachu, úzkosti, depresivní nálady, plačtivost, kterou není schopen zvládnout, někdy se zase snadno vzruší pro maličkost. Je výbušný, neklidný, bolesti hlavy, není schopen se na nic

soustředit, poruchy spánku a paměti, ztráta zájmů. Stále se cítí unavený a malátný. Objektivně: Kontakt navazuje dobře, odpovědi přiléhavé, všemi směry správně orientován, myšlení bez formálních změn, emoční ladění subdepressivní, afektivá labilita, sklon ke zvýšené introspekci, egocentrický, řada neurotických potíží, anhedonický syndrom se ztrátou životních zájmů. Závěr: Anxiosně depresivní neuroza u dekompenzované psychopatické osobnosti. Postkomoční encephalopathie. Trvalý stav s progresí vzhledem k věku. V roce 1999 poslední záznam: Neuroticky dekompenzovaná psychopatická osobnost F 60.2, medikace Prothiaden 25 mg 0-1-2.

### **2.1.4 Současný stav**

Souhrn a posudek znalce na žádost soudu ve věci zbavení způsobilosti k právním úkonům:

Vyšetřovaný je podruhé ženatý, má 3 děti, vyučený pasířem, středoškolák. V roce 1960 úraz na šachtě s úrazem hlavy. Částečně invalidizován pro postkomoční encephalopathii s frustní pravostrannou centrální lateralizací a pseudoneurasthenickým syndromem, vertebrogenním algickým syndromem. Stav po kompresní fraktuře obratle L1 s chronickým lumbagem, gonarthrosis vpravo. Pracoval jako vrátný, pro zhoršení stavu vždy přechodně invalidizován plně, ponechán řidičský průkaz skupiny „B“. Od roku 1987 (jako 57letý) léčen pro hypertenzi a od roku 1990 pro segmentární kolitidu při divertikulitidě. Od roku 1992 diabetes mellitus na dietě, v následujících letech prodělal dvakrát infarkt myokardu, v roce 1998 došlo k akutní ischemické cévní mozkové příhodě v levé mozečkové hemisféře, diabetes mellitus na PAD. V roce 2004 ( v 74 letech) prodělal akutní trombózu levé dolní končetiny a v červenci téhož roku ischemickou cévní mozkovou příhodu s levostrannou lateralizací při ischemické chorobě srdeční.

V roce 2006 ( jako 76letý) hospitalizován na neurologii Prostějov pro cévní mozkovou příhodu s pravostrannou centrální hemiparézou a fatickou poruchou, stav po ischemické cévní mozkové příhodě ve kmeni mozkovém téhož roku. Opakovaně hospitalizován na neurologii s doléčováním na LDN a rehabilitaci. Domácí péče zajištěna organizací sester APO-Sanco v domácím prostředí, v případě nutnosti umístěn na lůžko. Manželka byla nucena využít i služeb Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce, při posledním pobytu v červenci 2012 již zcela imobilní, nedorozumí se, pasivní, vyhýbá se očnímu kontaktu. Medikuje Anopyrin, Pentomer retard a Remood. Dominuje neurologické postižení, stav po opakovaných

ischemických cévních mozkových příhodách s kvadruplegií a afázií, hypertenze s postižením myokardu a cév, diabetes mellitus a divertikulitida. Kognitivní funkce nelze vyšetřit pro neurologické postižení.

Stav již po dobu 7 let vyžaduje nepřetržitou péči druhé osoby, má podanou žádost o umístění do Centra sociálních služeb v Prostějově. Vzhledem ke zdravotnímu stavu uvažováno o úpravě způsobilosti k právním úkonům. Vyšetřovaný není schopen se o sebe postarat, vyřizovat své záležitosti, činit právní úkony svobodně, vážně, určitě a srozumitelně.

Znalec navrhuje plné zbavení způsobilosti k právním úkonům.

Vyšetření psychiatrem v domácím prostředí:

Vyšetřovaný v lůžku leží nehybně, na oslovení reaguje pohledem, na otázky nereaguje. Pohled klidný, bez výrazu utrpení a bolesti, nezúčastněný.

Současný psychický stav: Lucidní, příchozí sleduje očima, zdá se mít zájem při představování, ale nelze provést psychiatrické vyšetření. S manželkou se dorozumí pohybem víček, verbálního kontaktu není schopen, nevydává žádné zvuky. Horní končetiny nehybné, leží bez pohnutí. Při mém odchodu již nejeví žádný zájem, v mezidobí usnul. Poskytovanou péči přijímá bez projevů negativismu, spí dobře.

Současný somatický stav: Bez známek akutního onemocnění, afebrilní, bez známek dušnosti, kardiopulmonálně kompenzován. Centrální spastická kvadruplegie končetin, neschopen pohybu na lůžku. Zcela imobilní, inkontinentní, kompletní fatická porucha, pareza mimického svalstva, poruchy polykání i reflexu kašlacího, pravá ruka v zápěstí v trvalé flexi, neschopen držení předmětu. Nezvedne ani nohy přes postranice, musí být krmen, stav vyžaduje celodenní péči. Snížená hmotnost, nelze zvážít.

### Závěr:

Pan Josef trpí závažným neurologickým postižením centrálního nervového systému s kvadraparezou končetin a následnou imobilitou, fatickou poruchou znemožňující verbální komunikaci, to vše vaskulární etiologie. Opakované ischemické cévní mozkové příhody nasedající na traumaticky a hypertenzní chorobou narušený terén při chronické ischemické chorobě srdeční se dvěma infarkty myokardu, trombóze levé dolní končetiny a přidruženém onemocnění diabetem mellitem, měly za následek vaskulární demenci. Stupeň demence nelze posoudit pro fatickou poruchu. Reaktivní depresivní porucha v léčbě. V anamnése pseudoneurasthenický poúrazový syndrom.



## **2.2 Osoby pečující o osobu s VD v domácím prostředí**

### **2.2.1. Zkušenost s využitím sociálních zařízení při péči o osobu s VD v domácím prostředí**

Tato podkapitola je tvořena formou rozhovoru, který je nestandardizovaný a byl veden v domácím prostředí s manželkou pana Josefa. Autor práce měl za cíl zjistit osobní zkušenost s využitím nejrůznějších zařízení poskytujících odlehčovací, ošetrovatelské, pečovatelské či hospitní služby. Jak již bylo v práci zmíněno na mnoha místech, bez pomoci zařízení poskytujících sociální a jiné služby je dlouhodobá péče o osobu trpící vaskulární či jinou formou demence či jakýmkoliv jiným způsobem, který zapříčiňuje její závislost na pomoci druhých osob, zvládnutelná jen s velkými obtížemi, lépe řečeno je téměř nezvládnutelná. Není možno klást otázky panu Josefovi, z výše uvedených informací v lékařských zprávách je závěr zcela patrný, muž není schopen jakéhokoliv ústního projevu. Proto je jedinou dotazovanou osobou manželka pana Josefa.

Teze č. 1: Zařízení poskytující sociální služby jsou nepostradatelnou součástí péče o člověka s vaskulární demencí v domácím prostředí.

Otázka: Jak byste popsala situaci, když se stav vašeho manžela zhoršil natolik, že začalo být jasné, že zůstane upoutaný na lůžko?

Odpověď: „Manžel byl dlouhou dobu v dobré kondici, fyzicky byl aktivní do vysokého věku, ještě po sedmdesátce jezdil na kole a to i v zimě. Na naší chatě zastal mnoho práce, myslím, že si nepřipouštěl, že stárne a jeho zdravotní stav se zhoršuje. Jediné, co mu vadilo, byl fakt, že už nemohl řídit auto, to nesl velmi těžce. Po té trombóze tehdy v roce 2004 se začala zhoršovat jeho samostatnost a soběstačnost, přestal vycházet z domu, spíše polehával, ale v našem bytě se zvládl zaobstarat bez větších potíží, chodil, najedl se, umyl se, oblékl a tak. Všechno se změnilo nejvíc po té silné mrtvici, co měl na jaře 2006. Když jsem ho viděla na JIPu v nemocnici, myslela jsem, že umře. Byl úplně jiný. Hospitalizovaný byl dlouho, šel domů až někdy uprostřed léta, nepamatuju se přesně. Vypadalo to, že bude chodit, ale s pomocí druhé osoby zvládnul cestu do koupelny a na toaletu a zpět do lůžka, nic víc, i to byl pak problém. Během pár týdnů bylo jasné, že zůstane ležet. Zhroutila jsem se psychicky, doufala jsem do poslední chvíle, že se něco změní.“

Otázka: Jaké byly začátky domácí péče o vašeho manžela?

Odpověď: „Vůbec jsem si nevěděla rady. Manželův lékař mi neporadil vůbec nic, teprve od sousedů a známých jsem se začala dozvídat, že jsou možnosti v podobě pomoci zařízení, která jsou na takovou péči specializovaná. V místě našeho bydliště byla agentura domácí péče, tak jsem se šla zeptat tam. Dostala jsem na ni dobré reference, když jsem tam přišla, chovali se ke mně pěkně, paní ředitelka byla milá, nabídli mi spoustu služeb. Začala jsem využívat služeb sester a ošetřovatelek, které jezdily k nám domů a pomáhaly manžela umýt, přebalit, radily mi, jak polohovat, na co dát pozor. Také jsem využila služby pána, co jezdil jednou či dvakrát týdně manžela cvičit, nevím, jak bych to popsala, prostě s ním různě hýbal, aby mu cvičil svaly, když byl ležící pacient. Měla jsem problémy s penězi, když přijely sestry mu třeba vzít krev, to jsem neplatila, ale když jezdily na mytí a tak, to jsem platit už musela. Pak mi poradil, už ani nevím kdo, že si můžu požádat o příspěvek na péči, ze kterého můžu tyto služby platit.“

Otázka: Využívala jste celou dobu služeb jen tohoto zařízení?

Odpověď: „Ne, několikrát, když jsem musela sama do nemocnice nebo jsem byla tak vyčerpaná, že jsem si musela odpočinout, jsem tam manžela umístila na odlehčovací péči, zpočátku jsem měla dobré zkušenosti, ale po té poslední jsem ho tam už nikdy nedala.“

Otázka: Co se stalo?

Odpověď: „Byla jsem skoro tři týdny v nemocnici. Manžela jsem proto nechala převézt tam, myslela jsem, že se mi o něho postarají jako vždycky. Vrátila jsem se z nemocnice v úterý ráno, chvilku po návratu mi ho dovezla sanitka domů. Měl horečku skoro čtyřicítku, hrozně kašlal a když jsem ho svlékla, abych ho umyla, zjistila jsem, že má škaredou hnědou bouli na patě. Hrozně naříkal, tou dobou už ale nemohl mluvit. Volala jsem jeho lékařce, řekla mi, že může přijet až za dva dny. Nakoupila jsem v lékárně léky od horečky a kašle, záchranka nepřijela, řekli mi, že tento stav oni nemůžou řešit. Když přišla lékařka, zjistila, že manžel má zápal plic, to na té noze že je dekubit. Byla to zanedbaná péče, propustili ho z ADP bez toho, aniž by ho lékař poslechnul, jestli nekašle, u ležících lidí je to častý problém, to jsem věděla i já a to nejsem doktor. Dekubit byl prý číslo čtyři, to je ten nejhorší, a s nekrózou. Začala jsem manžela vozit na chirurgii, nejdřív nebylo vůbec jasné, jestli mu nebudou muset uříznout kus nohy.“

Otázka: Jak se k tomu postavila agentura a pomohl vám lékař?

Odpověď: „Manželova lékařka posílá své pacienty do té agentury, ona mi řekla, že proti nim nepůjde, když se zeptala dcera, jestli si její stanovisko může nahrát, odmítla to. Lékař této agentury se choval velmi arogantně, navíc mi řekl, že péče a pobyt u nich stojí „jen“ 700,-Kč denně a jinde že chtějí mnohem víc, tak co bych prý chtěla.“

Otázka: Jaký jste z toho všeho měla pocit?

Odpověď: „Já jsem se snažila, aby se z toho manžel dostal, ale bylo mi hrozně, byla jsem velmi rozčarovaná ze změny péče a hlavně postoje, který agentura zaujala; když byl takový problém, snažili se tvrdit, že se mohl bouchnout v sanitce do nohy a z toho že se to udělalo, což je nesmysl. A k tomu dalšímu řekli, že jsem si ho měla zkontrolovat tam, než ho odvezli, abych zjistila, že má zápal plic a horečku. Já ale byla ještě v nemocnici, samotnou mě vezla sanitka, nejsem doktor, abych zjistila zápal plic. A ještě paní ředitelka řekla, že kdybych tam chodila dohlížet na sestry, tak by se snažily pracovat lépe! Kdyby mi tohle někdo říkal, tak mu neuvěřím.“

Otázka: Co jste dělala potom?

Odpověď: „Dcera mi našla zařízení Charita Prostějov, domluvila mi péči od nich. Byla jsem velmi spokojená, sestry jezdily domů pomáhat mi, ale bylo to mnohem lepší, pomáhaly nad rámec, daly mi spoustu rad, když jsem nevěděla, jak řešit zdravotní komplikace či cokoliv jiného, byly velmi ochotné a myslím, že se dokázaly vcítit, to pro mě bylo hodně důležité. Měla jsem najednou pocit, že na to nejsem sama, i když jako rodina držíme pohromadě a pomáháme si, přece jenom jejich zkušenosti byly k nezaplacení.“

Otázka: A co péče na delší dobu s ubytováním?

Odpověď: „Časem mi sestřičky řekly, že už mají u nás v Prostějově i lůžkové oddělení, byla jsem moc ráda, protože jsem věděla, že se mi o manžela dobře postarají. A postarali, využila jsem odlehčovacích služeb v Domově Daliborka několikrát, vždycky jsem byla moc spokojená, myslím, že dělali všichni maximum, často asi víc, než za co byli placeni, myslím tím tu obětavost a snahu udělat vše, co je možné, to se nedá srovnat s žádnou nemocnicí. Vždycky byli velmi ochotní, všechno se mnou řešili, nic pro ně nebyl problém, snažili se vyhovět. Nejednou jsem byla překvapená i z výsledného účtu za služby, čekala jsem víc, a dostala jsem přesný výpis všech služeb na minuty přesně a do poslední koruny, to byla

třešnička na dortu, s takovou poctivostí se často nesetkávám. Za některé věci nejde jen tak poděkovat, ale myslím, že jsem dala vždycky najevo, jak moc jsem jim vděčná.“

Otázka: Využila jste služeb nějakých jiných zařízení?

Odpověď: „Ano, když jsem po prvním roce péče o manžela byla na konci sil, dcera získala informaci o zařízení Hospic na Svatém Kopečku. Ihned jsme tam jely zeptat se na možnost umístit manžela v jejich péči, abych si mohla odpočinout. Byly jsme doslova šokované, ovšem tím nejlepším možným způsobem. Přístup v tomto zařízení snad nejde ani popsat. S takovou vstřícností a obětavostí jsem se do té doby nesetkala, byla to moje první zkušenost se zařízením typu hospic, nevěděla jsem, co mám očekávat. Tou dobou ještě manžel mohl trochu mluvit, jinak už byl imobilní. Nic nebyl pro hospic problém. Počínaje tím, že mu uvařili kávu do jeho oblíbeného hrnku, konče tím, že jsme mu mohli přivést na pokoj našeho psa a dát mu ho do postele. Vysvětlili nám, že v paliativní péči jsou jakékoliv takové momenty důležité, tato péče není o léčbě, jsou tam pacienti nevléčitelní, ale o zachování co nejvyšší možné kvality života. Cokoliv pacienti mají rádi a pomůže jim cítit se dobře, je povoleno. Aspoň tak mi to bylo nějak vysvětleno a manžel tam byl vždycky výborně zaopatřený. Mohli jsme tam být v jakoukoliv dobu, vždy s námi ochotně hovořili o všem, dochází tam také mnoho dobrovolníků, jednou jsme byli u toho, když manželovi např. u lůžka zpívali nebo u něho jen tak seděli a povídali mu, i když při pozdějších pobytech už moc nevnímal.“

Otázka: Byla jste tedy s manželem v uvedeném zařízení vícekrát?

Odpověď: „Ano, než začal fungovat Domov Daliborka, požádala jsem o umístění manžela několikrát, ne vždy to bylo možné, ale když to šlo, vždy mi vyhověli, i když se stal akutní problém. Museli dodržet nutný postup předcházející ubytování v hospicu, ale i tak udělali maximum pro to, aby se situace vyřešila co nejrychleji, nemuseli, ale ta obětavost a vstřícnost byla neuvěřitelná, patří jim za to můj obrovský dík.“

Otázka: Dokázala byste shrnout vaše dojmy z paliativní péče v zařízení Hospic Svatý Kopeček?

Odpověď: „Oni mají už nevím ani kde napsáno něco jako „spěchejme milovat lidi, protože odcházejí rychle“. Nevím, jestli to říkám přesně, ale uvízlo mi to v paměti, myslím, že to přesně vystihuje podstatu všeho, o čem se tu bavíme. Také myslím, že po zkušenosti

s Domovem Daliborka mohu říci totéž i o nich, a to jsem myslela, že už se s takovým přístupem nesetkám jinde.“

Vlastní šetření a shrnutí studie pana Josefa v souvislosti s vývojem onemocnění vaskulární demencí a využitím sociálních služeb:

Na základě rozhovoru s manželkou a vlastního pozorování lze usuzovat, že příchod a postupná progresse vaskulární demence může začít zcela neočekávaně a může zaskočit jak dotyčnou osobu trpící demencí, tak její nejbližší okolí. Pan Josef byl po dlouhá léta pod poměrně silným psychickým tlakem, jehož počátek lze datovat do dob totalitního režimu, který nepřál rodinám emigrantů a současně striktně postihoval všechny, kteří se nebáli vyjádřit svůj názor. Pan Josef mezi tyto osoby patřil a jedním ze zásadních momentů bylo jeho vyjádření se k příchodu okupantských vojsk Varšavské smlouvy. Spolu s tragickými událostmi týkajícími se jeho příbuzných počala deprese, která – jak již bylo zmíněno v teoretické části práce – má spojitost s vývojem demence. Vliv negativního psychického rozpoložení, obzvláště, je-li dlouhodobé, má jednoznačně negativní vliv na fyzický stav člověka a v souvislosti s rizikem vaskulárních onemocnění je tento stav velmi nebezpečný. Pan Josef byl sice ponechán v invalidním důchodu, ale stav jeho psychické pohody byl již natolik narušen, že riziko vzniku infarktu myokardu, který prodělal dvakrát, a následných několika cévních mozkových příhod již bylo příliš vysoké. Jak uvedla i paní Marie, zhoršení celkové mobility i samostatnosti jako takové proběhlo po trombóze v roce 2004 a rapidní zhoršení celkového stavu fyzického i psychického po rozsáhlé cévní mozkové příhodě v roce 2006. Rozhodnutí manželky o manžela pečovat v domácím prostředí bylo okamžité. Vzhledem k naprosté absenci zkušeností s osobou upoutanou na lůžko a vlastním zdravotním problémům musela vyhledat pomoc zařízení poskytujícího sociální služby. Každé ráno docházejí pracovníce zařízení do domácnosti paní Marie a pana Josefa. Pomáhají a provádějí úkony osobní hygieny, tj. mytí, přebalování a polohování pacienta. Podle stavu pana Josefa i paní Marie (její stav se čas od času velmi zhorší a nemůže vykonávat mnohé aktivity související s péčí o manžela) je nutno upravit frekvenci jejich návštěv na polední a večerní, dle stavu paní Marie tyto návštěvy také někdy spojit s krmením či donáškou stravy. V dopoledních hodinách také dle stavu pacienta a doporučení lékaře probíhá návštěva sestry provádějící úkony zdravotní péče, jako je měření tlaku, odběr krve či ošetření dekubitů a jiných ran. Sestra informuje ošetřujícího lékaře a ev. doporučí manželce kontaktování RZS či poskytne poradenství ohledně domácí péče. V dopoledních hodinách také probíhá rehabilitace, v případě pana Josefa neprobíhala logopedická péče, ale pouze rehabilitace

svalstva vzhledem ke stavu, který měl za následek upoutání na lůžko. Přes jistou nelibost pana Josefa je nutné přesně cílenými pohyby cvičit svalové skupiny ohrožené nehybností, ačkoliv pro ležící pacienty tato rehabilitace může být nepříjemná až mírně bolestivá. Po dobu prvních třech let bylo možno pana Josefa na lůžku po tomto typu cvičení s oporou i posadit na velmi krátkou dobu, poté už toto nebylo reálné. Rodina byla informována o možnosti bazální stimulace, kterou se naučila praktikovat alespoň laickým způsobem.

Využití odlehčovacích služeb a služeb hospicu paní Marie popsala poměrně obsírně, z vlastního pozorování může autor jen dodat, že se zhoršujícím se stavem jak pana Josefa tak paní Marie přibývá nutnosti využít těchto služeb. Paní Marie již není dlouhodobě schopná pro svůj špatný zdravotní stav péči plnohodnotně zvládnout, ošetřovatelky docházejí do domácnosti třikrát denně.

Teze č. 1: Na základě vlastního šetření autor práce vyvozuje, že v případě pana Josefa a paní Marie jsou zařízení poskytující sociální služby naprosto nezbytnou součástí péče o člověka s vaskulární demencí v rodinném prostředí.

## **2.2.2 Hodnocení přístupu a spolupráce lékařů a nemocničních zařízení při péči o osobu s VD**

Pečující o osobu trpící vaskulární demencí musí v nejrůznějších situacích, které to vyžadují, vyhledat často zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že onemocnění vaskulární etiologie, jak už bylo zmíněno, mívají progresivní charakter, spolu s horšícím se stavem nemocného je množství návštěv zdravotnických zařízení či návštěv zdravotníků u lůžka nemocného zpravidla stále vyšší.

Teze č. 2: Osoba trpící vaskulární demencí a osoba pečující se může setkat s omezenou péčí zejména v oblasti rehabilitace po např. CMP či IM.

Otázka: Jak byste popsala zkušenosti s přístupem zdravotnických pracovníků obecně?

Odpověď: „Stejně jako u zařízení poskytujících sociální služby nejrůznějšího charakteru je tomu i u zdravotnických zařízení. Myslím tím, že všechno je o tom, s jakými lidmi se setkáte. Rozdíly v jednání a chování z jejich strany jsou obrovské. Například po manželově mrtvici v roce 2006, kdy byl dlouhodobě hospitalizován, jsem byla v rozpacích z některých výroků, které jsem v nemocnici slyšela. Nejdříve byl na oddělení JIPu, kde se nezdráhali nám říci, že musí uvolnit místo mladším. Pochopím, že těm, co mají větší šanci na uzdravení,

pochoším i to o mladších pacientech, ale říkat to příbuznému nemocného považuji za velice bezohledné. Poté byl manžel přeložen na neurologické oddělení, tam jsem od ošetřujícího personálu vyslechla zase nejednou něco o „otravné péči“ (to si pamatuji přesně) o „ležáky“, kteří už mají být dávno na LDN. Když manžela převezli nakonec na toto oddělení, byla jsem velmi deprimovaná z toho, jak na mě prostředí působilo. Proto jsem nakonec souhlasila, že si ho odvezu domů, nechtěla jsem ho tam nechávat. Byla jsem k tomu velmi zdatně přemluvena v momentě, kdy ho dvě sestry dovedly před pokoj a posadily na lavičku s tím, že už tak krásně chodí. Chápu, že nejsou lůžka, osobně mohu říct, že manžel byl na třech různých odděleních patřících pod LDN umístěn několikrát, ale nikdy jsem neporozuměla tomu, na základě čeho některé případy přijímají a některé ne, to asi nemohu posoudit.“

Otázka: Zmínila jste, že k vám v některých případech odmítla přijet rychlá záchranná služba. Můžete být konkrétnější?

Odpověď: „Ano, opět musím říct, že chápu, že člověk přes 80 let pro naše zdravotnictví snad už ani není pacient, musím to tak říct, protože to je můj osobní dojem. Nejednou jsem se ocitla v situaci, kdy jsem si s manželem nevěděla rady, jeho lékařka slíbila příchod za dva i více dní, bez pomoci dvou silných mužů a nosítek už ho nebylo možné převézt k lékaři nebo na pohotovost a po popisu situace operátor vyhodnotil, že se nejedná o akutní stav a že mi záchranku nepošle. Jednou mi lékař RZS řekl, proč prý ho nenechám umřít doma. Pak ale dodal, že vlastně nemůžu, protože to by bylo neposkytnutí pomoci. To bylo v případě, kdy jsem RZS přivolala, protože muž nemohl dýchat. Jsem proti tomu zbytečně člověka trápit, když mu není pomoci, dělat zbytečná a mnohdy nepříjemná či bolestivá vyšetření, když je stav pacienta špatný a prognóza ještě horší. Ale když vidíte svého životního partnera, jak se dusí nebo mu otéká celé břicho, protože neměl dlouho stolici, či má suchou plenu, i když mu dáváte pít, nebo cokoliv podobného, musíte přivolat pomoc. Musím opět říct, že vše je o lidech, nechci jednoznačně hanit naše zdravotnictví, ale vedle zkušeností dobrých mám i ty horší a s věkem a zhoršujícím se stavem jich bylo více a více. Stejně tak jsem se ale setkala i s těmi zdravotníky, kteří navzdory věku a špatnému stavu a prognóze dělali maximum, aby vyřešili to, co vyřešit šlo, a aby manžel zbytečně neměl bolesti a netrpěl. Je mezi nimi mnoho velmi obětavých lidí, chtěla bych, aby za to byli lépe oceněni, je to těžká práce a poslání, které musím obdivovat.“

Otázka: Kdybyste měla porovnat přístup zaměstnanců například nemocnice a zařízení typu hospic, co byste řekla?

Odpověď : „Nechci ublížit nikomu ve zdravotnictví, ale na to je jednoznačná odpověď, s takovou lidskostí jako v zařízeních pečujících o staré a nemocné lidi typu odlehčovací služby či hospic jsem se jinde nesešla.“

Vlastní šetření a shrnutí studie pana Josefa v souvislosti s vývojem onemocnění vaskulární demencí a prací zdravotníků a nemocničních zařízení:

Pan Josef po proběhlé trombóze trávil většinu času na lůžku a pohyboval se po bytě, se sebeobsluhou měl již jisté potíže, potřeboval pomoc při mytí, oblékání, konzumaci jídla apod. Dny často prospal, komunikace již byla omezena, ale dorozumění probíhalo bez větších potíží. V den rozsáhlé CMP proběhla krátká návštěva příbuzného ze zahraničí, který je potomkem bratra pana Josefa. Pan Josef poté usnul, nic nenavštěvovalo tomu, že by se jeho stav zhoršil, zvýšená únava a spavost byla tou dobou normálním jevem. Paní Marie volala RZS v momentě, kdy zjistila při kontrole manžela, že ho nemůže vzbudit, pak nemohl mluvit a hýbat se. Práce zdravotníků byla rychlá a profesionální. Na jednotce intenzivní péče měl pan Josef plnou péči, po přeložení na neurologické oddělení byla jeho rodina poněkud zklamaná z úrovně očekávané rehabilitace, bylo jí však řečeno, že na tyto aktivity toto oddělení s nedostatečným počtem lůžek není zařízené. Rehabilitaci, která je dlouhodobá, má údajně zajišťovat oddělení LDN. Po přeložení na zmíněné oddělení se tak ale nestalo. Rodina pozorovala, že z pana Josefa je postupem času pacient, který není veden a motivován k sebeobsluze, ale přivyká na krmení, oblékání, neužívá přenosnou toaletu, ale je v plenách, styk s personálem oddělení je sporadický a probíhá v přesných intervalech určených pro péči o pacienty, která se rodině zdála být naprosto nedostačující. Počet lůžek je rovněž omezený, proto paní Marie, jak vypověděla v rozhovoru, souhlasila s odvozem manžela do domácí péče. V domácím prostředí se pan Josef cítil výrazně lépe, jeho psychický stav se relativně vylepšil, avšak přes omezenou schopnost vyjadřování bylo jasné, že si uvědomuje své omezení a stávající postižení, což dával najevo zvýšenou plačtivostí. Střídal se dny, kdy si upamatoval na manželku či další členy rodiny, a dny, kdy nepoznával nikoho ze svého okolí. Některé dny byl schopen říci souvislou větu, časem komunikace probíhala v krátkých stále se opakujících větách či slovech, která používal jako odpovědi. Rehabilitace jako taková probíhala až v rámci návštěv pracovníků zařízení poskytujících sociální služby a jednalo se čistě o rehabilitaci určenou pro ležící pacienty. Péče logopedická či péče zaměřená na rozvoj a



upevnění kognitivních funkcí byla nulová, rodina se snažila získat v nemocničním zařízení nějaké informace, ale byla poněkud rozčarovaná z odpovědi, ve které bylo zdůrazněno, že vzhledem k rozsahu postižení po proběhlé CMP je taková snaha téměř zbytečná.

Teze č. 2: Na základě vlastního pozorování v rodině pana Josefa, při jeho pobytech v nemocničních zařízeních a rozhovoru s paní Marií autor vyvozuje, že následná rehabilitační péče po proběhlých CMP či IM obzvláště u pacientů staršího data narození je nedostačující a rovněž informovanost rodinných příslušníků těchto pacientů je zdá být značně omezená.

### **2.2.3 Pomoc v podobě sociálního poradenství**

Teze č. 3: Dosah na informace o možnostech, které nabízí sociální poradenství, je nízký, jistá proinformovanost veřejnosti např. v podobě brožur se zdá být žádoucí.

Otázka: Jakou máte zkušenost se systémem sociálního poradenství, resp. s jeho fungováním v praxi?

Odpověď: „To je pro mě trochu složitější otázka. Měla jsem dlouho pocit, že mi nikdo s ničím neporadí. Když manžel onemocněl, vlastně když se jeho stav zhoršil natolik, že zůstal upoutaný na lůžku, nevěděla jsem si rady a připadala jsem si bezmocná. Jako laik, kterému se najednou změnil úplně život, bych čekala v první řadě pomoc od lékaře. Ale já jsem nevěděla ani to, že pleny pro manžela nemusím všechny platit, ale že mám nárok na určité množství na určitou dobu včetně podložek hrazené ze zdravotního pojištění. Řekla mi to až další lékařka, která vystřídala původního lékaře, který šel do důchodu. Hodně informací a typů týkajících se trvale ležících osob mi poradila obsluha zdravotnických potřeb a hlavně pracovníci Charity. To se týkalo převážně péče o tyto osoby. Měla jsem problémy, když jsem šla na odbor sociální péče, vlastně jsem vůbec nevěděla, na které dveře zaklepat. Když jsem šla po radě známé !! požádat o příspěvek na péči, byl mi nepříjemný ten samotný fakt, že mám brát na manžela nějaké peníze od státu, ale musela jsem platit pomoc s péčí o něho v domácím prostředí. Co chci říci je především fakt, že jak už jsem zmínila nejednou, rozdíly v přístupu a jednání sociálních pracovníků byly obrovské.“

Otázka: Jak si myslíte, že systém poradenství funguje?

Odpověď: „Podle mě nefunguje vůbec. Když jsem například zkolabovala, což se stalo během péče o manžela několikrát, dcera se snažila zajistit jeho převoz do hospicu v Olomouci. Tam narazila na skvělou sociální pracovníci, která ji poučila o tom, že hospic za

nás zařídí manželovi opatrovníka pro tuto věc v podobě městského úřadu a my že musíme začít vyřizovat soudně určené opatrovníka a co to obnáší. Vůbec jsem to netušila. Připadalo mi to jako absurdní situace, já se o muže starám, když nemohu a sama jsem v péči zdravotníků, musí manžela zastupovat někdo cizí, aby se o něho jinde mohli postarat. Když o tom hovořím, vzpomínám na jiný případ, kdy jsem také zkolabovala a odvezla mě záchranka do nemocnice. Najednou řešíte stav, kdy máte doma ležícího manžela a nevíte, co s ním. To jsou situace, které jsem za těch téměř osm let zažila bohužel několikrát a myslím, že v tomto ohledu by měl stát něco podniknout, to se přece musí dít i jiným lidem v podobné situaci, měla by existovat nějaká záchranná síť pro takové případy, co by se dělo, kdybych neměla rodinu a nemohla bych to ve svém stavu sama řešit?“

Otázka. Co poskytování příspěvku na péči, je dostačující?

Odpověď: „Manžel pobírá příspěvek na péči pro zcela závislé osoby, tuším je to číslo 4. Stačí tak akorát, péče je velmi nákladná, bez příspěvku zcela nemožná. Pokud ho potřebuji někde umístit, zařízení má cenu za celodenní péči a vezmou si i celý příspěvek v příslušné výši, která koresponduje s dobou pobytu. Na takové případy musím být připravená a mít pořád našetřeno, jeden měsíc vychází na cca 20.000,-Kč. Nikdy nevím, kdy mohu akutně potřebovat pomoc, musím mít peníze a ještě doufat, že neplánovaný pobyt nenastane v době, kdy mají všechna zařízení, která připadají v úvahu, plno.“

Otázka: Potřebovala jste pomůcky k péči o osoby upoutané na lůžko? Jak je to v této oblasti?

Odpověď: „Opět musím říct, že mé zkušenosti jsou velmi rozdílné, záleží na tom, jakého člověka poskytujícího poradenství potkáte. Když jsem šla na úřad už nevím kvůli čemu, byla ve stejné kanceláři jiná pracovnice. Velmi ochotně se mi věnovala a řekla mi, že jen z informací, které ode mě má, soudí, že manžel by neměl mít stupeň závislosti 3, ale 4, ať ihned požádám o změnu, a byla překvapená, že mě k tomu nevedla původní pracovnice nebo manželova lékařka. Jiný případ je, když jsem si naplánovala volno, potkala jsem na dovolené ženu z Olomoucké Charity, které jsem si postěžovala, jaké potíže mám s polohováním a vůbec s manipulací s manželem. Pomohla mi vyřídit žádost o speciální polohovací lůžko, ta se vlekla více než půl roku. Musela jsem ji na několika místech urgovat, nakonec v jedné z kanceláří spis manžela „zapadl“ a když ho našli, najednou to šlo. Nevím, co na to říct, sama jsem nemocná, hýbat s nehybným tělem je nepředstavitelně namáhavé, nemám na to sílu, snažila jsem se pracovníci, co zmíněnou žádost nakonec našla, vysvětlit, že každá jedna

manipulace s bezvládným tělem je velmi vyčerpávající, bylo to nepříjemné a bylo mi z toho do pláče. Po dvou letech péče o ležícího muže jsem měla doma konečně polohovací lůžko. To je pro mě absurdní, nechápu, proč mi nikdo neporadí, že něco takového jde, když to tolik usnadní tak náročnou péči. Takových případů bych mohla popsat více za tu dlouhou dobu.“

Otázka: Napadlo vás někdy manžela prostě umístit natrvalo do ústavu, který by ho v jeho stavu přijal?

Odpověď: „Po jednom z pobytů v zařízení Charity mi doporučili, ať podám pro všechny případy raději žádost do Centra sociálních služeb u nás ve městě. Po dlouhém váhání jsem toto nakonec učinila, ale s tím, že kdyby se tam náhodou uvolnilo místo a já bych stále byla schopná se o manžela starat, mohu to odmítnout a současně požádat, aby mou žádost stále vedli v evidenci. Udělala jsem to proto, že můj vlastní zdravotní stav se obzvláště s péčí o manžela zhoršuje. Mám strach, že kdybych se stala také nemohoucí, rodina by se nemohla o něho postarat, všichni chodí do práce. Pokud ale mohu péči doma zvládnout, nikdy bych manžela nikam natrvalo neumístila. Nikdy mě to ani nenapadlo, dovedu to pochopit v případech, kdy rodina nemá na vybranou a není schopna péči zajistit, ale dokud budu jen trochu moci, chci o manžela pečovat doma. Pro mě je to jediné správné rozhodnutí, vím, že on by o mě také pečoval, kdyby mohl.“

Vlastní šetření a studie pana Josefa v souvislosti s vývojem onemocnění vaskulární demencí a systémem sociálního poradenství:

Od roku 2006 je pan Josef upoutaný na lůžko. To je velmi dlouhá doba, během které musela jeho rodina v čele s manželkou řešit nejrůznější situace, které přinesly změny jeho stavu a taktéž změny stavu paní Marie. Není pochyb o tom, že systém poradenství nabízí mnoho možností, jak potíže výše zmíněné řešit či je alespoň maximálně zmírnit. Současně je ale nutno dodat, že primární problém je dostat se k informacím jako takovým. Osoby pečující, což příklad paní Marie dokládá, často nevědí o tom, jak svou situaci řešit. Za dlouhou dobu, co je pan Josef závislý na celodenní péči své manželky, byl autor práce svědkem toho, že neformální poradenství bylo na počátku řešení mnoha problematických momentů. V poslední době jsou ovšem patrné jisté změny v kvalitě poskytování sociálního poradenství, což souvisí se zkvalitněním vzdělanosti a erudovanosti sociálních pracovníků. Primárním problémem ovšem zůstává fakt, že pečující osoby nevědí, kam se s žádostí o radu obrátit. Případ paní Marie je toho důkazem. Autor na základě vlastního pozorování může konstatovat, že v tomto konkrétním případě bylo neformální poradenství zcela zásadní.

Rovněž rodinní příslušníci získávali informace a byli přirozenou součástí péče. V momentě, kdy manželka měla dostačující znalosti v oblasti domácí péče, tato se stala poněkud snazší, ačkoliv se zhoršujícím se stavem pana Josefa vyvstávaly další nové problematické situace. Z pozorování dále vyplývá, že důležitým momentem souvisejícím s fungováním poradenského systému jako takového je lidský faktor. Ať už na to pohlédneme z jakéhokoliv úhlu, otázka lidského faktoru nás provází v mnoha a mnoha oborech činností člověka. Je tedy neodmyslitelnou součástí také poradenství, obzvláště, jedná-li se o poradenství sociální. Paní Marie postupem času získala množství kontaktů, které se ukázaly být velmi cenné. Nelze pominout ani již zmíněnou pomoc v podobě poradenství ze strany zařízení poskytujících sociální služby, které je obohaceno o praktickou zkušenost a často zpětnou vazbu ze strany osob čerpajících sociální služby. Autor po dlouholetém pozorování může vyslovit myšlenku, že rodině pana Josefa by jistě byla velkou pomocí vhodná forma zpracování základních informací např. v podobě brožury či letáků, a to nejlépe v ordinacích praktických lékařů či v nemocničních zařízeních, které jsou výchozími místy, kde by informace mohli očekávat.

Teze č. 3: Autor práce se domnívá, že sociálního poradenství je poskytováno erudovanými pracovníky, ale problematickým zůstává přístup k informacím, pečující osoby nejsou na vhodných místech navedeni ke správnému postupu a využití poradenství vhodným způsobem k péči o osoby s VD v domácím prostředí.

#### **2.2.4 Závěry a doporučení, diskuze**

Kdybychom měli shrnout závěr z celého rozhovoru, výchozí je zpravidla zřejmě velmi častá bezradnost a neinformovanost osob pečujících. Můžeme předpokládat, že tyto osoby tápou v zásadních otázkách, jako jsou:

- Kam se mám obrátit s žádostí o pomoc? Jak mám správně a řádně pečovat o svého blízkého, když s lékařem nemohu řešit z hlediska medicíny méně důležité či pro lékaře nedůležité záležitosti, které se netýkají pouze zdravotního stavu pacienta?
- Jak vůbec funguje poradenský systém u nás? Kam mám jít a co mám mít s sebou připravené? Mohu požádat někde o příspěvek na to, abych mohl/a pečovat doma o svého příbuzného, když je to obtížné či nemožné zvládnout pouze z rodinného rozpočtu?
- Kde jsou pomůcky pro osoby se zdravotním postižením, na co mám nárok ze zdravotního pojištění a co musím doplácet?

- Jak zjistím, kdy volat ošetřujícího lékaře pacienta a kdy vyhledat např. rychlou záchrannou službu?
- Jak si mohu odpočinout? Mám nějakou možnost umístit svého blízkého, o kterého pečuji doma, v zařízení, kde se o něho dobře postarají? Kolik mě to bude stát? Co mám dělat, když je péče podle mého soudu nedostatečná?
- Kde zjistím, co všechno mi pomůže v péči o nemocného trpícího demencí? Jaká zařízení, pomůcky a potřeby jsou k dispozici? Jak je mohu získat?
- Jak se mám zorientovat v systému zařízení sociálních služeb? Jak si mám správně vybrat a co je třeba udělat, abych tam mohl/a umístit svého blízkého na dobu potřebnou k mému odpočinku či řešení vlastních zdravotních problémů?
- Pomůže mi někdo s každodenní péčí o mého blízkého trpícího VD?

V zásadě lze říci, že primárním zdrojem informací by měl být ošetřující lékař, tedy co se týká rozhodnutí o vhodnosti či vůbec reálnosti domácí péče. V některých případech to ani nemusí být možné vzhledem ke stavu a kondici pacienta a podmínkách eventuální domácí péče. Na pečujícím leží důležitost správného popisu stávající situace týkající se zlepšení či zhoršení stavu nemocného, aby mohl lékař či operátor RZS bezchybně vyhodnotit informace a na jejich základě rozhodnout o vhodném dalším postupu. K tomu je nepochybně nutné obeznámit se co možná nejobširněji s nemocí jako takovou a se všemi možnými variantami změn a příznaků, které mohou indikovat jakékoliv komplikace. V teoretické části je tomuto věnováno dostatek pozornosti, která je zaměřena právě na potřeby pečujících osob. Téma vaskulární demence je vyloženo srozumitelně a především s ohledem na pečující osoby, aby mohly rychle a správně jednat v nejlepším zájmu nemocného. Stejně tak je část zaměřená na sociální péči zpracována tak, aby poskytla pečujícím praktické a konkrétní informace vedoucí k obecné orientaci v systému sociálních služeb u nás a byla jim pomocí při péči o nemocného vaskulární demencí.

Zásadní je dále otázka poradenství a fungování poradenského systému. Autor práce na základě vlastní zkušenosti podpořené zkušeností pečující manželky uvedené v rozhovoru se domnívá, že systém poradenství u nás má jisté nedostatky a tzv. neformální poradenství je mnohdy velmi cenné přinejmenším s ohledem na správné nasměrování a odkrytí více možností, které systém domácí péče nabízí. Lze namítnout, že v době internetu není obtížné některé informace získat. Nutno ale dodat, že většina seniorů, a vaskulární demence je doménou především seniorského věku, nemá možnosti či znalosti potřebné k využití tohoto moderního způsobu. Navíc nemáme-li konkrétní požadavek, těžko se zorientovat obecně, a

v neposlední řadě pokud o některých možnostech ani nevíme, nelze předpokládat, že je na internetové síti nalezneme, nebudeme-li po nich cíleně pátrat.

Pečující by měl mít v povědomí možnost žádosti o příspěvek na péči. Hovoříme-li o pečujícím, je to záměrné. Souvisí to s dalším problémem týkajícím se vaskulárních demencí. Nemocný je postupem času více a více omezen na pomoc blízkého okolí, a to včetně oslabení či ztráty schopnosti za sebe jednat a rozhodovat. Pečující tedy řeší další problém. Za pomoci a rozhodnutím soudu může získat možnost spolurozhodovat či rozhodovat ve věci svého blízkého, kterému toto jeho zdravotní stav neumožňuje či ho ve schopnosti rozhodovat výrazně omezuje. Mechanismus zřízení opatrovnictví je poměrně zdlouhavý, ale je ošetřen proti zneužití ze strany vypočítavých příbuzných nemocného demencí a je upraven tak, aby chránil především zájmy nemocného. Tato oblast zasluhuje zvýšenou pozornost, při náhlém zhoršení stavu osoby trpící demencí může nastat sled naprosto nečekaných událostí, které by mohly být výrazně jednodušší, kdyby tyto záležitosti byly ošetřeny co nejdříve, nejlépe ještě za plné mysli nemocného, aby kopírovaly jeho přání a potřeby.

Na mnoha místech lze získat informace o zařízeních poskytujících odlehčovací, hospitní a jiné podobné služby. Výchozím bodem by opět měl být sociální poradenský systém, sociální pracovník zpravidla disponuje seznamem příslušných zařízení a může mít i reference od klientů těchto zařízení, která mohou pomoci při výběru. Paní Marie v rozhovoru zmiňuje hned tři zařízení, z nichž jedno nemůže jmenovat pro střet zájmů a možné komplikace, další dvě zařízení se setkala z její strany s velkým uspokojením a vděčností za péči o manžela. Takové osobní dojmy a pocity z péče o nejbližšího příbuzného jsou nedocenitelné. Hodnotící osoba není a ani nemůže být objektivní, jedná se o oblast velmi citlivou, kde vyžaduje přirozeně péči přinejmenším stejnou jako v domácím prostředí. Pokud tedy výsledný dojem je natolik pozitivní, hovoří sám o sobě za vše.

Hovoříme-li o službách odlehčovacích a jiných službách podobného rázu, dlužno dodat, že zařízení tyto služby poskytující disponují pracovníky pro každodenní pomoc v domácí péči o nemocné. Pečující tedy může získat příspěvek na péči a tento použít k úhradě těchto služeb, aby obzvláště z dlouhodobého hlediska tuto bylo možno zvládnout. Pracovníci různých agentur, charitních organizací apod. jsou zkušení a docházením do domácnosti vstupují jistým způsobem do rodiny nemocného, mohou tak vzniknout srdečné a upřímné vztahy a jejich pozitivní dopad na psychiku osoby trpící demencí a taktéž osoby pečující je zcela nasnadě.

Závěrem z úhlu pohledu autora práce je nutné zmínit důležitost a velmi pečlivou uváženosť rozhodnutí ponechat nemocného vaskulární demencí v rodinném prostředí. Na tomto místě je vhodné dodat, že domácí péče o takto nemocného člověka není povinnost ze zákona a autor si dovolí myšlenku, že to není ani morální povinnost. Někdy situace z různých důvodů takovou péči ani neumožňuje. Není možno soudit člověka za rozhodnutí neponechat nemocného v domácí péči a ani čekat, že člověk rozhodnutý pečovat se zcela a bezvýhradně obětuje. Mnoho z nás je v životě postaveno před mimořádně obtížná rozhodnutí a musíme jednat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Autor po vlastní zkušenosti nepovažuje za cynismus dodat, že také podle reálných skutečností. Taková rozhodnutí nejsou jednoduchá. Někdy žádné z nich není to správné, ale rozhodnout se musíme. Pro autora této práce bylo rozhodnutí paní Marie pečovat o pana Josefa tím nejzásadnějším momentem utvářejícím životní hodnoty.

## ZÁVĚR

Tato práce s tématem „*Péče o člověka s vaskulární demencí v rodinném prostředí*“ byla zaměřena na vykreslení všech stránek péče o osobu závislou na pomoci a péči osoby jiné a to v systému sociální a zdravotní péče v naší zemi. Týká se pak konkrétně osob trpících vaskulární demencí.

Cílem teoretické části bylo seznámení s problematikou vaskulárních demencí a možnostmi péče o takto nemocné osoby v rodinném prostředí na základě sociálního poradenství a sítě sociálních zařízení včetně legislativního zastřešení. První dvě části jsou soustředěny na pojem demence jako takové a zejména vaskulární demence. Byl vysvětlen pojem vaskulární demence, popsány nejčastější typy VD, rizikové faktory a vyšetření při diagnostice VD. Kapitola zahrnuje také epidemiologii vaskulárních demencí a neopominula také vztah demence a deprese a léčbu vaskulárních demencí. Všechna tato témata byla vyložena tak, aby pečující osoba, která na začátku rozhodnutí pečovat o osobu trpící VD nemá mnoho informací, byla poučena srozumitelně a dostatečně a tyto informace byly voleny právě s ohledem na potřeby znalostí pečujících osob a jejich specifickou situaci. Další kapitola teoretické části se věnuje péči o jedince s vaskulární demencí na základě možností využití sociálních služeb a sociálního poradenství u nás. Byla v ní popsána domácí péče včetně historie a vymezení jako takové. Dále kapitola definuje agentury domácí péče a jejich činnost současně s legislativním zastřešením. Nevynechala ani zařízení hospicového typu a principy poskytování odlehčovacích služeb, to vše na pozadí legislativy v této oblasti. V závěru kapitola shrnuje deficity sebeobsluhy osob s vaskulární demencí a přiblížení života osob pečujících o tyto jedince, vše opět zaměřené přímo na pečující osoby a jejich potřeby, prevenci vyčerpání nevyjímaje.

Cíl teoretické části byl splněn.

Cílem praktické části byl náhled do skutečného života rodiny jedince s vaskulární demencí a nástin průběhu a progresu onemocnění. První kapitola zahrnuje případovou studii osoby trpící vaskulární demencí počínaje rodinnou a pracovní anamnézou a anamnézou lékařskou a psychiatrickou zprávou a popisem současného stavu konče. Druhá kapitola pak byla zpracována pomocí metody nestandardizovaného rozhovoru s pečující osobou. Je jejím osobním úhlem pohledu na možnosti péče o nemocné vaskulární demencí v domácím prostředí u nás, ovlivněným přirozeně vlastními zkušenostmi za dobu několika let péče o



svého blízkého. Dotazovaná osoba hodnotí fungování zařízení poskytující sociální a zdravotní péči a poradenství a velmi emotivně hovoří o důležitosti lidského prvku v takto citlivé oblasti.

Cíl praktické části byl splněn.

Hlavním cílem této práce bylo zjištění specifik a možností domácí péče o osoby s vaskulární demencí v kontextu současného systému sociální a zdravotní péče u nás. Autora vedla k volbě tématu osobní mnohaletá zkušenost a také představa, že pokud se práce dostane do rukou kohokoliv, kdo se najednou vlivem onemocnění svého blízkého stane pečující osobou, bude mu cenným zdrojem informací právě o možnostech a specifických stránkách domácí péče na pozadí systému sociální péče u nás a v neposlední řadě také pomocnou rukou a formou psychické podpory, která je nepostradatelná pro každého z nás, ať už je náš život určován jakýmkoliv způsobem.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

1. Anders, M., Uhrová, T., Roth, I. a kol. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.
2. Bartoš, A., Hasalíková, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.
3. Budson, A., Solomon, P. *Memory Loss: A practical Guide for clinicians*. Philadelphia: Elsevier Inc., 2011. ISBN 978-1-4160-3597-8.
4. Češka, R. *Interna*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.
5. Dostál, V. Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, č. 4, s. 145-148. ISSN neuvedeno.
6. Glenner, Joy A. a kol. *Péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
7. Halová, M. *Nemocný v domácí péči II*. 1.vyd. Bouzov: Nakladatelství Pavel Hala, 2010. ISBN 978-80-904-6110-9.
8. Haškovcová, H. *Thanatologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-7013-420-8.
9. Jarošová, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
10. Jiráček, J., Koukolík, F. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
11. Kalita, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie a management*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
12. Misconiová, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. 1.vyd. Praha: Asociace domácí péče, sponzorováno Ministerstvem zdravotnictví ČR, 1998. ISBN neuvedeno.
13. Pochylá, K. *Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie I*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
14. Rektorová, I. *Kognitivní poruchy a demence*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1.
15. Rektorová, I. Neurodegenerativní demence. *Ceska a slovenska neurologie a neurochirurgie*. 2009, č. 2, s. 97-109. ISSN 1210-7859.
16. Zahradnický, J. *Nozokomiální nákazy*. 1.vyd. Praha: Avicem, 1981. ISBN 08-100-81.

Internetové zdroje:

17. Ambler, Z., Bauer, J. *Cévní onemocnění mozku – chronické vaskulární poruchy* [online]. 2007, [cit 2013-10-26]. Dostupné z <  
[http://www.mediabaze.cz/index.php?sec=term\\_detail&categId=22&cname=Neurologie&.what=full&termId=1379&.tname=Cévní+onemocnění+mozku](http://www.mediabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&.what=full&termId=1379&.tname=Cévní+onemocnění+mozku)>.
18. *Asociace domácí péče* [online] . 2014,[cit. 2014-02-25]. Dostupné z < <http://www.adp-cr>>
19. *Ateroskleróza* [online]. 2013, [cit. 2013-10-29]. Dostupné z <  
<http://www.mojelekarna.cz/poradna/civilizacni-nemoci/arteroskleroz-a-ateroskleroz-a.html>>
20. Bartoš, A. Vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha. *Neurologia pre prax* [online]. 2012, č. 2 [cit. 2013-10-09] s. 73-77. Dostupné z <  
[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5616](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5616) >.ISSN neuvedeno.
21. *CADASIL* [online]. 2013, [cit. 2013-10-22]. Dostupné z <  
<http://www.cs.wikipedia.org/wiki/CADASIL>>.
22. *Cerebrovaskulární nemoci* [online]. 2013, [cit. 2013-11-02]. Dostupné z <  
<http://www.lecbacukrovky.cz/slovnicek/cerebrovaskularni-nemoci>>.
23. *Domácí péče* [online]. 2014, [cit. 2014-02-25]. Dostupné z < <http://www.adp-cr.cz> >.
24. *Fibrilace síní* [online]. 2013, [cit. 2013-10-29]. Dostupné z <  
<http://www.nemoci.vitalion.cz/fibrilace/sini/> >.
25. Goldenmund, D. Kognitivní poruchy u pacientů s cévním onemocněním mozku. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2013-10-21] s. 121-124. Dostupné z <  
[http://www.cmp-brno.cz/pdf\\_soubory/KOGNITIVNI\\_PORUCHY\\_U\\_PACIENTU.pdf](http://www.cmp-brno.cz/pdf_soubory/KOGNITIVNI_PORUCHY_U_PACIENTU.pdf) >. ISSN neuvedeno.
26. *Historie* [online]. 2014, [cit. 2014-02-02]. Dostupné z <  
<http://www.vincentky.cz/historie/> >.
27. *Historie* [online]. 2014, [cit. 2014-02-25]. Dostupné z < <http://www.adp-cr.cz/572/historie/>>.
28. *Historie domácí péče* [online]. 2014, [cit. 2014-02-02]. Dostupné z <  
<http://www.domacipece-strakonice.wz.cz/historie.html>>.
29. Ischemická choroba dolních končetin. *Velký lékařský slovník* [online]. 2013, [cit. 2013-10-27]. Dostupné z <  
<http://www.lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/ischemicka-choroba-dolnich-koncetin-zkr-ichdk-3>>.
30. Jiráček, R. Vaskulární demence. *Postgraduální medicína* [online]. 2009, č. 7 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z <  
<http://www.zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaskularni-demence-44553>>. ISSN neuvedeno.

31. *Kognitivní funkce* [online]. 2013, [cit. 2014-03-10]. Dostupné z <<http://www.brainjogging.cz/kognitivni-funkce>>.
32. *Kognitivní funkce* [online]. 2013, [cit. 2014-03-10]. Dostupné z <<http://www.osobnirozvojonline/stitky/kognitivni-funkce>>.
33. *Kognitivní funkce* [online]. 2013, [cit. 2014-03-10]. Dostupné z <<http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a589-Mozkova-rozcvicka-zabrani-zapominani.aspx>>.
34. *Metabolický syndrom* [online]. 2013, [cit. 2014-01-05]. Dostupné z <<http://www.nemoci.vitalion.cz/metaabolicky-syndrom/>>.
35. *Milosrdné sestry sv. Vincenta z Pauly* [online]. 2014, [cit. 2014-02-02]. Dostupné z <<http://www.vincentky.cz/svati/svaty-vincenc-de-paul/>>.
36. *Nozokomiální nákazy* [online]. 2009, [cit. 2013-11-02]. Dostupné z <<http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nozokomialni-nakazy-447344>>.
37. *Poruchy hybnosti* [online]. 2013, [cit. 2014-03-11]. Dostupné z <[http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Poruchy\\_hybnosti&oldid=10288516](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Poruchy_hybnosti&oldid=10288516)>.
38. Rusina, R., Matěj, R. Vaskulární demence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 2 [cit. 2013-10-09], s. 81-84. Dostupné z <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/08.pdf>>. ISSN neuvedeno.
39. *Rychlost zachrání život* [online]. 2013, [cit. 2013-10-14]. Dostupné z <<http://www.cpzp.cz/clanek/1737-0-Rychlost-zahrani-zivot.html>>.
40. Vaskulitida. *Velký lékařský slovník* [online]. 2013, [cit. 2013-10-29]. Dostupné z <<http://www.lekarske.slovníky.cz/pojem/vaskulitida>>.
41. *Věstník 12 - 2004* [online]. 2014, [cit. 2014-03-05]. Dostupné z <[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3651\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html)>.
42. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. 2013, [cit. 2014-03-15]. Dostupné z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>>.
43. *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. 2013, [cit. 2014-03-15]. Dostupné z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Ivana Nová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Péče o člověka s vaskulární demencí v rodinném prostředí
<b>Název v angličtině:</b>	Home care for a person suffering from vascular dementia
<b>Anotace práce:</b>	Hlavním cílem práce je zjištění všech možností a specifíků domácí péče o jedince trpící VD včetně pomoci současného sociálního a zdravotního systému v ČR. Teoretická část poskytuje informace o vaskulární demenci a možnostech domácí péče včetně sítě sociálního poradenství a institucí poskytujících domácí péči. Praktická část popisuje skutečný život rodiny, která pečuje o osobu trpící VD.
<b>Klíčová slova:</b>	vaskulární demence, domácí péče, systém sociální a zdravotní péče
<b>Anotace v angličtině:</b>	The main aim of the project is finding all possibilities and special features of home care for persons suffering from VD including the help of present social and medical system in the CR. The theoretical part provides information about vascular dementia and possibilities of home care including the net of social counselling and institutions providing home care. The practical part describes a real life of a family that takes care of a person suffering from VD.

<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Vascular Dementia, home care, social and medical care system
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	ne
<b>Rozsah práce:</b>	22 957 slov; 160 112 znaků
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk