

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2012

Lenka Nejezchlebová

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Já jsem také člověk - život seniora s demencí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Plšková

Vypracoval:

Lenka Nejezchlebová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Já jsem také člověk - život seniora s demencí zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Blansko 29. 4. 2012

.....

Lenka Nejezchlebová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Lenka Nejezchlebová

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 2 |
| 1. Kvalita života ve stáří | 4 |
| 1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí | 4 |
| 1.2 Biologické aspekty stárnutí | 7 |
| 1.3 Psychické aspekty stárnutí | 8 |
| 1.4 Sociální aspekty stárnutí | 9 |
| 1.5 Gerontologie a ostatní obory | 11 |
| 1.6 Dílčí závěr | 13 |
| 2. Demence | 14 |
| 2.1 Příznaky demence | 15 |
| 2.2 Klasifikace demencí | 16 |
| 2.3 Charakteristika jednotlivých stádií | 18 |
| 2.4 Dílčí závěr | 20 |
| 3. Potřeby seniorů | 21 |
| 3.1 Bio – psycho - sociální potřeby | 21 |
| 3.2 Dílčí závěr | 24 |
| 4. Péče o seniora s demencí | 25 |
| 4.1 Systém sociálních služeb | 25 |
| 4.2 Současná legislativa | 25 |
| 4.3 Péče o seniora v domácím prostředí | 26 |
| 4.4 Péče o seniora v rezidenčním zařízení | 27 |
| 4.5 Dílčí závěr | 28 |
| 5. Moderní trendy v péči o seniory | 29 |
| 5.1 Terapie | 29 |
| 5.2 Paliativní péče | 34 |
| 5.3 Dílčí závěr | 36 |
| 6. Praktická část | 37 |
| 6.1 Metody a cíle výzkumu | 37 |
| 6.2 Stanovení hypotéz | 38 |
| 6.3 Vlastní výzkum | 39 |
| 6.4 Analýza a prezentace získaných výsledků | 47 |
| Závěr | 65 |
| Resumé | 67 |
| Anotace | 68 |
| Seznam použité literatury | 69 |
| Seznam příloh | 71 |

ÚVOD

„Ujdi míli v botách někoho jiného, nebo si aspoň dříve než se vyjádříš k jeho chování usilovně snaž přestavit, jaké to asi je, být v jeho kůži.“

Jitka Zgola

Již několik let pracuji se seniory, kteří trpí demencí a spolupracovala jsem u založení domova se zvláštním režimem. Každý den pracuji se seniory trpící demencí, setkávám se s pečujícími, jak v domácím prostředí, tak v rezidenčním zařízení o takto nemocné seniory. Myslím, že mám v této oblasti mnoho zkušeností a ráda bych touto prací upozornila na stoupající procento seniorů, kteří demencí trpí, jak vhodně informovat rodinu o onemocnění, průběhu nemoci a o možnostech využití dostupných terénních a rezidenčních služeb v jejich okolí.

Během své dlouholeté praxe jsme se setkala s pečujícími v domácím i v rezidenčním zařízení, protože pracuji jako sociální pracovnice v zařízení určeným seniorům. V rámci sociálního šetření se často setkám s pečujícími, kteří si nevědí rady se seniorem trpícím demencí. Nechápu jejich chování, poruchy paměti a změny nálad, které toto onemocnění přináší. Někdy nevědí sami pečující jakou nemocí vlastně senior trpí, jaké jsou projevy a je tedy potřeba včasná a hlavně správná diagnóza nemoci. Při nesprávném přístupu rodinného pečujícího k seniorovi dochází velmi často ke špatné komunikaci, spolupráci a porozumění, který důsledkem špatného přístupu upadá do depresí, což je zatěžující pro seniora s demencí a dochází i tím k nezkvalitnění života.

Péče o seniory trpící demencí je velice náročný jak po fyzické tak po psychické stránce. Ze zkušeností s domácími pečujícími se stává, že pečující péči o seniora s demencí už nezvládá a onemocní vážným onemocněním většinou psychickým a fyzickým vyčerpáním a v nejhorším případě se stává, že pečující zemře na celkové vyčerpání organismu. V tomto případě se snažím jako sociální pracovník poradit využití terénních služeb a nebo co nejdříve pro přijetí v zařízení sociálních služeb. Z tohoto důvodu chci seznámit rodinné pečující s možnostmi využití terénních a rezidenčních služeb. Pomoci a podpořit jejich péči o seniora s demencí v rodinném prostředí, které je pro něj velice důležité a co nejdéle v něm zůstat. Má

práce může být využita k poskytnutí základních informací o nemoci pro rodinné pečující, pracovníky v sociálních službách i širokou veřejnost.

Ze strany pečovatelů v rezidenčním zařízení je potřeba profesionálního přístupu a potřebného vzdělání zaměřeného na péči o seniory trpící demencí. Pečovatelé by měli mít veškeré informace o životě seniora, jeho potřebách, zájmech a na co byl zvyklí doma.

1. Kvalita života ve stáří

1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí

Definice **stáří** podle Mühlpachra „*Stáří není choroba, je však pojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.*“¹ „Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně“².

Haškovcová charakterizuje „*Stáří jako přirozené období lidského života, vztahové k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.*“³

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Jde o důležitý ukazatel. Samotný věkový údaj však nemá dostatečnou vypovídací hodnotu, a to zejména ve stáří.

Definice **stárnutí** podle Wievegh „*definuje stárnutí jako souhrn pochodů, především bio - fyziologických, probíhající v čase. Jde o biologickou zákonitost, jejíž podstatou jsou postupné bio - fyziologické změny v organismu. Nezvratnost těchto změn způsobuje zánik organismu, smrt. Stárnutí rozlišuje na biologické, psychologické a sociální. Výsledným stavem stárnutí je vlastně stáří.*“⁴

Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.⁵

Rozlišují se dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické

Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik.

¹ Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 15

² Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 15

³ Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 15

⁴ Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 15

⁵ Langmeier, J., Krejčířová, D., Vývojová psychologie. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 202

Patologické stárnutí se může projevovat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se projevuje sníženou soběstačností.

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlpachra:

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času a aktivit)
- 75 – 84 let starší senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)⁶

Stáří sebou nese mnoho změn a to jak pozitivních tak negativních. Je na každém z nás jak se změnami vyrovná. Proto je velice důležité se na stáří připravovat v produktivním věku. Změny ve stáří jsou hlavně ovlivněny životním stylem, osobností, výchovou, rodinným zázemím a také vzděláním.

Stáří je ovlivněno celou řadou okolností - tělesné (biologické), duševní (psychické) a společenské (sociální) aspekty stárnutí. Zkrátka všechno souvisí se vším navzájem.

Světová organizace člení stadium stáří na 15leté úseky. Období mezi 60 – 74 lety označuje jako rané stáří tzv. presenium, mezi 75 – 89 lety jako vlastní stáří tzv. senium a dobu po 90. roce pak dlouhověkost.⁷

Největším nebezpečím pro seniory je ztráta smyslu života, proto je dobré mít rodinné zázemí, aby se senior dokázal s pomocí rodiny dobře adaptovat na stáří a jeho další průběh.

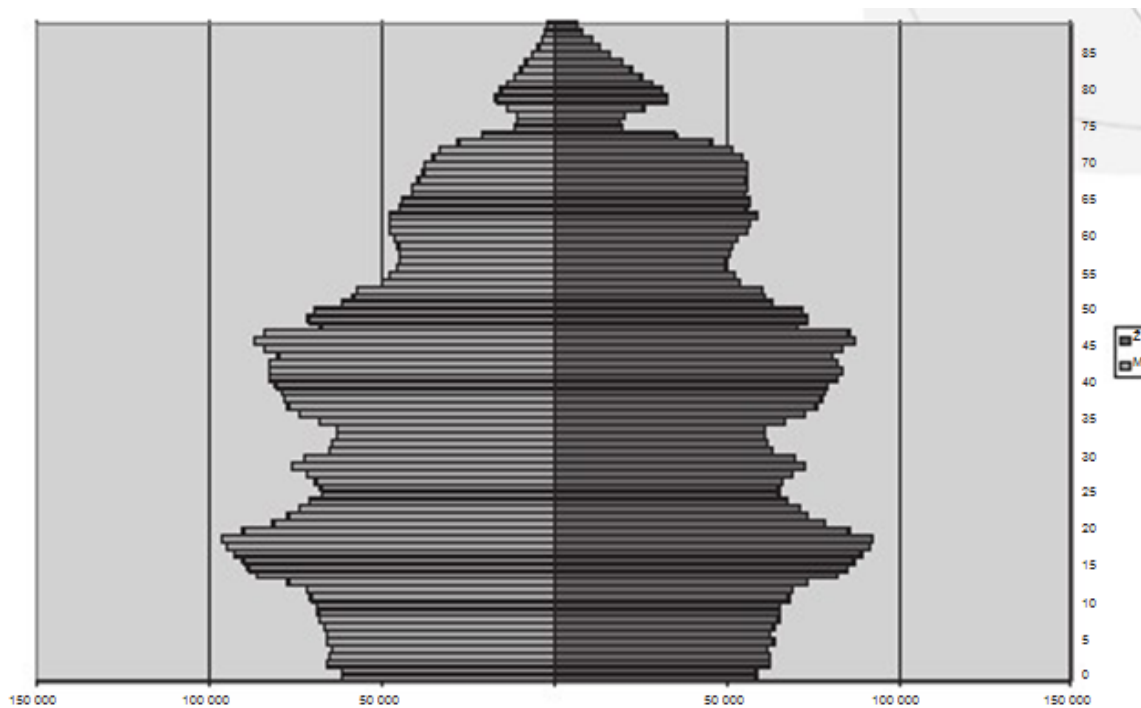
Česká republika představuje jednu z relativně mladých zemí Evropské unie. Tato situace se však bude velmi rychle měnit a populace v naší zemi se stane během několika desetiletí jednou z nejstarších. Otázky zdraví a nemoci bude stále důležitější, protože zlepšení zdravotního stavu staré populace z jednou mála cest, jak bude možno limitovat náklady na zdravotní a sociální péči.⁸ (Obr. č. 1 – 3)

⁶ Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 14

⁷ Doňková O., Novotný S. J., Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 134

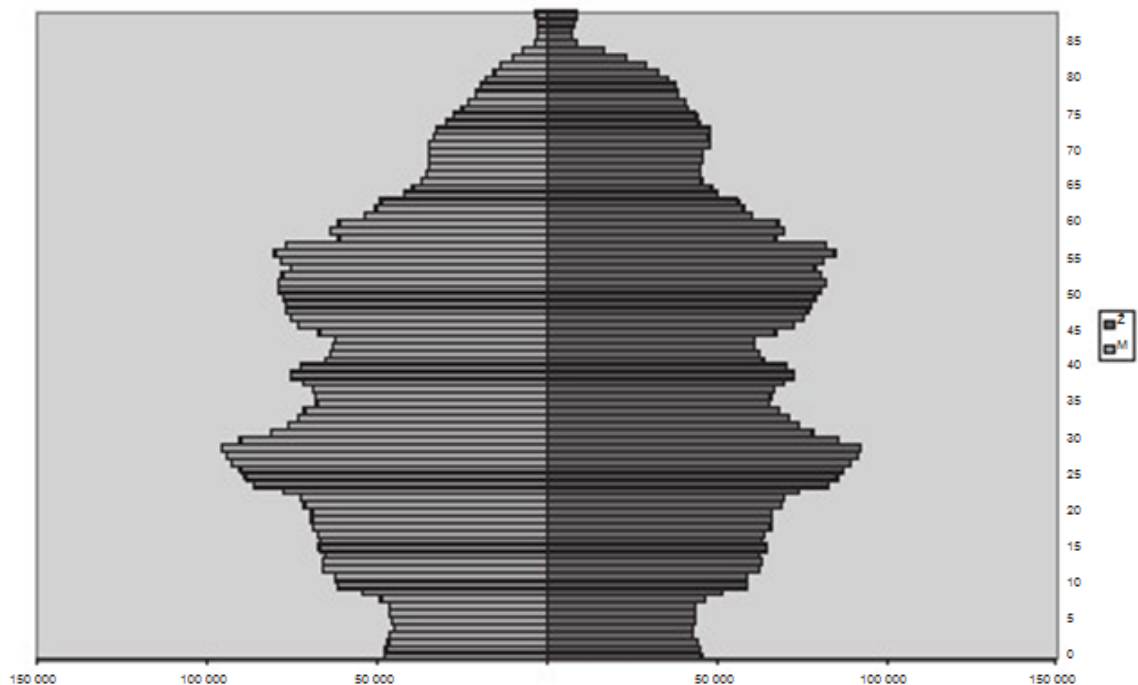
⁸ Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K. a kolektiv. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV publirelations, 2007, s. 7 – 11

Obr. č. 1 Věkový strom rok 1993



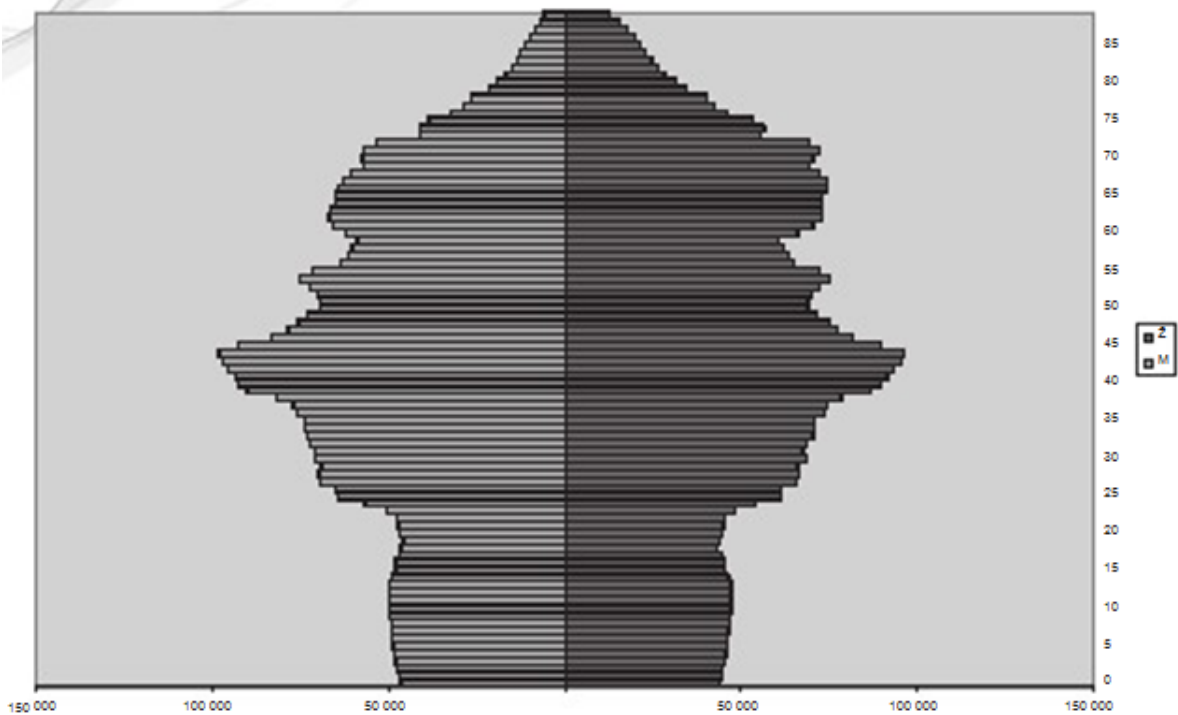
Zdroj: ČSÚ 2003

Obr. č. 2 Věkový strom 2003



Zdroj: ČSÚ 2003

Obr. č. 3 Věkový strom 2030



Zdroj: ČSÚ 2003

1.2 Biologické aspekty stárnutí

Biologické aspekty stárnutí představují typický průběh tělesných změn stárnoucího organismu. Na biologické stárnutí má vliv předcházející životní styl, vnější prostředí a onemocnění prodělané v minulosti. Dochází zde především ke snížení adaptačních schopností a odolnosti organismu vůči zátěži. Jednou z důležitých oblastí biologického stárnutí je stárnutí smyslových orgánů – zrak, sluch, chuť a čich. Jednotlivé změny probíhají u každého individuálně.

Typické projevy biologického stárnutí dle Jarošové jsou:

- Objevuje se celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně, dále také dochází k atrofii kůže, svalů.
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání – projevuje se především v cévním systému a plicích.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.

- Objevují se změny na kůži – kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svraštělá, vznikají stařecké skvrny na kůži.
- Snížená činnost vlasové pokožky a vlasových kořínků - padají a šedivější vlasy
- Snižuje se činnost nervového systému – zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problém s udržení rovnováhy.
- Poruchy spánku – nedostatečná kvalita spánku, časté noční buzení a velice mělký spánek.
- Změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány
- Často se vyskytuje močová inkontinence
- V trávicím systému klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, klesá pružnost trávicí trubice, vyprazdňování žaludku se zpomaluje – zácpa, vzniká diabetes mellitus.
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak⁹.

1.3 Psychické aspekty stárnutí

Stáří je také ovlivněné psychickými změnami. Negativně ovlivňují kvalitu života seniora. Po 50. – 70. roce již výkonové křivky klesají dolů. Často se poukazuje spojitost mezi změnami biologickými a psychickými. To znamená, že u seniora se zvyšují tělesné změny a negativně jsou prožívány a následně se projevují psychické změny. Některé tělesné změny mohou vést až k intelektovým změnám a tím pozorujeme u starších lidí zvýšenou opatrnost, kontrolu činnosti a zpomalení tempa.

Typické projevy psychického stárnutí dle Jarošové jsou:

- Snížení kognitivních funkcí – zvýšené zapomínání, snížená schopnost paměti, koncentrace, zapamatování si nových informací
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.

⁹ Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 19-20

- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Někdy i citová oploštělost a ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny - z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních vlastností např. dříve laskavý teď neochotný.
- Pokles zájmu seniora v některých oblastech života – apatie, rezignace, izolace, neochota se zapojit do jakékoliv činnosti.
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví a duchovní hodnoty.
- Změny v pořadí zájmů a potřeb.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace např. stěhování do domova pro seniory¹⁰.

1.4 Sociální aspekty stárnutí

Na sociální aspekty stárnutí můžeme pohlížet na základě psychosociální teorie E. H. Eriksona. Od ostatních teorií se odlišuje tím, že zahrnuje celý život. Podstatou této teorie je podle Eriksona zvládnutí psychosociálního konfliktu, typické pro každé období a to i pro stárnutí. H. Erikson označuje svoji teorii jako osm věků života.

Je třeba akceptovat nejdůležitější úkol jedince ve věku nad 60 let je potřeba dosažení opravdové vnitřní integrity. Člověk se může ohlédnout za svým životem s pocitem osobního naplnění. Jedná se především o přijetí vlastní životní historie. Člověk, který má pocit integrity se nebojí tolik smrti, protože ji vnímá jako přirozenou a zakončením něčeho dobrého a hlavně smysluplného.

Ctností tohoto období je **moudrost**.

¹⁰ Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 21-22

Nepříznivé sociální aspekty stárnutí jsou:

- Odchod do důchodu – hůře jej zvládají muži.
- Změna ekonomické situace seniora – zhoršení finančních zabezpečení a limitace výše penze.
- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby
- Sociální izolace a to z mnoha příčin – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost na druhých – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.
- Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti, smrti.
- Vliv ageismu.
- Stěhování.¹¹

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty dle Jarošové jsou:

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – vhodné bydlení, penzijní připojištění.
- Vyplnění volného času – dostatek zájmů a koníčků.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.¹²

¹¹ Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 22

¹² Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 22

1.5 Gerontologie a ostatní obory

Stárnutí populace se týká celého světa. Musejí s tím počítat všechny systémy nejen zdravotní péče, ale také sociální služby a zabezpečení. Stárnutí se týká celé společnosti a to i politiků. S problematikou stáří by proto měli být seznámeni všichni ti, kteří se budou o staré lidi pečovat ze své profesní pozice.

Problematikou seniorů se zabývají obor gerontologie, která se dále člení na gerontologii experimentální, sociální a klinickou, a geriatrii. Ostatní obory, které se věnují problematice seniorů jsou gerontopsychologie a gerontopedagogika.

Gerontologie je věda o stáří a stárnutí charakterizována jako „nová gerontologie“. Zabývající se především základními fyziologickými projevy stárnutí. Jsou zde hlavně zjišťována rizika, která souvisejí s fyziologickými pochody ve stáří. Nová gerontologie se zaměřuje na prodloužení doby aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život.¹³

Geriatric je samostatný lékařský obor, který se zabývá interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci nemocí ve stáří. Vzhledem ke stárnutí populace dochází k tzv. geriatrizaci medicíny – geriatrický pacient. Geriatric nenahrazuje činnost ostatních lékařských oborů, ale pouze uplatňuje soběstačnost a zlepšení soběstačnosti seniorů.

Cílem geriatric je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů. Cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštích chorob ve stáří. Tento lékařský obor věnuje zvláštní pozornost rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřování.

Předmětem zájmu geriatric je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci.¹⁴

Geriatric zpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému veškeré zkušenosti z jiných států a to především týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory. Zabývá se také důležitou otázkou kvality péče a to především v léčebnách dlouhodobě nemocných.¹⁵

¹³ Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 23

¹⁴ Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K. a kolektiv. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV publirelations, 2007, s. 12-17

¹⁵ Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K. a kolektiv. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV publirelations, 2007, s. 12-17

Během několik let vzniklo mnoho odborné literatury – učebnic klinické gerontologie určené především budoucím lékařům, ale i pracovníkům nelékařských oborů. Začalo vycházet několik odborných časopisů – Gerontologické aktuality, Česká geriatrická revue a vznikly nové seniorské organizace – Život 90.

Dalšími příbuznými obory, které se týkají seniorů jsou gerontopsychologie zabývající se psychickými změnami ve stáří a gerontopedagogika je disciplína, která napomáhá k podpoře a pomoci seniorů při uspokojování základních potřeb, tzv. výchovou ve stáří.

1.6 Dílčí závěr

Život každého z nás probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každá vývojová etapa nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. To platí i pro období stáří a stárnutí. Stáří je všeobecně chápáno spíše negativně to hlavně z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace, snížení mentálních funkcí a ztráty soběstačnosti. Obavy a negativní očekávání vedou ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsáným problémům. Závisí na konkrétním průběhu stárnutí. Jedním z důležitých faktorů je rozvoj všech oborů zabývajících se stárnutím, stáří, chronických onemocnění ve stáří a hlavně nemocí, která zasahuje celou seniorskou populaci na celém světě – Alzheimerova choroba a jiné demence.

2. Demence

Definice demence

*„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence”.*¹⁶

*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnost řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno.*¹⁷

Demenci řadíme mezi tzv. organická mozková onemocnění. Jedná se o onemocnění, která mozkovou tkáň různým způsobem poškozují, ale může se jednat také o degenerativní proces.

*„Stárnutí rozhodně není synonymem demence, ale s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou. Chybným a zavádějícím pojmem je senilní neboli stařecká demence”.*¹⁸

Demence se může vzácně vyskytovat už v dětství a to zejména při hematologických onemocněních. Pokud je ale porucha intelektu důsledkem vrozené poruchy nebo pokud vznikne do dvou let dítěte nejde o demenci ale o oligofrenii.

Podle lékaře Dorina Feteanu *„není vždycky snadné demenci diagnostikovat. První problém spočívá v malém počtu a v banálnosti symptomů, hlavně když se objevují v pokročilém věku”.*¹⁹

¹⁶ Baštecký J., Kumpel Q., Vojtěchovský M.: Gerontopsychiatrie. Praha: Grada Publishing , 1994

¹⁷ Pidrman, Vl.: Demence. Praha: Grada Publishing , 2007, s. 9

¹⁸ Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, s. 9-10

¹⁹ Picechaud C., Thareauová I., Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 92

2.1 Příznaky demence

Skutečné příznaky počínající demence s přibývajícím věkem lze těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí.

Rodina někdy u stárnoucího příbuzného těžko rozlišuje, které příznaky jsou přirozené, věkem podmíněné a změny, které nejsou důsledkem fyziologického stáří. Některé charakterové vlastnosti člověka nelze v prvopočátku nemoci rozlišit od počínajících chorobných změn – demence. Přesto mají změny v chování u člověka s demencí svá specifika.

Demence nepředstavuje pouze poruchu kognitivních funkcí. Demence je provázena změnami a poruchami chování, vede k poruše soběstačnosti a má sociální dopady jak pro seniora, tak pro rodinu nebo pečující personál.

„ABC demence – toto schéma často uvádí anglosaská literatura:”

- A. „Activities of daily living – porucha soběstačnosti a sociální dopady”
- B. „Behavior – behaviorální a psychiatrická symptomatologie”
- C. „Cognition – porucha kognice”²⁰

A. Soběstačnost

Demence vede k poruchám soběstačnosti nejprve ve slovních a později v základních sebeobslužných aktivitách. Pro posouzení soběstačnosti je vhodné použít různé škály a nejběžnější je škála podle Barthelové – Barthelův test (příloha č.1). Hodnotíme podle nich běžné úkony soběstačnosti a aktivity denního života, které jsou potřeba k samostatnému životu bez pomoci. Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách hodnotíme prostřednictvím testů základních sebeobslužných aktivit denního života.

Ve většině používaných testů se zjišťují základní sebeobslužné aktivity denního života – koupání, používání toalety, stravování, oblékání, obhospodařovat vlastní finance, vyprání prádla a ostatní potřeby denního života.

²⁰ Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, s. 13

B. Behaviorální a psychologické příznaky

Může se jednat o významné a nápadné změny, nevhodné či nepřiměřené chování, odbržděnost, netaktnost a jiné, ale může jít jen o úzkost, depresivitu, poruchy spánku.

C. Kognitivní změny

Mezi kognitivní změny především patří poruchy paměti, soustředění, orientace, myšlení a řeči. Tyto kognitivní funkce lze také změřit a nejvíce používaný test je Mini mental state examination (MMSE) podle Folsteina (příloha č. 2)

2.2 Klasifikace demencí

Demenci především musíme správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska poznání a následné léčby.

„Primárně degenerativní demence”

- *„Alzheimerova nemoc – AD (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí)”*
- *„Demence s Lewyho tělísky”*
- *„Frontotemporální demence”*

„Sekundární a smíšené demence”

- *„Vaskulární demence - VAD (představuje do 20% všech demencí)”*
- *„Metabolická demence”*
- *„Demence při Parkinsonově a Huntingtonově chorobě”*
- *„Traumatická demence”*
- *„Demence při normotenzním hydrocefalu”*
- *„Demence při nádorech CNS”*
- *„Demence při infarktech (demence syfilitická a demence při HIV infekci)”*

„Smíšené demence”

- *„Smíšená Alzheimerova/vaskulární”*
- *„Smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence”*
- *„Ostatní smíšené²¹”*

²¹ Pidman, Vl.: Demence. Praha: Grada Publishing, 2007, s.31-32

Alzheimerova choroba je zpočátku plíživé a postupně progredující onemocnění, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. S tím souvisí poškození funkce mozku. Zhoršuje se paměť, pozornost a schopnost soustředění. Řeč se zjednodušuje, mění se jeho chování a nálada. Onemocnění probíhá u každého individuálně, ale vždy prochází stejně určenými fázemi. AD je jednou z nejrozšířenějších forem demence. S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem stárnutí populace se její výskyt trvale zvyšuje. Rozvoj AD je obvykle velmi pomalý a tzv. mírná kognitivní porucha, projevující se pouze určitým problémem s pamětí, může často trvat i několik let. Pravá a přesná příčina onemocnění není dosud zjištěna.²²

Vaskulární demence je druhou nejčastější příčinou demence. Jedná se o celou skupinu onemocnění, nemá VAD zcela typický klinický a uniformní obraz, i když lze vytipovat některé společné rysy. Poměrně dlouho bývá zachován náhled a úsudek. Zhoršování kognitivních funkcí není zpravidla rovnoměrné, takže se může vyskytovat zhoršení intelektových funkcí, porucha paměti nebo neurologické příznaky. Přítomna jsou kardio nebo cerebrovaskulární onemocnění. Typická je také emoční labilita, záchvatovitý smích nebo pláč, depresivní ladění, přechod mezi zastřeným vědomím nebo delirium. Osobnost bývá relativně dlouho zachována, i když v některých případech to tak není. Dochází ke zvýraznění povahových rysů nebo výrazným změnám. Typické je sobectví, vztahovačnost, labilita a jiné.²³

²² Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009, s. 29-40

²³ Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009, s. 41-42

2.3 Charakteristika jednotlivých stádií

Pro potřeby péče a poskytování služeb je velice důležité definovat stadia závažnosti demence. Syndrom demence probíhá do jisté míry podobně, zejména u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence. Lze tedy definovat tři základní stadia demence.

Charakteristika jednotlivých stádií dle České alzheimerovské společnosti:

1. stádium - počínající a mírná demence stadium s
2. stádium - středně pokročilá a rozvinutá demence
3. stádium - těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování
4. stádium terminální²⁴

1. stádium - počínající a mírná demence

V tomto stádiu je senior poměrně soběstačný, potřebuje pouze pomoc nebo jen mírný dohled. Není zde vyžadován nepřetržitý dohled. Mohou být i po určitou část dne nebo týden sami. Stačí například občasný dohled pečovatelské služby nebo rodinného příslušníka. Zpravidla senioři rozumí také svému stavu, a z toho někdy vznikají deprese a pocit nejistoty. Uvědomuje si, že je nemocný, zapomíná a stále něco hledá, opakuje se a ptá se na stejné věci dokola.²⁵

2. stádium - středně pokročilá a rozvinutá demence

V tomto stádiu bývají převážně senioři umístěni do zařízení sociálních služeb. Stádium demence se projevuje u Alzheimerovi choroby a přibližně trvá v rozmezí 2 – 10 let a provází jí omezená soběstačnost, dezorientace, potřebují pomoc v jednotlivých úkonech sebepečce a vyžadují trvalý dohled. Senioři jsou schopni zvládnout některé aktivity a na kvalitu jejich života je v podstatě dobrá či velmi dobrá. Komunikují na dobré úrovni a ze strany rodinného příslušníka nebo pečovatele potřebují podporu a občasnou pomoc. Zde se začínají projevovat některé ze závažných poruch chování jako je neklid, agresivita či halucinace.²⁶

²⁴ <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/ Strategie péče o lidi s demencí>

²⁵ <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/ Strategie péče o lidi s demencí>

²⁶ <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/ Strategie péče o lidi s demencí>

3. stádium - těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování

Jedná se o stádium pokročilé a těžké demence a o tyto formy demence, které jsou komplikovány poruchami chování. Senioři v této fázi onemocnění vyžadují individuální a asistentskou péči druhé osoby. Dochází zde k verbálnímu omezení komunikace. Častěji se zde vyskytují poruchy chování, u kterých musíme včas rozpoznat jejich příčinu. Mohou být způsobeny bolestí, nespokojeností, dehydratací, zácpou, únikem moči atd. Dochází k omezení pohybu seniora – polohování a rehabilitace. Vzhledem k častým poruchám polykání je třeba prostřednictvím nutriční sestry zajistit vhodný příjem potravy, výživy a hydratace. Vhodné jsou doplňky stravy a konzistence potravin.

V tomto stádiu senior vyžaduje 24 hodinovou péči odborného ošetrovatelského personálu nejlépe v zařízení sociálních služeb pro tyto seniory s onemocněním určeny – Domov se zvláštním režimem. Ošetrovatelský personál musí být zaškolený v problematice demencí. Nutné je také zajištění zdravotní a lékařské péče.²⁷

Terminální stádium demence trvá zpravidla několik týdnů a je charakterizováno tím, že senior s demencí postupně ztrácí schopnost komunikovat, komunikace je téměř nonverbální a omezená na minimum. Omezena je také mobilita, došlo k úbytku svalstva, omezen příjem potravy a tekutin, jsou přítomny poruchy polykání, úplná inkontinence. Senior často trpí bolestí a je tedy třeba vhodně polohování. O tyto seniory se nejčastěji pečují na odděleních paliativní. Někdy na základě přání rodiny a hlavně pohodlí seniora je ponechán v zařízení sociálních služeb, kde je zvyklí na prostředí a personál, který o něj pečuje. V současné době se rozvíjí v těchto zařízeních koncepce paliativní péče.²⁸

²⁷ <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/ Strategie péče o lidi s demencí>

²⁸ <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/ Strategie péče o lidi s demencí>

2.4 Dílčí závěr

U demence je důležitá správná a včasná diagnostika. Nutné je rozlišit demenci od normálních příznaků stárnutí. V praxi se stává, že neodborný lékař stanoví diagnózu seniorovi sám a neodešle jej na odborné vyšetření a tak dochází ke špatné diagnostice demence. Většina považuje generalizovanou arteriosklerózu za demenci.

Mezinárodně využívaným testem je MMSE, tzv. malé vyšetření duševního stavu – paměť, časoprostorová orientace, orientace osobou a řeč. Nejvyšší bodová hranice v testu je dosažení 30 bodů, 25 – 30 bodů se považují za normální.

3. Potřeby seniorů

3.1 Bio – psycho – sociální potřeby

Maslowova pyramida potřeb (obr. č. 4) je základním stavebním kamenem pro fyzickou existenci. Patří zde potřeba spánku, jídla, pohybu, emocionální projevy, zdraví, bolest a fyzický kontakt. Pokud nejsou tyto potřeby naplněny, nemůže dojít k uspokojení potřeb ostatních. Jsou to základní potřeby, na které je třeba stále dohlížet.

Obr. č. 4 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: www.google.cz

Fyziologické potřeby

Pro snadnější pochopení potřeb je dobré použít Dům životních potřeb od Chloubové (obr. č. 5), který vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Svůj Dům životních potřeb si každý člověk staví sám od svého narození. Aby mohl Dům životních potřeb dobře stát musí mít pevné základy – suterén, který tvoří dobře fungující tělesné potřeby – fyziologické, biologické: dýchání s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování,

tělesné a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí – vyhýbání se bolesti, hygiena, sexuální a mateřské potřeby. Bez těchto uvedených potřeb nemůže člověk fungovat.²⁹

Obr. č. 5 *Dům životních potřeb*

| POTŘEBY ČLOVĚKA | | | | | | | | |
|-----------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|
| sebe-realizace | sebe-aktualizace | hodnoty životní | tvůrčí potřeby | duchovní potřeby | kulturní potřeby | pracovní potřeby | estetické potřeby | různé zájmy |
| sebeúcta | sebe-pojetí | úspěch uznání | neudělat ostudu | intimita | poznání pochopení | autonomie | Moc | submise |
| láska | sounáležitost | důvěra | komunikace | rodina | přátelství | pečovat o druhé | identita | pozitivní vztah |
| zdraví | bezpečí pomoci | jistoty sociální ekonom. | soběstačnost | bydlení | informace | podněty | Mír klid | potřeba struktury řádu |
| dýchání | hydratace | výživy | vyprázdnění moče stolice | aktivita tělesná duševní | spánek odpočinek | teplo být bez bolesti | očista hygieny | sexuální mateřské potřeby |

Zdroj: Zpravodaj pro management rezidenčního zařízení, s. 22 - 23

Potřeba bezpečí

Potřeba bezpečí hraje velkou roli. Senior, který se ve svém prostředí nevyzná nebo který nedokáže udržet v paměti potřebné informace, je velmi zranitelný. Jejich svět se jeví velmi nevypočitatelným. Velká část chování, kterou vidíme, vyjadřuje buď snahu osoby utéci, nebo bránit sebe a vše, co je jí drahé. Vztah poskytuje osobě s poruchou poznávacích schopností útočiště v případě nesnáží.³⁰

Prostředí, které napomáhá pocitu bezpečí je takové, ve kterém se nenalézá nic neočekávaného, kde všechno, co osoba potřebuje je viditelné a jasně dostupné. Bezpečí znamená také mít příležitost vyjádřit své schopnosti, šikovnost, tvořivost a talent ve vstřícném prostředí, bez rizika selhání. V tomto případě u seniora s demencí je možné využít piktogramy – obrázkové značky.

²⁹ Chudobová H., Zpravodaj pro management rezidenčního zařízení, 1 ročník, č. 2, 2005, s. 22 - 23

³⁰ Pichaud, C., Thareaudová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 42-46

Sociální potřeby

Senioři potřebují dostatek sociálních podnětů, zároveň i své soukromí a odpočinek. Potřebují, aby jejich vztahy s lidmi měly symetrický charakter, a jakékoliv narušení této rovnováhy citlivě prožívají. Senioři především preferují kontakt s přáteli a rodinou. Kontakty s mladší generací nemusí být vždy přínosná. Uvědomují si, že mladším vždy nerozumí, jejich životy se zdají vzdálené. Strach z neporozumění seniory ještě více vede k posílení na vlastní generaci. Přátelé generačně stejní mají pro sebe pochopení, spojují je totiž podobné problémy. Důraz na kontakt s vrstevníky je stejně důležitý jako v dětství.³¹

Potřeba autonomie

Autonomie je klíčový faktor zahrnující důstojnost, která je spojena v kontextu s lidskými právy a rovností.

Aby senior mohl být autonomní, musí být splněny určité předpoklady. Především senior musí mít schopnost sebeurčení k tomu mít náležitě fyzické, rozumové a sociální aspekty. Také důležitou podmínkou je vhodné prostředí pro možnost uplatnění autonomie seniora. Vy vyšším věku dochází často k narušení schopnosti pokud se senior stává závislým na svém okolí. V této situaci především pak záleží na osobě, která se podílí na péči o seniora, zda bude autonomii podporovat či nikoliv.³²

Zásah do autonomie seniora je často spojena s pobytem v zařízení sociálních služeb. Dochází zde k stereotypním představám pracovníků sociálních služeb o neschopnosti, nesoběstačnosti a nezodpovědnosti seniorů. Zásadním způsobem seniora omezují v rozhodování, manipulují a přebírají za něj odpovědnost.

Míra autonomie je významným ukazatelem kvality života.

Potřeba seberealizace

Tato potřeba je silně vnímána hlavně v období spojeném s odchodem do důchodu. U seniora vzniká pocit ztráty vlastních hodnot a bezvýznamnosti. Proto se snaží tento nepříjemný stav kompenzovat jinou činností, ve které by mohli předvést své kvality. Stále častěji se začínají vracet ke své minulosti, kdy dosáhli určitých úspěchů. Potřeba

³¹ Pichaud, C., Thareaudová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 42-46

³² Pichaud, C., Thareaudová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 42-46

seberealizace je mnohdy uspokojována nepřímo prostřednictvím ztotožnění se s blízkou osobou. Většinou se jedná o úspěchy dětí, vnuků, kteří senioři vnímají jako vlastní.³³

3.2 Dílčí závěr

Důležitou složkou aktivního stáří je uspokojení všech důležitých potřeb. Stáří je období, kdy dochází ke změnám v oblasti biologických a psychologických potřeb. Zvyšuje se koncentrace na vlastní osobu a uspokojování vlastních potřeb. Nedostatečné upokojení vlastních potřeb vede k deprivaci. Samozřejmě vycházíme ze základních neměnných potřeb, které jsou obsaženy v Maslowově pyramidě potřeb. Pozornost ze strany všech sociálních pracovníků a zdravotníků je zaměřena na tělesné potřeby a soběstačnost. Péče o seniory by měla být vždy komplexní. Charakteristickým rysem dnešní péče jak v domácím tak v rezidenčním prostředí je hodnocení a upokojování potřeb zdravého i nemocného seniora. Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Dochází zde k větší fixaci na rodinu nebo pečovatele, kteří zajišťují péči.

³³ Pichaud, C., Thareaudová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 42-46

4. Péče o seniora s demencí

4.1 Systém sociálních služeb

Zákon o sociálních službách přesně stanovuje druhy všech zřizovaných zařízení sociálních služeb, definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb a jednotlivé služby sociální péče.

Sociální služby rozdělujeme podle cíle a zaměření do 3 základních skupin:

- **sociální poradenství** - nedílnou součástí sociálních služeb
- **služby sociální péče** – zabezpečení základních životních potřeb, pokud nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby
- **služby sociální prevence** – slouží k předcházení a zabránění sociálního vyloučení lidí
Typy služeb určené pro seniory máme pobytové, ambulantní a terénní.³⁴

Pobytové služby - poskytují ubytování v zařízení sociálních služeb, kde člověk žije.

Ambulantní služby - za kterými člověk dochází nebo je doprovázen např. poradny.

Terénní služby - jsou poskytovány v domácím prostředí, kde člověk žije.

4.2 Současná legislativa

Sociální služby prošli zásadní proměnou v roce 2007 kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon o sociálních službách se nechal inspirovat fungujícím model ze zahraničí a Evropské unie. Nový zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci a nastala také integrace zdravotně postižených do společnosti.

Další podstatný zvrat sociální sféry nastal od 1.1.2012, kdy došlo k sjednocení způsobu výplaty sociálních dávek prostřednictvím MPSV. Zjednodušil a zefektivnil celý proces posuzování zdravotního stavu pro přiznání příspěvku na péči. Posuzuje se 10 základní životních potřeb. Tím by se mělo dosáhnout větší objektivitu a spravedlivějšího posuzování ze strany sociálních pracovníků a posudkových lékařů.

³⁴ Králová J., Rážová E., Sociální služby a příspěvek na péči. 3. vyd. Ostrava: ANAG, 2009, s. 68-108

4.3 Péče o seniora v domácím prostředí

Pro seniora je vhodné, když může zůstat v prostředí a mezi lidmi, na které zvyklý. Nejvhodnějším je tedy domácí prostředí kde doposud žil. V případě bariérových překážek přizpůsobit prostředí např. sprchový kout místo vany, odstranit prahy, pořídit zvýšené lůžko a další věci pro kvalitní život. Optimální je vhodné bydlení společné, tak aby vylo zachováno co největší soukromí. Společné bydlení lze zvážit dle stadia onemocnění a možnostech rodiny. Pokud rodina není schopna zabezpečit vhodné prostředí je třeba zvážit využití sociálních služeb, terénních nebo pobytových. V pokročilém stádiu je třeba zabezpečit 24 – hodinový dohled nad seniorem.

Péče o seniora s demencí je velmi náročná – tělesně, psychicky, časově a může změnit život pečujícího i ostatním členům rodiny. Některým lidem péče o svého příbuzného přináší uspokojení, radost, naplnění pečovat o druhého. Většinou, když onemocní jeden z partnerů berou péči jako úředl postarat se o toho druhého. Nikdo není schopen říct dopředu, jak by se v podobné situaci zachoval. Kdo péči nezvládne nebo už ji nezvládá je zde proto široké spektrum nabízených sociálních služeb. Jen je třeba požádat o pomoc a vědět na koho se obrátit. V rámci péče o seniora s demencí je potřeba si ponechat čas na svůj vlastní život, koníčky, rodinu a relaxaci. V praxi se dost často stává, že pečující osoba přijde řešit situaci velmi pozdě a sami jsou vyčerpaní a potřebovali by odbornou péči. Stejně tak jak u pomáhajících profesí vzniká riziko syndromu vyhoření.

Rodinu je třeba chápat jako základní prvek, který integruje všechny věkové kategorie. Proto považujeme za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které jí umožní se o seniora postarat

Rodinní pečující mohou využít některé služby sociální péče pro seniory:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní nebo týdenní stacionáře

4.4 Péče o seniora v zařízení sociálních služeb

Základem kvalitního poskytování sociální služby je individuální plánování s uživatelem. Individuální plán je dohoda mezi uživatelem a poskytovatelem. V individuálním plánu je vyjádřen cíl uživatele a jednotlivé kroky k dosažení, uspokojení cíle. Sestavování je hlavně zaměřeno na přání a potřeby uživatele. U uživatelů trpících demencí vycházíme nejčastěji z životního příběhu, informací od rodiny a pozorování. Důležitým faktorem je také adaptace nového uživatele na nové prostředí. Každé zařízení si zvolí délku adaptace. Nejčastější délkou adaptace je 3 měsíce. U seniorů trpících demencí vycházíme z několika oblastí, které jsou zaměřeny na komunikaci, zachování vazeb s rodinou a přáteli, zlepšení soběstačnosti a sebeobsluhy, volnočasové aktivity.

Zařízení by mělo uplatňovat individuální přístup s ohledem na zdravotní stav, potřeby a přání seniora. Sociální služby jsou poskytovány seniorům, kteří onemocněli chronickou duševní nemocí nebo demencí a potřebují pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb. Cílem je poskytovat pravidelnou, bezpečnou a odbornou podporu nebo péči v základních životních schopnostech, motivovat k aktivizačním činnostem a podporovat v kontaktu se společenským prostředím a hlavně rodinou. Je důležité maximální udržení míry dovedností a návyků z domácího prostředí. U každého seniora je respektována důstojnost a soukromí.

Péče o seniory a poskytování sociálních služeb v zařízení je značně ovlivněno třemi hlavními faktory: individuálními požadavky uživatele někdy i rodiny, ale vždy uživatel je náš partner, rodina se stává poradcem. Harmonogramy práce a vnitřní pravidla zařízení. Život seniorů v pobytovém zařízení je odlišný od jejich předchozího způsobu života. Všichni by měli být podrobně seznámeni s chodem zařízení.³⁵

Pro podporu zachování soběstačnosti a posílení ubývání kognitivních funkcí jsou stanoveny dle potřeb seniorů vhodné aktivizační činnosti. Hlavně prevencí se stávají skupinová nebo individuální trénování paměti přizpůsobeno schopnostem a možnostem každého seniora.

³⁵Malíková E., Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 79-83

4.5 Dílčí závěr

V současné době je velice široké spektrum výběru sociálních služeb pro seniory. Je možné využít státní tak nestátní organizace. Péče o seniory trpící demencí je velice finančně nákladný pro rodinu tak pro stát. Zákon o sociálních službách umožňuje možnost rodiny finančně se podílet na úhradě nákladů sociálních služeb, které využívá.

Zajištění potřebných zdravotnických, sociálních a dalších služeb v domácnosti je nutnou podmínkou pro to, aby mohli i nesoběstační senioři setrvávat co nejdéle v domácím prostředí. Rodinný pečující se o ně mohl starat co v největší míře starat. Bez této pomoci a podpory dochází ke zbytečným hospitalizacím, tak předčasnému umístění v zařízení sociálních služeb.

5. Moderní trendy v péči o seniory

5.1 Terapie

Reminiscence může být individuální nebo skupinová. Cílem terapie je posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a vytvoření pomoci a podpory vztahu rodiny, pečovatele a seniora. Reminiscenční terapie se stává nedílnou součástí péče o seniory s demencí.

Tato terapie je vhodná pro seniory s lehkou či středně těžkou demencí. Je to vlastně vybavování starších vzpomínek jako prostředek aktivizace – dětství, zájmy, rodina, děti, výlety, dovolená, práce. Ve většině případů se využívají fotografie tzv. vzpomínková alba, kufříky nebo krabičky, která se vytvářejí za pomoci rodinných příslušníků. (obr. č. 6)

V praxi se osvědčila vzpomínková alba nebo alespoň staré fotografie. Někteří senioři se při prohlížení starých fotografií dokáží otevřít, mají pak lepší náladu a jsou spokojení. Využívají se dost často i osvědčená témata např. první lásky, svatba, dětství, první taneční, zájmy, ale jednotlivá témata je třeba volit individuálně a dle komunikačních schopností.

Nejčastější pomůcky jsou např. mlýnek na kávu, valcha, rám na vyšívání, kuličky hliněné a skleněné, špulka, hudební nástroje, staré rádio, gramofon a gramodesky atd. Ty domácí potřeby, které se běžně používají.³⁶

Obr. č. 6 *Vzpomínkové kufříky*



Zdroj: www.alzheimercentrum.cz

³⁶ Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, s. 181-188

Snoezelen specificky vytvořené prostředí pro účely sensorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti.

„Podle definice Mezinárodní organizace sdružující odborníky a přátele Snoezelenu je toto slovo odvozeno ze slov „snuffelen“ (čichat) s „doezelen“ (dřímat).³⁷

Snoezelen slouží k relaxaci, zklidnění, k rozvoji verbální i neverbální komunikaci, ke stimulaci smyslů, k odbourávání rizikových projevů člověka, posílení schopnosti adaptace socializace, ke snížení poruch chování, pozornosti, nesoustředěnosti, k podpoře kognitivních a citové složky osobnosti, přináší nové zážitky a zkušenosti.

Multismyslová místnost byla vytvořena (zaměřena) na lidi s hlubším mentálním či kombinovaným postižením. V současné době se snoezelen rozšířil i do zařízení sociálních služeb, které pečují o seniory trpící demencí.

V zařízení, v kterém pracuji jsme založili multismyslovou místnost. Využívá se pro seniory trpící demencí, ale také pro relaxaci, zmírnění napětí a odstranění depresí.

Obr. č. 7 *Multismyslová místnost*



Zdroj: www.ddblansko.cz

³⁷ Fialová, R., Janků, K. Snoezelen, 1. vyd. Kleinwachter, 2010, s. 15-20

Validace je vcítění se do osoby a přizpůsobit tak své jednání a chování. Je určena pečujícím rodinným příslušníkům a pečovatelům. Důraz je kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti, naslouchání a empatie „Nikdy neříkáme NE”. U osob u kterých je využívána tato metoda dochází k jinému vnímání reality než je u jiných. Jde hlavně o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientovaného seniora a přizpůsobily tomu své chování a jednání.³⁸

Bazální stimulace je pedagogicko – ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče je strukturovaná, aby byly zachované komunikační a pohybové schopnosti člověka. Předpokladem je také dobrá práce s autobiografií člověka. Cílem tohoto konceptu je pochopit potřeby seniora a také nalézt porozumění v jeho komunikaci.

U seniorů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. Na seniora je zde pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace. U seniorů je možné využít somatickou stimulaci, která obsahuje osvěžující koupel, polohu hnízdo a masáž stimulující dýchání, které uvolňuje napětí a navozuje pocit jistoty a bezpečí. K použití této stimulace se využívá polohovací vak naplněný kuličkami, které se přizpůsobí dané poloze těla.³⁹(obr. č. 8)

Obr. č. 8 *Bazální stimulace*



Zdroj: www.ddzastavka.cz

³⁸ PhDr. Procházková L., Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. Časopis Sociální služby, 2012, s. 12-13

³⁹ www.bazalni-stimulace.cz

Mezi prvky základní bazální stimulace patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Nástavbové prvky obsahují optickou, auditivní, taktilně – haptickou, olfaktorickou a orální stimulaci.

Koncept bazální stimulace podporuje kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb uživatelům v zařízeních sociálních služeb pro seniory. Pracovníci v sociálních službách získají absolvováním kurzu Bazální stimulace akreditovaného MPSV ČR cílové teoretické vědomosti v oblasti schopnosti komunikovat s lidmi se změnami v kognitivní oblasti, a to zejména u osob se zdravotním postižením a u seniorů s demencí. Absolvent bude po skončení kurzu schopen efektivně komunikovat s uživateli sociálních služeb v případě jejich deficitu v oblasti kognitivní nebo smyslového vnímání. Naučené dovednosti přispějí také ke schopnosti sebeovládání absolventa kurzu, výrazně rozvíjejí jeho schopnost poznávání, seberealizace, podporují rozvoj empatie a rozšiřují kompetence poskytovatelů sociálních služeb s cílem podporovat a rozšiřovat uživatelovy zachované schopnosti v oblasti komunikace a vnímání a efektivního využití zachovalých schopností uživatele. Absolvent kurzu bude umět prakticky podporovat uživatele při provádění a nácviku základních výchovných úkonů, hygienických, společenských a pracovních návyků, a při podpoře komunikace v kontextu společenských kontaktů.⁴⁰

V roce 2009 byla INSTITU Bazální stimulace® udělena Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu „Základní kurz Bazální stimulace pro pracovníky v sociálních službách.”

Canisterapie je léčba lidské duše psí láskou. Canisterapie probíhá pod vedením canisterapeuta ve spolupráci se zaměstnanci v zařízení. Může být skupinová nebo individuální dle potřeby.⁴¹

V domově se zvláštním režimem psí návštěvy velice příjemnější a zpestřují běžné dny. Senioři vzpomínají na své psy a ti kteří nechtějí komunikovat se rádi zapojí a hladí psa nebo jen pozorují. Výsledkem bývá i úsměv na tváři nebo i náznak komunikace.(obr. č. 9)

⁴⁰ www.bazalni-stimulace.cz

⁴¹ www.ddblansko.cz

Obr. č. 9 *Canisterapie*



Zdroj: www.ddblansko.cz

Terapeutické pečení je jedna z velice oblíbených činností, které se dají se seniory s demencí provádět. Jedná se o běžnou a nenáročnou činnost do které se všichni rádi zapojí. Práce se musí přizpůsobit schopnostem a možnostem seniora, ale dle zkušeností pečovatele. Většina seniorů zvládne bez obtíží loupání, krájení, strouhání, výroba drobenky, vyvalování těsta válečkem, vykrajování, roztírání marmelády. Většinou jde o činnosti, které seniorům nejsou cizí, ale známé z domácího prostředí. Podle určitých zkušeností mají tito senioři rádi sladké.⁴² (obr. č. 10)⁴³

Obr. č. 10 *Terapeutické pečení*



Zdroj: www.ddblansko.cz

⁴³ Holmerová I., Jarošová E., Suchá J. a kolektiv.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, s.224

5.2 Paliativní péče

Náš život se v poslední době změnil. Žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji. Platíme však za to velkou daň: déle a vůbec ne lehčeji totiž také umíráme. Většina lidí chce zemřít doma, ale podaří se to pouze několika lidem. Životy ostatních končí v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, zařízeních sociálních služeb a hospicích. Většina těchto lidí zbytečně umírá v nemocnicích, proto je důležitý rozvoj paliativní péče jak domácí tak lůžkové. Umírání by mělo být za všech okolností důstojné.

Umírající nechce být pacientem, ale člověkem. Každý nemocný člověk na světě má stejné potřeby – biologické, psychické, duchovní a sociální. Rozdíl je pouze ten jak jsou potřeby člověka naplňovány/uspokojovány.

Poskytování paliativní péče do jisté míry závisí na podmínkách. Není to jen o státu jestli je chudý nebo bohatý. Souvisí s tím mnoho jiných faktorů jako je především úroveň financování, vzdělání lékařů a ošetrovatelského personálu, mezilidské vztahy a motivace. Pro rozvoj paliativní péče se čerpá z britské praxe, kde paliativní péče má své kořeny.

Definice paliativní péče

*„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka také za života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života”.*⁴⁴

V paliativní péči se prolínají a někdy střetávají dva přístupy:

Přístup humanistický usiluje o optimální péči a podporu nemocných a jejich rodin. Vychází z vědomí celkového utrpení, některých specifických potřeb a ohrožení umírajících lidí i jejich rodin a také z vědomí neuspokojivosti běžného nemocničního umírání. Tento přístup usiluje o smysluplnost zbývajících času.

⁴⁴ Marková M., Sestra a pacient v paliativní péči. 1.vyd.Praha:Grada Publishing,2011,s.19

Přístup fiskální především usiluje o stabilitu veřejných rozpočtů včetně zdravotní péče a její snížení nákladů na marnou léčbu v posledních měsících života. Paliativní péče včetně mobilní hospicové péče, by měla být ve srovnání se stávajícím obvyklou úrovní péče umírající účelným nadstandartem. Cílem je kvalitní péče o každého umírajícího člověka. Snížení nákladů na léčbu a péči nesmí být nikdy primárním cílem.

Paliativní péči lze poskytovat:

- v domácím prostředí, na niž se podílí pečující rodina
- mobilní hospice – zde je kvalifikovaný multidisciplinární tým odborníků zaměřený na paliativní péči.
- agentury domácí péče tzv. home care – řízen praktickým lékařem
- v pobytových zařízeních – především v domovech pro seniory a se zvláštním režimem
- v lůžkových zdravotnických zařízeních – hospice, nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče⁴⁵

Téma umírání a smrti už v naší společnosti není tak velkým tabu jako dříve, ale pro mnohé ještě tabu zůstává. Je to běh na dlouhou trať.⁴⁶

Možná nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další sebelepší léčebné prostředky nepovedou k uzdravení. Jsou samozřejmě mnohé případy, kdy je naděje na úspěšnost léčby zhruba stejně velká jako pravděpodobnost, že léčba úspěšná nebude. Nezbytná je v tomto případě pravdivá komunikace, zodpovězení všech otázek a respektování názoru umírajícího.⁴⁷

⁴⁵ Marková M., Sestra a pacient v paliativní péči. 1.vyd.Praha:Grada Publishing,2011,s.13-23

⁴⁶ Svatošová M. Hospic a jeho místo ve společnosti. 2010, 12, s.26-27

⁴⁷ Marková M., Sestra a pacient v paliativní péči. 1.vyd.Praha:Grada Publishing,2011,s.25

5.3 Dílčí závěr

Proč je vlastně důležitá terapie neboli aktivita? Mělo by jít především o smysluplnou činnost. Smysluplná činnost musí být prováděna dobrovolně a dávat pocit úspěchu. V běžném životě nikdo nedělá to co by nemělo účel. Život je složen z mnoha činností než si dokážeme představit. Mezi oblíbenou činnost patří pečení, skládání ručníků nebo úklid nádobí. Uvedla jsem pouze ty terapie, které aplikujeme v zařízení sociálních služeb a často jsou praktikovány rodinným pečujícím v domácnosti. Každé umírání znamená loučení se vším, co máme rádi, a se všemi, které máme rádi. Je velmi dobré, když rozloučení probíhá důstojně a umírající se stačí připravit na poslední cestu, kterou by měla rodina nebo pečovatelé umožnit. Důležitá je tedy podpora a rozvoj paliativní péče v domácím prostředí i v pobytových zařízeních pro seniory.

6. Praktická část

6.1 Metody a cíle výzkumu

V praktické části práce jsem zaměřila na efektivitu kvality péče a spokojenosti s péčí o seniora s demencí. Rozdílné úrovně péče v domácím prostředí, zařízení sociálních služeb a pečovatelské službě. Pro výzkum jsme si zvolila metodu kvalitativní tak i kvantitativní.

Případové studie

Případová studie je jedním z přístupů kvalitativního výzkumu. Je charakterizována obecně jako detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu. V případových studiích životních příběhů je většinou užívána metoda narativního rozhovoru vedeného s celou řadou respondentů.⁴⁸

Cílem je prezentace příznaků a průběh nemoci, péče rodinných příslušníků, změna života seniora tak jeho rodiny, snížení soběstačnosti, potřebnost návaznosti na další sociální služby – terénní a pobytové.

Rozhovor

Metoda rozhovoru je nejužívanější metodou při získávání informací od poznávaných osob. Při rozhovoru se dotazujeme poznávaných osob na informace, která nám mohou hlouběji poznat jejich osobnost. Rozhovor používáme jako metodu k získávání informací o poznaném člověku všude tak, kde chceme poznat ty stránky osobnosti, které jsou nedostupné přímému pozorování nebo jiným metodám. Jde především o vnitřní prožitky osoby a vnitřní podmínky její činnosti, jako jsou názory, potřeby, motivace, zájmy atd. Odpovědi dotazovaného člověka mají však subjektivní povahu, tzn. že podléhají ve větší či menší míře subjektivnímu zkreslení, které může být neúmyslné nebo úmyslné.⁴⁹

Na základě předem vytipovaných respondentů jsem připravila otázky pro vedení dialogu. Dohromady budou vedeny 3 rozhovory – pečující rodinný příslušník, vedoucí pečovatelské služby a vedoucí přímé obslužné péče v zařízení sociálních služeb.

⁴⁸ Radvan, E., Vavřík, M. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách. Brno: IMS, 2009, s.52-53

⁴⁹ Vízdal Fr., Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010, s.22-27

Dotazník

Dotazník je metodou určenou k získávání údajů pomocí písemných otázek. Může být určen k získávání dat od více osob současně. Dotazníky obsahují různé druhy otázek, jimiž zjišťujeme jak tzv. tvrdá data – osobní údaje, věk, pohlaví, povolání, vzdělání atd., tak i měkká data – názory, postoje, zkušenosti, osobnostní vlastnosti atd. Otázky používané v dotaznících mohou být uzavřené, otevřené a škálové. Uzavřené otázky jsou alternativní nebo výběrové, u nichž je z několika navržených možných odpovědí vybírána respondentem pouze jedna odpověď. Dotazníkové metody patří k široce používaným metodám diagnostiky osobnosti především pro značnou jednoduchost vyhodnocování a interpretace. Po formální stránce jsou druhem standardizovaného rozhovoru. Metoda rozhovoru je však časově i psychicky náročnější a může být značně subjektivní. Pokud chceme k některému jevu získat v krátké době velké množství dat, tak použijeme dotazník. Písemnými odpověďmi na písemné dotazy můžeme získat za určitých okolností objektivnější údaje než z osobního rozhovoru. Sestavování dotazníku patří mezi náročné činnosti, které vyžadují jak vědomosti, tak i určité zkušenosti. Bez nich je konstrukce jakéhokoli dotazníku jen tápáním v neznámé oblasti.⁵⁰

V dotazníkovém šetření se chci zaměřit na skupinu respondentů - rodinné příslušníky, kteří dříve pečovali o příbuzného, který je v současné době umístěn v zařízení sociálních služeb. Cíl dotazníkového šetření je spokojenost s kvalitou péče o seniora s demencí v zařízení sociálních služeb. Dotazníkové šetření obsahuje 10 uzavřených otázek a třemi možnostmi odpovědí. Při vyhodnocení dotazníků využije programu Microsoft Excel a zapracuji výsledky do výšečových grafů.

6.2 Stanovení hypotéz

- H₁** Předpokládám, že lze zajistit kvalitní péči seniorovi s demencí v domácím prostředí bez pomoci sociálních služeb.
- H₂** Předpokládám, že rodinní příbuzní mají dostatek informací o onemocnění a péči svého příbuzného v zařízení sociálních služeb.
- H₃** Jsou pečující informováni o možnosti využití potřebných sociálních služeb?

⁵⁰ Vizdal Fr., Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010, s.22-27

6.3 Vlastní výzkum

Případová studie č. 1

| | |
|---------------------------------|--|
| Pohlaví: | Žena |
| Rok narození: | 1931 |
| Věk: | 80 let |
| Diagnóza: | Vaskulární demence – středně pokročilé stádium |
| Současný pobyt: | Zařízení sociálních služeb pro seniory – Domov se zvláštním režimem |
| Délka pobytu v zařízení: | 8 měsíců |

Paní M. se narodila v Brně v roce 1931. Dětství prožila se svou vlastní maminkou a nevlastním otcem a dvěma bratry v Březejci u Velkého Meziříčí. Založila rodinu, přestěhovala se do rodné vesnice svého manžela, měla dvě dcery – Boženu a Marii. Všichni společně bydleli v Kulířově, kde měli větší hospodářství a pracovala jako dělnice v místním zemědělském družstvu.

V roce 2004 paní M. ovdověla. Bydlela v rodinném domku společně s dcerou a vnuky.

V roce 2008 byl přiznán příspěvek na péči II. stupně a v roce 2010 zvýšen na III. stupeň.

Paní M. několik roků nenavštěvovala svého praktického lékaře. Vnuk začal při návštěvách pozorovat časté výpadky paměti, neustálé opakování a dotazování se na stejné věci, které vnuk sdělil.

V roce 2010 byla paní M. akutně hospitalizována pro celkovou dehydrataci a oslabení organismu. Vnuk sám potvrdil informaci, že dcera, která se dosud o paní M. starala, není schopna z důvodu svého psychického onemocnění ani zavolat záchrannou službu. Tím usoudil, že paní M. je ohrožena na životě. Vnuk bydlí 30 km ve vzdáleném okresním městě a vždy musel volat záchrannou službu.

Paní M. byla provedena veškerá potřebná vyšetření. Při hospitalizaci se potvrdila počínající vaskulární demence a diabetes mellitus II. typu. Tyto informace byly zatajeny ze strany dcery, protože měla paní M. jako zdroj financí – příspěvek na péči a starobní/vdovský důchod. Ošetřující lékařka neměla žádné informace o hospitalizaci. Pečující dcera tvrdila, že žádné propouštěcí zprávy nemá.

Po několika návštěvách vnuka se zdravotní stav opět zhoršil. V lednu 2011 prodělala akutní operaci kýly a následkem narkózy se vaskulární demence zhoršila. Paní M. byla dezorientovaná v místě i čase. Bylo zjištěno, že paní M. nedostávala potřebné léky, jídlo, pití. Nedostávalo se jí ze strany pečovatele – dcery uspokojování základních potřeb – pravidelná hygiena, strava, péče, úklid v domácnosti, možnost nakládání s financemi. Ze strany dcery probíhalo i psychické týrání, hlavně slovního původu – že je neschopná. Paní M. trápil i jiný problém což byl třes pravé ruky. Pravou rukou drží hrnek s pitím a také jí. Dcera nikdy nedohlédla na to jestli se najedla a napila. Z důvodu třesu ruky přestávala pít i jíst. Za třes se velice styděla a dosud se stydí.

Dle vnuka velice pracovitá, rázná a vždy měla poslední slovo v rodině. Veškerý volný čas věnovala práci, zahradě a hospodářství.

Rok 2011 trávila po nemocnicích a léčebně dlouhodobě nemocných. Paní M. se odmítala vrátit domů a vnuk tedy podal žádosti do zařízení sociálních služeb. Požádala jej také o to, aby se o ni postaral a zajišťoval potřebné záležitosti. Vnuk nechal se souhlasem M. vytvořit plnou moc. V srpnu 2011 byla paní M. umístěna v Domově se zvláštním režimem po dlouhodobém pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných. V léčebně strávila 7 měsíců.

Adaptace M. byla ze začátku trochu obtížná. Nebyla zvyklá na tak kvalitní péči a bydlení, odmítala se koupat ve vaně a nechtěla jíst. Byla dezorientovaná v místě i čase. Bloudila pravidelně každou noc po oddělení. Velkou roli zde sehrál klíčový pracovník a vnuk, který ji pravidelně navštěvuje. Zabezpečil veškeré potřebné věci – neměla slušné oblečení ani hygienické potřeby. Po 3 měsících adaptace se paní M. zvykla na pobyt v zařízení, je spokojená, ale stále se bojí, že se bude muset vrátit do toho domu. Nemá vůbec krátkodobou paměť, ale ráda si s vnukem a pečovatelkami povídá o svém dětství. Velice ráda chodila tancovat.

V současné době je paní M. zapojuje se do nabízených terapií. Nejvíce jí baví pečení. Vše si užívá a je velice spokojená. Vnuk je velice rád, že babičce je zajištěna kvalitní péče a důstojné dožití na stáří i s jejím onemocněním.

Případová studie č. 2

| | |
|---------------------------------|--|
| Pohlaví: | Muž |
| Rok narození: | 1936 |
| Věk: | 76 let |
| Diagnóza: | Alzheimerova choroba |
| Současný pobyt: | Zařízení sociálních služeb pro seniory – Domov se zvláštním režimem |
| Délka pobytu v zařízení: | 7 měsíců |

Pan Z. se narodil v Bořitově v roce 1936. Dětství prožil s rodiči a bratrem v Bořitově. Vystudoval strojní průmyslovou školu a po ukončení školy začal pracovat jako technický úředník v podniku ČKD Blansko. Při zaměstnání studoval dálkově vysokou školu ekonomickou v Praze.

Společně s manželkou žili v Blansku a vychovali společně dva syny, s kterými se dle možností stýkají a rodičům pomáhají i přes celkovou vzdálenou. Oba synové žijí mimo Blansko. Jeden syn žije a pracuje v Praze a druhý syn v Německu.

Pan Z. se s rodiči staral o malé hospodářství, ale také se velice aktivně věnoval sportu. Především gymnastice v Sokole Bořitov, hokeji v oddíle Černá Hora a také volejbalu. Pan Z. byl velice sportovně založený.

V roce 2000 začala manželka u pana Z. pozorovat změny v chování a myšlení. Zrovna opravovali domeček, který pan Z. zdědil po své tetě. Koupili si novou kuchyni a manželka zpozorovala, že pan Z. si neví rady se sestavením kuchyně. Nevěnovala tomu moc velkou pozornost.

Jednou společně se synem hráli společenskou hru Scrabble a pan Z. začal skládat celé věty namísto slov. Nechtěl si nechat vysvětlit, že se musí skládat jen slova. To už bylo impulsem pro syna a zajistit potřebná vyšetření na neurologickém odd. v Brně.

Při návštěvě odborné lékařky absolvoval potřebná vyšetření a byla stanovena diagnóza. Manželka o onemocnění manželka nedostala potřebné informace, které by jí pomohli pochopit tuto nemoc. Sama musela požádat o informace, brožúrky a zakoupila si odbornou knížku. V pochopení manželovi nemoci ji velmi pomohl syn, který zajistil potřebný

materiál z internetu. Dostali několik kontaktů na stacionáře v Brně, ale problém byl ve vzdálenosti. Manželka si přála, aby pan Z. byl mezi lidmi, kteří mají stejné onemocnění. Bohužel v místě bydliště žádný stacionář nebyl a dosud není.

Od roku 2005 se začalo onemocnění projevovat stále více. I když manželka pan Z. posílala na malé nákupy, snažil se číst a studovat knihy. Výsledek byl takový, že pan Z. se vrátil bez nákupu, u knih spíš pospával a nevěděl co vlastně čte. Několikrát se ztratil a manželka za pomoci známých a policie pana Z musela hledat. Nedokázal se vrátit zpět domů.

Veškeré aktivity, které společně s manželkou měli museli přerušit. Rádi chodili do divadla a navštěvovali se s přáteli. Kontakt s přáteli se omezil, ale někteří byli velice ochotní pomoci.

V roce 2009 bylo požádáno o příspěvek na péči a panu Z. přiznán III. stupeň z důvodu soustavného dohledu a péče druhé osoby – manželky.

Péče o pana Z. byla pro manželku velice náročná. Vyžadoval 24 – hodinovou péči. Potřeboval pomoci s oblékáním, nachystání jídla, doprovod na toaletu. Začali problémy s komunikací – přestal mluvit, pouze občas krátká slova nebo věty. Nemohl zůstat sám bez dozoru druhé osoby. Pokud manželka potřebovala k lékaři, musela zajistit hlídání. S péčí o manžela ji pomohla dlouholetá sousedka, která vždy ochotně pomohla. Pan Z. stále byl s manželkou.

Pan Z. byl stále více bezpomocný. Plakal a chtěl po manželce, aby ho zavezla do jeho rodné vesnice za maminkou, která už nežila.

Velký zvrat nastal, když manželka pan Z. si zlomila nohu. V tu chvíli péče o manžela nebyla možná. V prvních dnech ji pomohl syn, který přijel z Německa a zařídil veškeré dostupné sociální služby. Pečovatelská služba začala dovážet obědy. Pravidelně 3krát denně docházela pečovatelka. Manželka si přála, aby se pečovatelky nestřídali, protože měla obavu, že neustále střídání pečovatelek by manželka mohlo velice rozrušit. Vždy ji ze strany sociálních služeb ochotně vyhověli. Se službami byla velice spokojená.

Synové začali naznačovat možnost umístění do pana Z. do pobytového zařízení sociálních služeb. Manželka nechtěla pan F. opustit, chtěla se o něj pořád starat, ale věděla, že jí to může stát zdraví. Více méně synové rozhodli za ni a pana F. umístili v blízkosti bydliště do zařízení.

Pan Z. byl umístěn do zařízení sociálních služeb v říjnu 2011. Začátky pro pana Z. v zařízení byli velice těžké. Začala se projevovat agresivita, ale ta se časem vytratila. Pan Z. je pasivní a nekomunikuje. Jinak je mobilní bez pomoci druhé osoby. Vyžaduje celodenní komplexní péči druhé osoby. Manželka ho navštěvuje pravidelně, ale doposud se nedokázala smířit, že manžel je umístěn v zařízení sociálních služeb.

Rozhovory

Na základě zjištění potřebných informací v rozdílech a kvalitě péče v domácím prostředí, pečovatelské a pobytové službě budou dohromady vedeny 3 rozhovory s rodinným příslušníkem, vedoucí přímé obslužné péče v zařízení sociálních služeb pečující o seniory a vedoucí pečovatelské služby. Pro každého bylo přesně vymezeno 15 otázek.

Rozhovor s rodinným příslušníkem pečující o seniora s demencí

Manželka pečuje o manžela, který trpí Alzheimerovou chorobou

1. Kdy jste začala pozorovat změny v chování Vašeho manžela?
2. Byl pro Vašeho manžela dostupný odborný lékař?
3. Měla jste dostatek informací o onemocnění Vašeho manžela nebo jste musela sama vyhledat odbornou pomoc? (poradna nebo jiné odborné centrum)
4. Bylo nutné změnit životní styl a přizpůsobit se manželovi?
5. Využíváte některé dostupné služby ve Vašem místě bydliště? (charita, pečovatelská služba, odlehčovací služba,...)
6. Máte podporu ze strany rodiny?
7. Navštěvuje Vás rodina často?
8. Neztratila jste kontakt se svým okolím – přáteli?
9. Udělala jste si někdy jen čas sama pro sebe a své zájmy?
10. Cítila jste se někdy vyčerpaná a bezradná?
11. Myslela jste někdy na to, že manžela umístíte do sociálního zařízení, které mu poskytne odbornou a kvalitní péči? Při jaké situaci Vás to napadlo?
12. Kdy začalo být aktuální řešit otázku umístění manžela do sociálního zařízení bylo pro Vás důležité, aby s rozhodnutím souhlasila celá rodina?
13. Co bylo rozhodující pro výběr sociálního zařízení?
14. Myslíte si, že je manžel spokojený v zařízení?
15. Jste spokojena s péčí o manžela v zařízení a doporučila by jste zařízení i ostatním rodinám?

Rozhovor s vedoucí přímé obslužné péče v domova se zvláštním režimem

1. Mají Vaši zaměstnanci – pečovatelé dostatek informací o uživatelích o které pečují?
2. Mají možnost dalšího vzdělávání a dostupnou odbornou literaturu?
3. Přizpůsobujete denní program – harmonogram práce nebo se přizpůsobíte uživatelům?
4. Kolik uživatelů má pečovatelka na starosti ve dne.
5. Jste ze strany ošetřovatelského personálu informováni o zdravotním stavu každého uživatele?
6. Jak zjišťujete přání do individuálního plánu, když většina uživatelů trpící demencí má problém s komunikací?
7. Má rodina možnost se zapojit s Vámi do péče?
8. Jak v současné době máte zabezpečeno personální pokrytí během dne a noci?
9. Potýkáte se při poskytování služby s nějakými problémy, překážkami v péči?
10. Co je z Vašeho pohledu to nejdůležitější pro seniora a jeho rodinu?
11. Jakou formou zajišťujete zpětnou vazbu od uživatele nebo jeho rodiny?
12. Jakým způsobem zvyšujete kvalitu poskytovaných služeb?
13. Jaké je podle Vás ideální personální pokrytí pro Vaše uživatele při současné kapacitě zařízení?
14. Stalo se Vám někdy, že si rodina ztěžovala na špatnou péči o svého blízkého.
15. Jakým způsobem prezentujete Vaše zařízení?

Rozhovor s vedoucí pečovatelské služby města Blansko

1. Stoupl počet seniorů s demencí, kterým poskytujete péči?
2. Využívají Vaše služby rodinní příslušníci, kteří se starají o svého blízkého nebo spíše dávají přednost domácí péči?
3. Jaká je dosažitelnou Vašich služeb?
4. Jaké služby poskytujete?
5. Dokáže poskytnou informace Vaším klientům o ostatních dostupných službách v okolí ?
6. Kolik máte v současné době klientů, kteří trpí demencí a pečujete o ně?
7. Máte dostatečně proškolený personál na péči o seniory s demencí?
8. Jste v současné době schopni pokrýt požadavky a počet klientů?
9. Myslíte si, že máte v terénních službách rezervy?
10. Využívají klienti Vaše služby nebo spíše preferují umístění v pobytovém sociálním zařízení?
11. Jaký je faktor, že klienti nechtějí využívat Vaše služby?
12. Je třeba přijmout více pečovatelů nebo i vyšší vzdělaný personál pro poskytování a rozšíření služeb?
13. Jsou klienti schopni si připlatit za nadstandardní služby?
14. Spolupracujete s jinými institucemi, které poskytují podobné služby?
15. Jste schopni poradit rodinnému příslušníkovi v péči o svého blízkého, který trpí demencí?

6.4 Analýza a prezentace získaných výsledků

Vyhodnocení případových studií

Napsáním případových studií jsem se snažila upozornit na základní kategorie týkající se péče o seniory s demencí v domácím prostředí a později umístění do zařízení sociálních služeb pro seniory. Uvedené kategorie se týkají seniora, příznaky a progresse onemocnění, adaptace na prostředí, rodinné vztahy, soběstačnost, aktivity, změna kvality života, počátky onemocnění projevující se v chování, informovanost o onemocnění. Vzájemné vztahy rodiny v době péče o seniora s demencí, podpora rodiny, využití sociálních služeb.

Informace jsem získávala postupně z rozhovorů s rodinnými příslušníky, kteří napsali několik informací o životě jejich rodinných příslušníků. Na základě své dlouholeté praxe v zařízení sociálních služeb jsem zpracovala 2 případové studie seniorů, kteří byli přijati z domácího prostředí. Nastal u nich velký zvrat v onemocnění demence, v péči ze strany rodiny a adaptace v zařízení. Na nichž bych chtěla poukázat na extrémní péči o seniory trpící demencí a naopak na velice obětavou a trpělivou péči ze strany rodinných příslušníků. V jedné případě jde o velice extrémní domácí péči, která vyvrcholila až v týrání seniora (neuspokojování základních lidských potřeb, finanční využívání).

- **příznaky onemocnění** – základním příznakem onemocnění jsou především poruchy paměti, často doprovázené dezorientací v místě, čase i osobou, dochází zde ze strany okolí k nepochopení. Případová studie č. 2 – pan Z. se ztratil a nedokázal se vrátit zpět domů, nevěděl si rady se sestavením kuchyně i když byl velice zdatný mechanik a vše dokázal opravit, zapomněl nákup v obchodě. Také zde dochází k poruchám chování.
- **informace o onemocnění** – jsem přesvědčená, že informace o onemocnění jsou velice zásadní pro rodinu. Z obou případových studií vyplývá nedostatek informací. Časté nepochopení, nerozpoznání příznaků onemocnění. Případová studie č. 1 – Paní M. přebírala důchod a příspěvek na péči dcera, byl to pro ni dobrý zdroj financí. Paní M. sama neměla na výběr a byla závislá na péči dcery. Dcera ji kvalitní péči neposkytovala. Případová studie č. 2 - Manželka se musela sama zeptat ošetřující lékařky na informace týkající se onemocnění a dále si zakoupila odbornou knihu. Nejvíce pomohli synové.

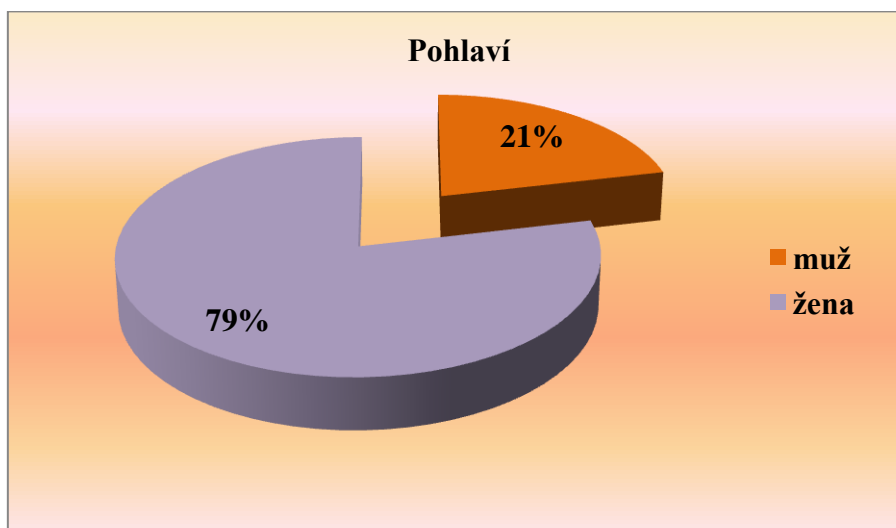
- **progrese onemocnění** – u každého onemocnění probíhá velice individuálně. Záleží na vhodně zvolené léčbě, medikaci a hlavně přesné diagnóze. Včasné rozpoznání onemocnění v průběhu hraje také velkou roli. Případová studie č. 1 – mírnější progrese, nezájem rodiny, pouze vnuk se začal zajímat o příznaky a zhoršený zdravotní stav paní M., progrese onemocnění v případě paní M. nastal po operaci při celkové narkóze.
- **změna kvality života** – onemocnění se projevuje na kvalitě života jak nemocného tak pečujícího. Především zasahuje složku sociální, ale i fyzickou a psychickou. Případová studie č. 2 – manželka přizpůsobila život panu Z., omezení styku s přáteli, neustále doma. Případová studie č. 1 – nastala sociální izolace od společnosti i některé rodiny, stále byla osamocena, bez uspokojených základních potřeb. Kvalita života k dobrému se změnila až s umístěním do zařízení sociálních služeb.
- **adaptace na prostředí** – z uvedených případových studií vyplývá porucha adaptace. Poruchy adaptace můžeme především rozpoznat při změně prostředí. V obou případových studiích se ukazuje porucha adaptace a to především při přechodu z domácího prostředí do zařízení sociálních služeb. Pan Z. byl závislý na přítomnosti manželky. Po přijetí do zařízení byl agresivní a dezorientovaný. Paní M. ze začátku byla dezorientovaná a pasivní. Nechtěla se zúčastnit nabízených aktivit.
- **rodinné vztahy** – zde se jedná především o vztahy rodiny k nemocnému. Případová studie č. 1 – Zde jsou rodinné vztahy plně uspokojovány. Manželka dochází pravidelně na návštěvy do zařízení. Synové se snaží navštěvovat dle svých možností. Pana Z. navštěvuje také bratr a švagrová. Případová studie č. 2 – typickým příkladem z praxe je paní M. Návštěvy jsou zde pravidelné ze strany vnuka. Obě dcery navštěvují paní M. jen zřídka. Pravidelné návštěvy ze strany dcer probíhali pouze ze začátku.

Dotazníkové šetření

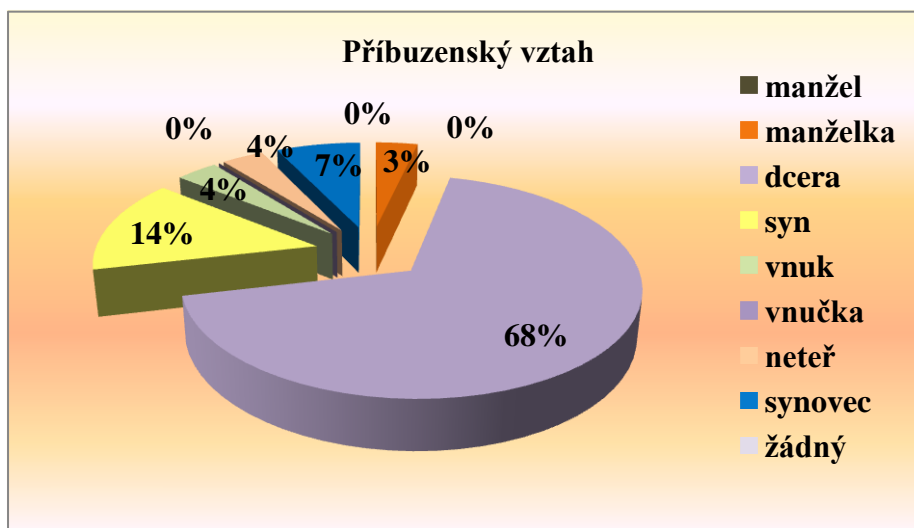
V dotazníkovém šetření bylo celkem osloveno 40 respondentů – rodinných příslušníků, kteří mají svého příbuzného umístěného v pobytovém zařízení sociálních služeb. Dotazník je zaměřen na kvalitu péče v pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Výsledky jednotlivých otázek jsem zanesla do výšečových grafů. Výsledky v grafech jsou pro lepší přehlednost uváděny v procentech.

Rozdala jsem celkem 40 dotazníků. Vrátilo se 28 dotazníků a budu tedy pracovat s 28 respondenty- rodinnými příslušníky. Z celkového počtu respondentů 79% (22 respondentů) žen a 21% (6 respondentů) mužů. Největší zastoupení příbuzenského vztahu jsou 68% dcery (19 respondentů).

Graf č. 1

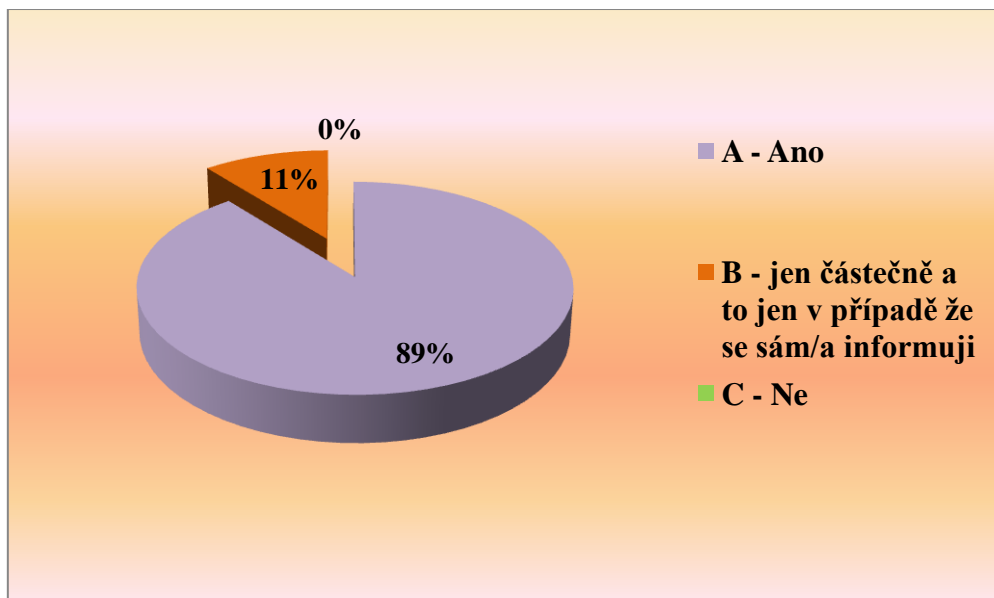


Graf č. 2



Otázka č. 1 Myslíte si, že máte dostatečné informace o péči Vašeho blízkého?

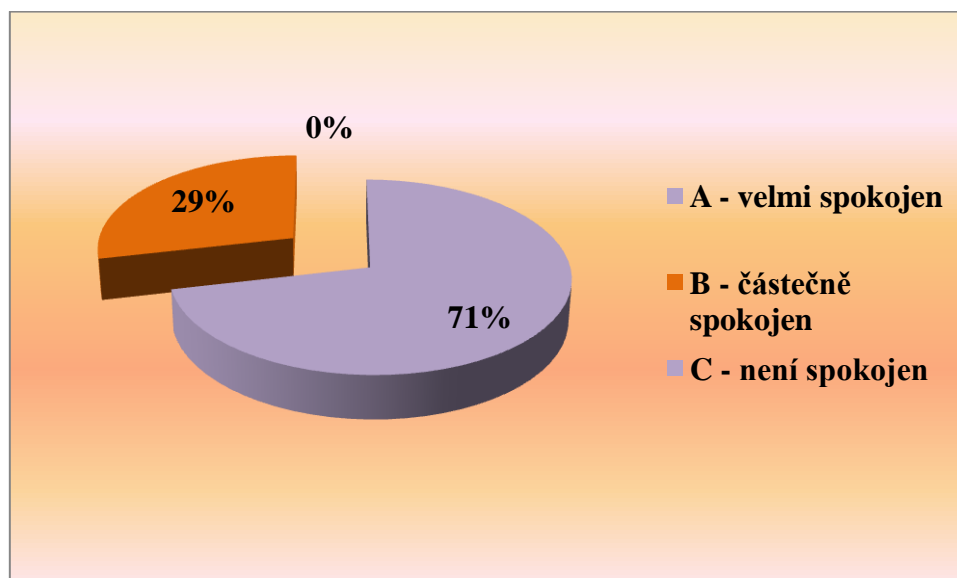
Graf č. 3



Dostatečné informace o péči svého blízkého má 89% (25) rodinných příslušníků, 11% (3) mají pouze částečné informace a to jen v případě pokud se sami informují.

Otázka č. 2 Myslíte si, že je v zařízení Váš blízký spokojený?

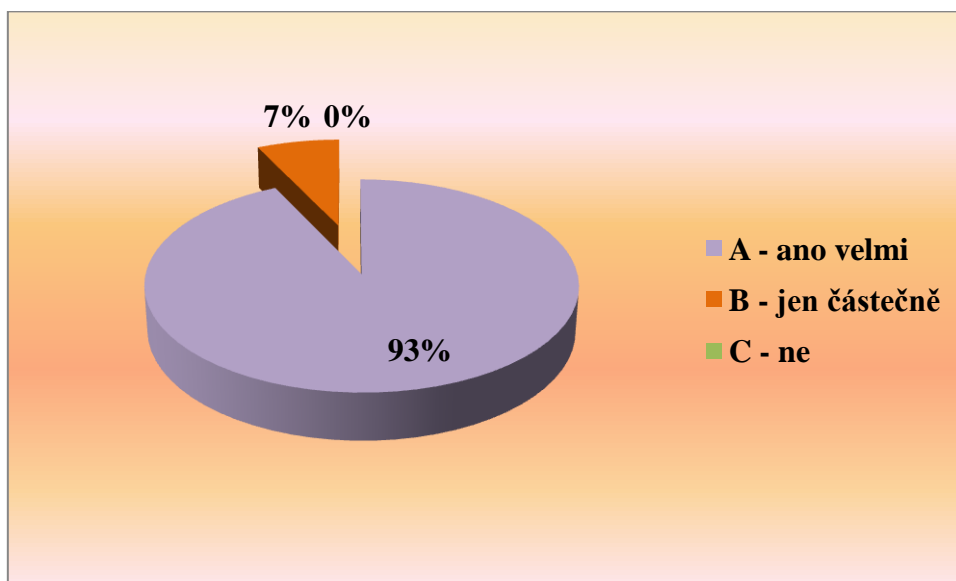
Graf č. 4



71% (20) rodinných příslušníků si myslí, že jejich blízký je v zařízení velmi spokojen. 29% (8) rodinných příslušníků odpovědělo, že je částečně spokojen. Nikdo z rodinných příslušníků si nemyslí, že jejich rodinný příslušník není v zařízení spokojen.

Otázka č. 3 Myslíte si, že personál pečující o Vašeho blízkého je dostatečně kvalifikovaný?

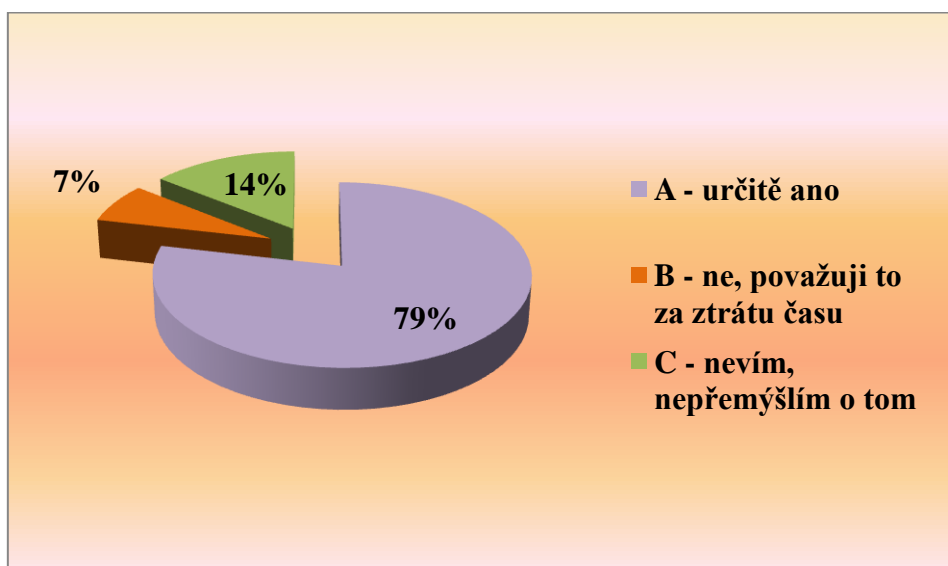
Graf č. 5



93% (26) rodinných příslušníků uvedlo, že pečující personál je velmi kvalifikovaný a pouze 7% (2) uvedlo jen částečně.

Otázka č. 4 Ovlivňují nabízené volnočasové aktivity v zařízení kvalitu života Vašeho blízkého?

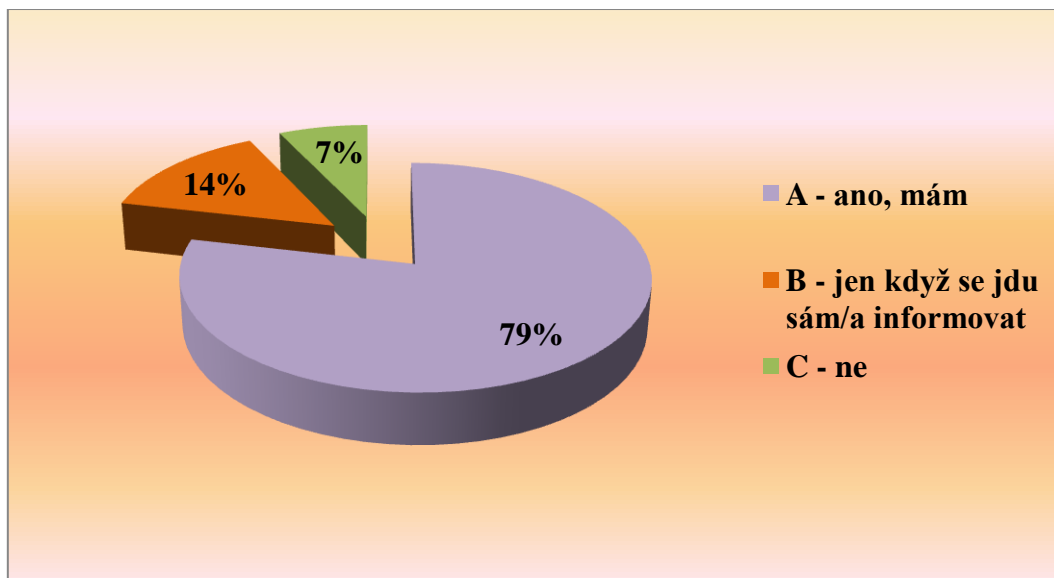
Graf č. 6



79% (22) rodinných příslušníků si myslí, že nabízené aktivity určitě ovlivňují kvalitu života seniora. Pouze 7% (2) považuje aktivity za ztrátu času. 14% (4) neví, nepřemýšlí o tom.

Otázka č. 5 Máte, dostatečné informace o změnách zdravotního stavu svého blízkého?

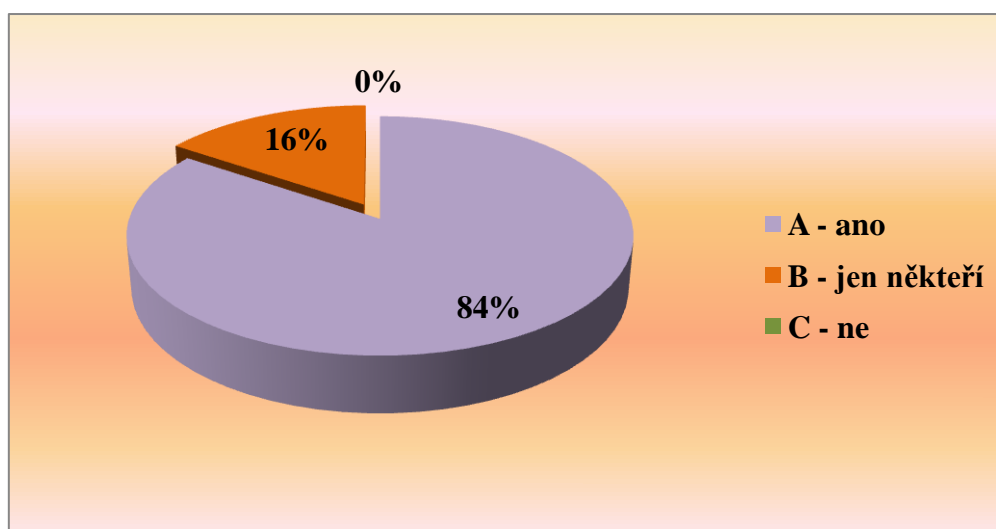
Graf č. 7



79% (22) rodinných příslušníků má vždy dostatečné informace o změnách zdravotního stavu, 14% (4) má informace pokud se sami zeptají. 7% (2) nemá žádné informace.

Otázka č. 6 Myslíte si, že personál pečující o Vašeho blízkého využívají Vaše informace o dřívějším životě, práci, dětství, koníčky, jaké jídlo a pití má rád?

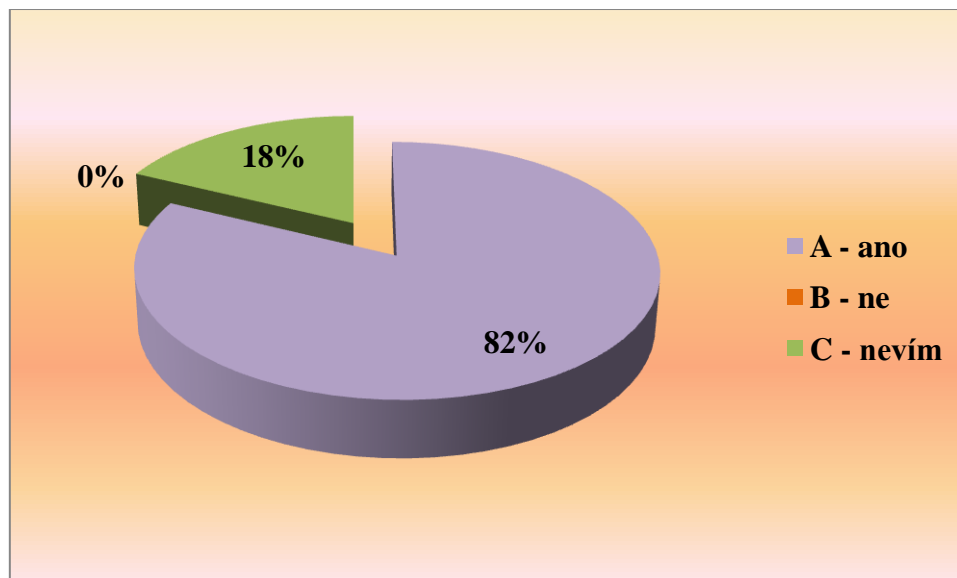
Graf č. 8



84% (23) rodinných příslušníků uvedlo, že pečující personál využívá veškeré jejich informace o dřívějším životě seniora. 16% (5) uvedlo jen někteří pečující.

Otázka č. 7 Dodržuje personál pečující o Vašeho blízkého jeho soukromí?

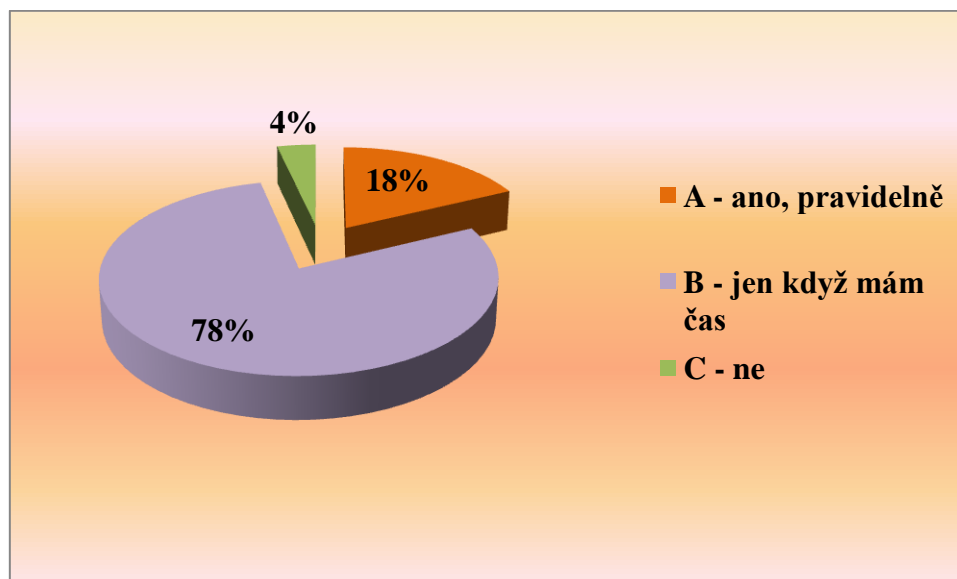
Graf č. 9



82% (23) rodinných příslušníků si myslí, že personál dodržuje soukromí seniora a 18% (5) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 8 Máte možnost nebo je Vám nabízena spolupráce na péči o Vašeho blízkého (např. koupání, oblékání, krmení, atd.)

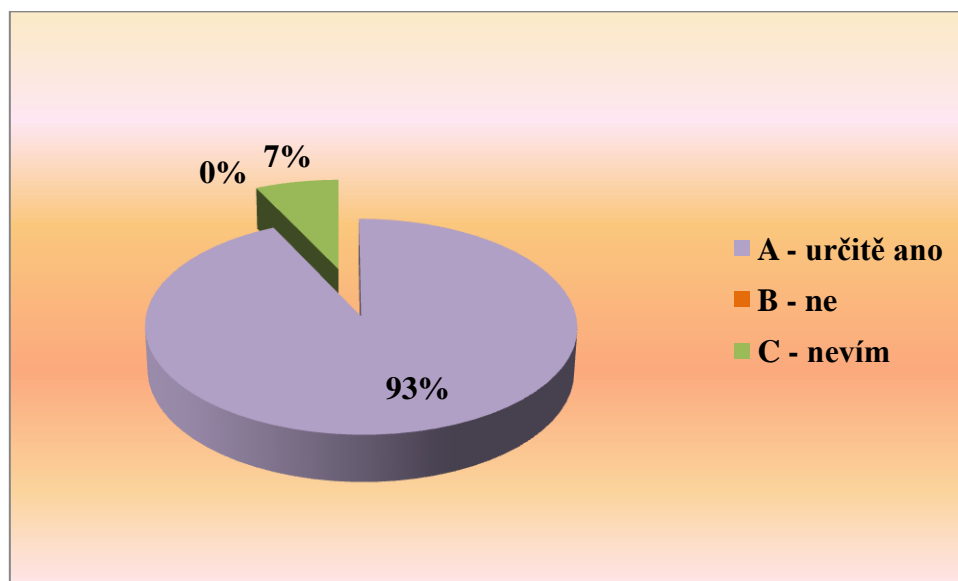
Graf č. 10



78% (22) rodinných příslušníků se účastní pouze ve volném čase. Pravidelně pečuje o svého blízkého 18% (5) a 4% (1) rodinných příslušníků uvedlo, že tu možnost nemá.

Otázka č. 9 Doporučili byste zařízení sociálních služeb pro seniory svým známým, příbuzným, kteří pečují o seniora s demencí?

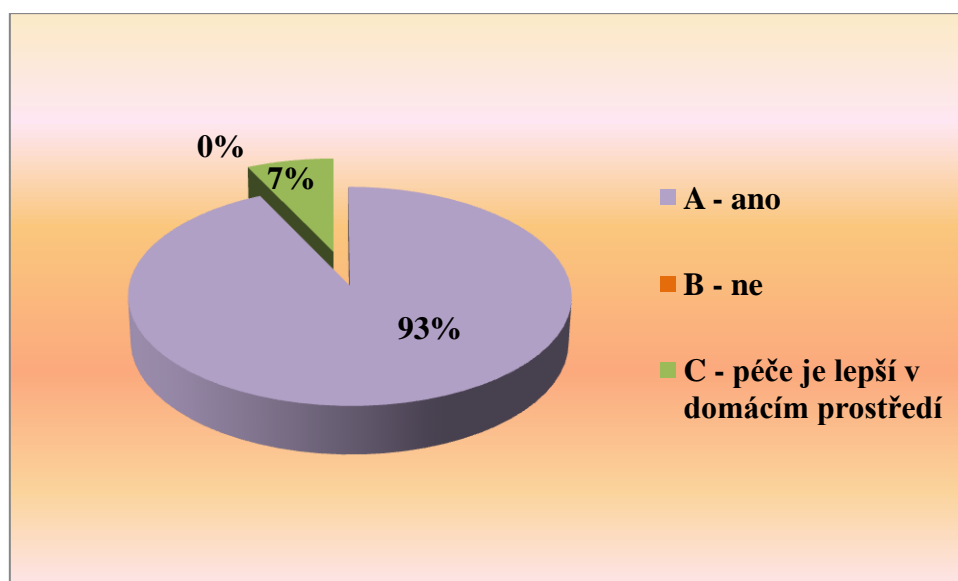
Graf č. 11



Zařízení sociálních služeb pro seniory by doporučilo 93% (26) rodinných příslušníků. 7% (2) neví.

Otázka č. 10 Myslíte si, že péče poskytovaná v zařízení je na vysoké úrovni než byla poskytnuta v domácím zařízení?

Graf č. 12



Vysokou úroveň poskytované péče v zařízení sociálních služeb pro seniory uvedlo 93% (26) rodinných příslušníků. Pouze 7% (2) si myslí, že lepší je péče v domácím prostředí.

Rozhovory

Na základě provedených rozhovorů s rodinným příslušníkem, vedoucí přímé obslužné péče v zařízení sociálních služeb pro seniory a vedoucí pečovatelské služby bylo zjištěno, že v současné době převažuje problém nedostatku personálu pečující o seniory s demencí. Zásadním faktorem nedostatku personálu je málo financí od zřizovatelů sociálních služeb.

Hlavním cílem rozhovorů bylo přiblížit problematiku péče o seniory s demencí a zjistit tak rozdíly poskytované péče sociálních služeb a domácí péče. Dalším zásadním problémem v poskytování péče je nedostatek financí seniorů a pečujících rodinných příslušníků. Za zásadní zjištěnou informaci z rozhovorů považuji kvalitní poskytování péče profesionálních pečovateli. Z rozhovoru s rodinným příslušníkem vyplynulo, že rodiny nemají dostatek potřebných informací o onemocnění. Sami se musí zeptat nebo zajistit potřebnou odbornou literaturu. V každém rozhovoru bylo stanoveno 15 uzavřených otázek. Odpovědi k rozhovorům jsou uvedené níže.

Rozhovor s rodinným příslušníkem pečující o seniora s demencí

1. Kdy jste začala pozorovat změny v chování Vašeho manžela?

V roce 2000 jsem začala pozorovat změny v chování svého manžela. Dříve velice technicky zdatný – nevěděl si rady se sestavením kuchyně dle návodu. Ve hře Scrabble chtěl používat celé věty namísto slov. Začal si dělat značky v kalendáři, aby věděl, který je den. Pročítal si angličtinu pro samouky. Myslela jsem si že studuje, ale pospával. Nevěděl, co čte. Zapomněl odčítat.

2. Byl pro Vašeho manžela dostupný odborný lékař?

V roce 2005 jsme navštívili odborné neurologické oddělení. Absolvoval potřebná vyšetření, testy ke stanovení diagnózy.

3. Měla jste dostatek informací o onemocnění Vašeho manžela nebo jste musela sama vyhledat odbornou pomoc? (poradna nebo jiné odborné centrum)

Požadované informace o nemoci jsem musela lékařku požádat. Zakoupila jsem si odbornou knihu a syn vytisknul z internetu informace o onemocnění. Ze strany lékařky mi byly nabídnuty kontakty na stacionář, ale nebylo možné manžela dopravovat do stacionáře, protože nebyl v místě bydliště.

4. *Bylo nutné změnit životní styl a přizpůsobit se manželovi?*

Změna životního stylu byla velice zásadní. Manžel vyžadoval 24-hodinovou péči a stálý dohled druhé osoby. Stále vyžadoval moji přítomnost. Pokud jsem potřebovala k lékaři. Musela jsme požádat sousedku o pomoc.

5. *Využíváte některé dostupné služby ve Vašem místě bydliště? (charita, pečovatelská služba, odlehčovací služba,...)*

Při stále se zhoršujícím zdravotním stavu manžela jsem využila veškeré dostupné terénní služby, které byly k dispozici v místě bydliště – pečovatelská služba dovážela obědy a odlehčovací služba zajišťovala hygienu, oblékání, podávání léků, rehabilitaci a další úkony spojené s péčí o manžela.

6. *Máte podporu ze strany rodiny?*

Z důvodu toho, že synové bydlí daleko jsem měla od nich především morální podporu – hodně jsme si telefonovali.

7. *Navštěvuje Vás rodina často?*

Rodina se nás snaží navštěvovat dle svých možností.

8. *Neztratila jste kontakt se svým okolím – přáteli?*

Kontakt s přáteli se velmi omezil. Navštěvuje nás pouze přítelkyně žijící v místě bydliště. Pomohla mi s péčí o manžela.

9. *Udělala jste si někdy jen čas sama pro sebe a své zájmy?*

Všechny své zájmy jsem musela přerušit. Ráda jsem navštěvovala divadlo společně s manželem. Jezdili jsme na dovolenou. S přáteli jsem se setkávali vždy na narozeninových oslavách. Čas na sebe si pouze udělám, když jdu k lékaři nebo ke kadeřnici. Snažila jsem se být co nejvíce s manželem.

10. *Cítila jste se někdy vyčerpaná a bezradná?*

Vyčerpaná jsem byla soustavně – noční vstávání, dennodenní praní prádla, hygiena, oblékání. Bezradnou jsem byla vždy, když manžel plakal a chtěl, abych ho zavezla za maminkou, která už dávno nežije.

11. Myslela jste někdy na to, že manžela umístíte do sociálního zařízení, které mu poskytne odbornou a kvalitní péči? Při jaké situaci Vás to napadlo?

Na umístění v sociálním zařízení jsem nikdy nemyslela. Na doporučení ošetřujících lékařky a po domluvě se syny padala žádost do pobytového zařízení sociálních služeb.

12. Kdy začalo, být aktuální řešit otázku umístění manžela do sociálního zařízení bylo pro Vás důležité, aby s rozhodnutím souhlasila celá rodina?

Umístění do zařízení jsme začali zvažovat, když jsem si zlomila nohu. Nemohla jsem o manžela řádně pečovat. Synové o umístění manžela rozhodli více měně za mě.

13. Co bylo rozhodující pro výběr sociálního zařízení?

Důležité bylo, aby zařízení bylo v místě bydliště a kladné reference. Prostředí zařízení jsem znala osobně velmi dobře z návštěv své známé.

14. Myslíte si, že je manžel spokojený v zařízení?

Teď si myslím, že je manžel spokojený. První týdny byly velice těžké jak pro manžela tak pro mě. Byl agresivní, neklidný a nespokojený. Jeho stav se časem zlepšil, ale důsledkem progresu nemoci mě nepoznává. Neví, že jsem jeho manželka. Nepoznává už ani své syny a vnoučata. Snažím se manžela pravidelně navštěvovat a komunikovat s ním. Komunikace s manželem je velice obtížná a náročná. Občas ze sebe vydá slovo a to je veškerá komunikace mezi námi. Myslím si, že alespoň cítí moji blízkost a ve svém nitru ví, že jsme jeho manželka.

15. Jste spokojena s péčí o manžela v zařízení a doporučila by, jste zařízení i ostatním rodinám?

Péče je na velmi vysoké a profesionální úrovni. Přístup pečujícího personálu je vstřícný, individuální, empatický, ochotný a citlivý. Zařízení má nejmodernější vybavení a využívá moderní trendy v péči o seniory s demencí. Zařízení mohu doporučit všem, kteří pečují o své blízké s demencí.

Rozhovor s vedoucí přímé obslužné péče v zařízení sociálních služeb pro seniory

1. *Mají Vaši zaměstnanci – pečovatelé dostatek informací o uživatelích, o které pečují?*

Při nástupu nového uživatele do zařízení mají pečovatelé k dispozici monitoring denních činností, ve kterém jsou uvedeny návyky a zvyky uživatele. Důležitou součástí informací o uživateli je životní příběh od rodiny. V průběhu péče jsou to informace získané pozorováním a předáváním si informací mezi pečovateli v průběhu adaptace uživatele.

2. *Mají možnost dalšího vzdělávání a dostupnou odbornou literaturu?*

V zařízení máme vždy aktuální knihy s odbornou literaturou, kterou si mohou všichni zaměstnanci zapůjčit. Každý zaměstnanec má vlastní vzdělávací individuální plán, na který se zaznamenávají oblasti, které je třeba rozvíjet. Semináře jsou pořádány v zařízení nebo zaměstnanci jsou vysláni do jiných míst.

3. *Přizpůsobujete denní program – harmonogram práce nebo se přizpůsobíte uživatelům?*

Harmonogram práce a vůbec celý rytmus dne je přizpůsoben individuálním potřebám uživatelů.

4. *Kolik uživatelů má pečovatelka na starosti ve dne.*

V ideálním případě je v zařízení 1 pečovatelka na 2,1 uživatelů. Celková kapacita našeho zařízení pro seniory s demencí je 34 uživatelů. Zařízení je rozděleno na dvě oddělení – 1. odd. – 12 uživatelů, 2.odd. 22 uživatelů. Na denní službu na odd. 1 jsou 2 – 3 pečovatelky a totéž na odd. 2. Při noční službě je přítomna vždy 1 pečovatelka na každém oddělení.

5. *Jste ze strany ošetřovatelského personálu informováni o zdravotním stavu každého uživatele?*

V podstatě ano. Nemáme přesné diagnózy, ale víme, jak máme o daného uživatele pečovat.

6. *Jak zjišťujete přání do individuálního plánu, když většina uživatelů trpící demencí má problém s komunikací?*

Z životního příběhu, monitoringu denních činností, pozorováním, rozhovoru s uživatelem a rodinou, vciťováním se. Ve většině případů je individuální plán zaměřen na podporu, pomoc a péči udržení soběstačnosti v základních potřebách seniora.

7. *Má rodina možnost se zapojit s Vámi do péče?*

Rodina má možnost se zapojit do péče. Máme stanovená přesná pravidla pro spolupráci s rodinou. Této možnosti využívá velice málo rodin.

8. *Jak v současné době máte zabezpečeno personální pokrytí během dne a noci?*

V současné době je personální pokrytí na hranici. Potřebovali bychom dva pečovatele, ale z důvodu nedostatku financí nebyl požadavek schválen.

9. *Potýkáte se při poskytování služby s nějakými problémy, překážkami v péči?*

Překážkami v péči v současné době jsou uživatelé, kteří nemají příspěvek na péči a nevhodně zasahují do péče. Zařízení pro seniory bylo dříve určeno pro schopné uživatele.

10. *Co je z Vašeho pohledu to nejdůležitější pro seniora a jeho rodinu?*

Nejdůležitější je nepřerušování vztahu mezi seniorem a jeho rodinou, dobrá komunikace a spolupráce s personálem.

11. *Jakou formou zajišťujete zpětnou vazbu od uživatele nebo jeho rodiny?*

Ve většině případů jsou to rozhovory a dotazníková šetření.

12. *Jakým způsobem zvyšujete kvalitu poskytovaných služeb?*

Vzděláváním, zabezpečením pomůcek, které usnadňují práci pečovatelů a chrání uživatele.

13. *Jaké je podle Vás ideální personální pokrytí pro Vaše uživatele při současné kapacitě zařízení?*

Nejlépeší personální pokrytí, by bylo kdybychom měli o 2 pečovatelky navíc v zařízení.

14. Stalo se Vám někdy, že si rodina ztěžovala na špatnou péči o svého blízkého.

Ano, ale vše bylo vysvětleno ke spokojenosti rodiny.

15. Jakým způsobem prezentujete Vaše zařízení?

Internetové stránky, časopisy, letáky, rodiny, přátelé, zaměstnanci, praktikanti a zaměstnanci z jiných zařízeních. Často pořádáme různé kurzy přímo u nás v zařízení. Jednou ročně je celostátní týden sociálních služeb a máme den otevřených dveří pro veřejnost. K dispozici jsou zde prohlídky po domluvě se sociální pracovníci.

Rozhovor s vedoucí pečovatelské služby

1. *Stoupl počet seniorů s demencí, kterým poskytujete péči?*

Počet seniorů s demencí rok od roku v terénních i ambulantních službách přibývá.

2. *Využívají Vaše služby rodinní příslušníci, kteří se starají o svého blízkého nebo spíše dávají přednost domácí péči?*

Rodinní příslušníci starající se o své blízké naše služby intenzivně využívají. Jsme nápomocni i v oblasti sociálního poradenství. Terénní služby o seniory s demencí, by bylo velmi obtížné poskytovat bez spolupráce rodiny.

3. *Jaká je dosažitelnou Vašich služeb?*

V současné době se pohybujeme na hranici kapacity, ale prozatím jsou naše služby dosažitelné klientů dle nastavených pravidel „standardů“ pro poskytování sociální služby.

4. *Jaké služby poskytujete?*

Poskytujeme pečovatelskou službu a odborné sociální poradenství.

5. *Dokáže poskytnou informace Vaším klientům o ostatních dostupných službách v okolí ?*

V současné době realizujeme případové konference. Snažíme se poskytnout klientům i jejich rodinným příslušníkům poradenství. A to jak z pohledu registrovaných sociálních služeb a jejich nabídky, tak služby přímo zprostředkovat.

6. *Kolik máte v současné době klientů, kteří trpí demencí a pečujete o ně?*

V současné době se staráme cca o 460 klientů, z toho 10 % cca 50 klientů trpí kognitivními poruchami. Téměř polovina jich žije na domech s pečovatelskou službou.

7. *Máte dostatečně proškolený personál na péči o seniory s demencí?*

Pracovníci se průběžně proškolují v rámci seminářů, probíhají případové supervize a snažíme se i v oblasti edukace rodin předcházet některým úskalím, která tato onemocnění způsobují. Spolupracujeme s psychiatry a psychology.

8. *Jste v současné době schopni pokrýt požadavky a počet klientů?*

Z pohledu počtu pracovníků službu jsou naše kapacity pro tak náročnou péči nedostačující. Využíváme pracovníků na dohodu o pracovní činnosti a částečně studentů VŠ, VOŠ a zdravotnických škol.

9. *Myslíte si, že máte v terénních službách rezervy?*

Nemyslím si, že bychom měli rezervy, díky efektivnímu individuálnímu plánování poskytovaných služeb poskytujeme kvalitní služby.

10. *Využívají klienti Vaše služby nebo spíše preferují umístění v pobytovém sociálním zařízení i když sami víte, že by prozatím mohl zůstat v domácím prostředí.*

V některých komplikovaných případech nestačí terénní sociální služby pokrýt všechny specifické potřeby těchto klientů. Klienti nemají na úhradu dohledu 24 hodin denně s úhradou 85,- Kč / hod, proto raději podají žádost do pobytového zařízení sociálních služeb.

11. *Jaký je faktor, že klienti nechtějí využívat Vaše služby?*

Klienti se specifickými problémy preferují komplexní služby zdravotně sociální. Tyto komplexní služby poskytují pobytová zařízení

12. *Je třeba přijmout více pečovatelů nebo i vyšší vzdělaný personál pro poskytování a rozšíření služeb?*

S ohledem na demografický vývoj a připravenou vlnu transformací v oblasti pobytových služeb, předpokládáme potřebu personálního rozšíření a to jak sociálních pracovníků, tak i pečovatelů, což z mého pohledu přispěje ke zkvalitnění v zajištění sociální služby. V současné době vidím posun v oblasti vzdělávání i myšlení lidí pracujících v sociálních službách.

13. *Jsou klienti schopni si připlatit za nadstandardní služby?*

Velmi zřídka jsou ochotni a schopni si doplatit za nadstandardní služby. 12% našich klientů má příjem pod 10.448,- Kč.

14. *Spolupracujete s jinými institucemi, které poskytují podobné služby?*

V rámci vybudované sítě spolupracujeme se všemi poskytovateli v síti sociálních služeb nejen na území ORP, ale i v rámci ČR.

15. *Jste schopni poradit rodinnému příslušníkovi v péči o svého blízkého, který trpí demencí?*

Ve spolupráci s organizacemi, které se zaměřují na podporu pečujících rodin se provádí poradenství také v oblasti péče o osoby s demencí. V loňském roce probíhaly semináře zaměřené na edukaci těchto pečujících rodin.

Hypotézy

Na základě získaných výsledků výzkumu lze konstatovat, že mnou stanovené hypotézy byly z více jak poloviny potvrzeny. Všechny uvedené hypotézy vyplynuly z dotazníkového šetření a rozhovoru provedené s rodinnými příslušníky seniorů s demencí.

H₁ Předpokládám, že lze zajistit kvalitní péči seniorovi s demencí v domácím prostředí bez pomoci sociálních služeb.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že kvalitní péči v domácím prostředí nelze zajistit bez pomoci sociálních služeb. Hypotéza se tedy nepotvrdila.

H₂ Předpokládám, že rodinní příbuzní mají dostatek informací o onemocnění a péči svého příbuzného v zařízení sociálních služeb.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že rodinní příbuzní mají dostatek potřebných informací o onemocnění svého příbuzného v zařízení sociálních služeb. Hypotéza se tedy potvrdila.

H₃ Jsou pečující informováni o možnosti využití potřebných sociálních služeb?

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že pečující rodinní příslušníci mají dostatek informací o všech dostupných sociálních službách. Hypotéza se tedy potvrdila

Závěr

Tato práce je zaměřena na demenci a péči o seniory s demencí. V současné době demence postihuje čím dál více seniorů. Podle statických šetření lze předpokládat, že dochází k nárůstu stárnoucí populace. A proto je velice důležité vytvořit vhodnou edukaci, informační materiál pro rodinné příslušníky tak širokou veřejnost. Je třeba se také zaměřit na zajištění vhodné péče pro tyto seniory, aby jejich život byl kvalitní a důstojný.

Hlavním cílem této práce bylo vysvětlit především příznaky, kvalifikaci a stádia demence. Především se zaměřuje na bližší specifikaci vaskulární a Alzheimerovu demenci. Z uvedených případových studií vyplývá, že adaptace seniora v pobytovém zařízení je doprovázena dezorientací, agresivitou a pasivitou. To je způsobeno změnou prostředí. Vše se postupem času změnilo. V obou případech si senioři na nové prostředí zvykli a cítí se spokojení. Z případových studií také vyplynulo, že rodina nemá dostatek informací o onemocnění svého příbuzného. Došlo zde k přerušení sociálních kontaktů ze strany známých. Velmi důležitou roli zde hrála a doposud hraje rodina. Je důležitou součástí kvality života seniora. V jedné uvedené případové studii rodina nemocného seniora zneužívá jako dobrá zdroj financí a neuspokojování základních potřeb a péče. Z hlediska praxe je to jeden z případů zneužívání seniora, které se stává v současné době běžnou záležitostí.

Metodou dotazníkového šetření jsem zjišťovala kvalitu a spokojenost péče v pobytovém sociálním zařízení pro seniory. 26 respondentů uvedlo, že by nedokázalo poskytnout tak kvalitní péči v domácím prostředí. Často uvedené důvody proč nemohou pečovat o svého blízkého jsou, že sami pečovatelé mají důchodový věk nebo naopak jsou v produktivním věku, pracovně vytížení a mají finanční závazky. Pokud jsou pečovatelé v důchodovém věku se potýkají špatným zdravotním stavem. Všichni respondenti se podíleli na péči o svého příbuzného, než byl přijat do pobytového sociálního zařízení.

Je pravdou, že domácí i pobytová péče má své klady a zápory. Dříve nebyla pobytová péče na tak vysoké úrovni jako dnes. Vše se změnilo k lepšímu s přijetím nového zákona o sociálních službách a stanovení standardů kvality sociálních služeb. Časem by se mohla péče ještě více zlepšit s navrhovaným konceptem dlouhodobé péče. Navrhovaný postup k dosažení změn je vypracování samostatného zákona o dlouhodobé péči, který tuto oblast jasně vymezí. Zákon by měl přesně vymezit nárok na dlouhodobou péči, způsob poskytování, rozsah

dlouhodobé péče a zdroje financování. Cílem dlouhodobé péče by mělo nastat zvýšení dostupnosti, kvality a efektivnosti.

Závěr lze tedy zhodnotit tak, že nejlepší možná péče o seniora s demencí je v domácím prostředí poskytována jeho rodinnými příslušníky. Je pouze na rodinných příslušnících, jestli se rozhodnou pro náročnou roli pečovatele. Rodinný příslušník, který se pro roli pečovatele rozhodl, může využít dostupné terénní, ambulantní a poradenské služby. Může vhodně rozložit péči mezi sebe, rodinu a sociální služby. Dnešní rozvoj sociální sféry jich nabízí široké spektrum. Je třeba vybrat ty vhodné pro seniora s demencí. Nebo zvolí péči poskytovanou pobytovým sociálním zařízením, které je schopno zabezpečit kvalitní, odbornou a individuální péči na vysoké úrovni. Pobytové služby poskytují 24 – hodinovou pečovatelskou a ošetrovatelskou péči. Uplatňují individuální přístup s ohledem na onemocnění, potřeby a přání seniora. Pracují s moderními terapiemi a metodami práce. Je zde velký výběr aktivizačních činností, které napomáhají udržet kvalitu života seniora s demencí.

Resumé

Bakalářská práce na téma Já jsem také člověk – život seniora s demencí je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí, Alzheimerovu chorobu a demenci, příznaky a průběh jednotlivých stádií, potřeby seniorů, terapie pro seniory a současné sociální služby pro seniory. Práce je rozdělena do pěti teoretických částí a jedné praktické.

První kapitola je věnována stáří a stárnutí, biologickým, psychickým a sociálním aspektům stárnutí. Stáří především ovlivňuje předešlý životní styl a onemocnění.

Druhá kapitola je zaměřena na samotnou definici demence a popisuje průběh onemocnění v pěti stádiích. Také je zde uvedena základní klasifikace demencí. Je zde vysvětlen rozdíl nejčastějšími demencemi – vaskulární a Alzheimerovou.

Třetí kapitola popisuje základní lidské potřeby a především ty, které jsou důležité pro seniory. Je zde přímo využita Maslowova pyramida potřeb a Dům životních potřeb, který se nejčastěji využívá v sociálních službách.

Čtvrtá kapitola vymezuje veškeré dostupné sociální služby pro seniory. Stručná historie změn zákona o sociálních službách. Je zde přesný přehled možných sociálních služeb jak pobytových tak terénních – odlehčovacích. Charakterizována je zde i péče o seniora v domácím prostředí tak i v pobytovém zařízení.

Pátá kapitola je věnována nejtypičtějším terapiím, které využívají při péči o seniory s demencí jak v pobytovém zařízení, tak v domácí péči. Součástí této kapitoly je paliativní péče, která se zabývá doprovázením při umírání. Je zde přesně vysvětlen pojem paliativní péče.

Poslední šestá kapitola je věnována výzkumu kvality péče, případovým studiím, dotazníkovému šetření a rozhovorům.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku onemocnění demence a Alzheimerovy choroby u seniorů. V teoretické části uvádím základní informace o onemocnění, stadiích a hlavních příznacích. Praktická část je zaměřena na zjištění kvality péče o seniory v zařízeních sociálních služeb ze strany rodinných příslušníků. Zvolené případové studie ukazují markantní rozdíly v průběhu onemocnění, adaptace, rodinných vztahů a hlavně informovanost o daném onemocnění. Informovanost o onemocnění, průběhu a následnou péči považuji za velice zásadní.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, senior, domácí prostředí, zařízení sociálních služeb pro seniory, stáří, stárnutí, potřeby, terapie

Annotation

Bachelor's thesis is focused on problems of dementia and Alzheimer's disease in the elderly. The theoretical part describes basic information about the disease, stages and the main symptoms. The practical part is focused of finding quality care of the elderly in social services by family members. Selected case studies show striking differences in course of the disease, adaptation, family relationships and especially information about the disease. I consider very fundamental the information about the disease, course and the following care.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, senior, home environment, social services facilities for the elderly, old age, aging, needs, therapy

Seznam použité literatury

Zákony

1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů
2. Zákon č. 329/2011 Sb., o dávkách pro zdravotně postižené
3. Zákon č. 366/2001 Sb., o sociálních službách
4. Vyhláška č. 505/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů
5. Vyhláška č. 391/2011 Sb., o provádění zákona o sociálních službách

Literatura

6. Baštecký, J., Kümpel, Q., Vojtěchovský, M. a kolektiv. Gerontopsychiatrie. Praha: Grada, 1994, 317 s. ISBN 80-7169-070-8
7. Hatlová, B., Suchá J. Kinezioterapie demencí. Praha: Triton, 2005, 108 s. ISBN 80-7254-564-7
8. Fialová, R., Janků, K. Snoezelen. Ostrava: tiskárna Kleinwächter, 2011, 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7
9. Franková V. Paní Anežka má demenci. Praha: Galén, 2009, 45 s. ISBN 978-80-7262-633-5
10. Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kolektiv. Péče o seniory s kognitivní poruchou. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0
11. Holmerová, I., Jurášková, B., Zikmundová, K. a kolektiv. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV publirelations, 2007, 142 s. ISBN 978-254-0179-8
12. Janečková, H., Vachová, M. Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010, 54 s. ISBN 978-80-7367
13. Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita. 2006, 108 s. ISBN 80-7368-110-2
14. Jiráček, R., Koukolník, F. Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén. 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4
15. Kučerová, H. Demence v kazuistikách. Praha: Grada, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4
16. Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3

17. Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
18. Matoušek, O. Sociální služby. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9
19. Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. 1. vydání. Praha: Portál, 1998, 156 s., ISBN 80-7178-184-3
20. Pidrman, V. L., Demence. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
21. Pörtner, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0
22. Radvan, E., Vavřík, M. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách. Brno: IMS, 2009, s. 57
23. Stuart – Hamilton, I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999, 32 s. ISBN 80-7178-274-2
24. Vágnerová, M. Vývojová psychologie II. dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007, 407 s. ISBN 978-80-246-1318-5
25. Vízdal Fr., Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010, s. 139
26. Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9

Noviny a časopisy

27. Sociální služby – odborný časopis. ISSN 1803-7348, <http://www.socilnisluzby.eu>
28. Vážka – zpravodaj české alzheimerovské společnosti. <http://www.alzheimer.cz>
29. Sociální práce – časopis pro teorii, praxi a vzdělání v sociální práci.
30. Sociální služby, Svatošová M. Hospic a jeho místo ve společnosti. 2010, 12, s. 26-27
31. Zpravodaj pro management rezidenčního zařízení, Chloubová, H. Změny potřeb ve stáří. 2005, 2, s. 22-23

Internetové zdroje

32. <http://www.gerontologie.cz>
33. <http://www.pecujdoma.cz>
34. <http://www.alzheimer.cz>
35. <http://www.mpsv.cz>
36. <http://www.bazalni-stimulace.cz>
37. <http://www.asociacehospicu.cz>

Seznam příloh

| | |
|--------------|--|
| Příloha č. 1 | Dotazník pro rodinné příslušníky |
| Příloha č. 2 | Scénář rozhovoru s rodinným příslušníkem |
| Příloha č. 3 | Scénář rozhovoru s vedoucí přímé obslužné péče |
| Příloha č. 4 | Scénář rozhovoru s vedoucí pečovatelské služby |
| Příloha č. 5 | Barthelův test |
| Příloha č. 6 | MMSE test |
| Příloha č. 7 | Životní příběh a osnova |
| Příloha č. 8 | Senzobiografický dotazník |
| Příloha č. 9 | Škála bolesti PAINAD |

Dotazník pro rodinné příslušníky uživatelů zařízení sociálních služeb

Vážená paní, vážený pane,

Tímto dotazníkem se na Vás obracím s žádostí o pomoc pro získání potřebných informací pro zpracování bakalářské práce na téma „**Já jsem také člověk**” – **Život seniora s demencí**. Tento dotazník zjišťuje spokojenost s kvalitou péče v zařízení sociálních služeb. Dotazník je anonymní, dobrovolný a obsahuje 10 otázek. Každá z otázek má výběr 3 odpovědí. Prosím u každé označte pouze jednu odpověď. Zjištěné údaje poslouží pouze k účelům mé práce.

Pohlaví :

muž žena

Příbuzenský vztah k uživateli :

dcera syn vnuk vnučka neteř synovec žádný

1. Myslíte si, že máte dostatečné informace o péči Vašeho blízkého?

A - ano

B - jen částečně a to jen v případě pokud se sám/a informuji

C - ne

2. Myslíte si, že je v zařízení Váš blízký spokojený?

A - velmi spokojen

B - částečně spokojen

C - není spokojen

3. Myslíte si, že personál pečující o Vašeho blízkého je dostatečně kvalifikovaný?

A - ano velmi

B - jen částečně

C - ne

4. Ovlivňují nabízené volnočasové aktivity v zařízení kvalitu života Vašeho blízkého?

A - určitě ano

B - ne, považuji to za ztrátu času

C - nevím, nepřemýšlím o tom

- 5. Máte, dostatečné informace o změnách zdravotního stavu svého blízkého?**
A - ano, mám
B - jen když se jdu sám/a informovat
C - ne
- 6. Myslíte si, že personál pečující o Vašeho blízkého využívají Vaše informace o dřívějším životě, práci, dětství, koníčky, jaké jídlo a pití má rád.**
A - ano
B - jen někteří
C - ne
- 7. Dodržuje personál pečující o Vašeho blízkého jeho soukromí?**
A - ano
B - ne
C - nevím
- 8. Máte možnost nebo je Vám nabízena spolupráce na péči o Vašeho blízkého (např. koupání, oblékání, krmení,...atd.)**
A - ano, pravidelně
B - jen když mám čas
C - ne
- 9. Doporučili by jste zařízení sociálních služeb pro seniory svým známým, příbuzným, kteří pečují o seniora s demencí?**
A - určitě ano
B - ne
C - nevím
- 10. Myslíte si, že péče poskytována v zařízení je na vysoké úrovni než by byla poskytnuta v domácím prostředí?**
A - ano
B - ne
C - péče je lepší v domácím prostředí

Děkuji za Váš čas a spolupráci při vyplňování dotazníku.

Rozhovor s rodinným příslušníkem pečující o seniora s demencí

Manželka pečuje o manžela, který trpí Alzheimerovou chorobou

1. Kdy jste začala pozorovat změny v chování Vašeho manžela?
2. Byl pro Vašeho manžela dostupný odborný lékař?
3. Měla jste dostatek informací o onemocnění Vašeho manžela nebo jste musela sama vyhledat odbornou pomoc? (poradna nebo jiné odborné centrum)
4. Bylo nutné změnit životní styl a přizpůsobit se manželovi?
5. Využíváte některé dostupné služby ve Vašem místě bydliště? (charita, pečovatelská služba, odlehčovací služba,...)
6. Máte podporu ze strany rodiny?
7. Navštěvuje Vás rodina často?
8. Neztratila jste kontakt se svým okolím – přáteli?
9. Udělala jste si někdy jen čas sama pro sebe a své zájmy?
10. Cítila jste se někdy vyčerpaná a bezradná?
11. Myslela jste někdy na to, že manžela umístíte do sociálního zařízení, které mu poskytne odbornou a kvalitní péči? Při jaké situaci Vás to napadlo?
12. Kdy začalo být aktuální řešit otázku umístění manžela do sociálního zařízení bylo pro Vás důležité, aby s rozhodnutím souhlasila celá rodina?
13. Co bylo rozhodující pro výběr sociálního zařízení?
14. Myslíte si, že je manžel spokojený v zařízení?
15. Jste spokojena s péčí o manžela v zařízení a doporučila by jste zařízení i ostatním rodinám?

Rozhovor s vedoucí přímé obslužné péče domova se zvláštním režimem

1. Mají Vaši zaměstnanci – pečovatelé dostatek informací o uživatelích o které pečují?
2. Mají možnost dalšího vzdělávání a dostupnou odbornou literaturu?
3. Přizpůsobujete denní program – harmonogram práce nebo se přizpůsobíte uživatelům?
4. Kolik uživatelů má pečovatelka na starosti ve dne.
5. Jste ze strany ošetřovatelského personálu informováni o zdravotním stavu každého uživatele?
6. Jak zjišťujete přání do individuálního plánu, když většina uživatelů trpící demencí má problém s komunikací?
7. Má rodina možnost se zapojit s Vámi do péče?
8. Jak v současné době máte zabezpečeno personální pokrytí během dne a noci?
9. Potýkáte se při poskytování služby s nějakými problémy, překážkami v péči?
10. Co je z Vašeho pohledu to nejdůležitější pro seniora a jeho rodinu?
11. Jakou formou zajišťujete zpětnou vazbu od uživatele nebo jeho rodiny?
12. Jakým způsobem zvyšujete kvalitu poskytovaných služeb?
13. Jaké je podle Vás ideální personální pokrytí pro Vaše uživatele při současné kapacitě zařízení?
14. Stalo se Vám někdy, že si rodina ztěžovala na špatnou péči o svého blízkého.
15. Jakým způsobem prezentujete Vaše zařízení?

Rozhovor s vedoucí pečovatelské služby

1. Stoupl počet seniorů s demencí, kterým poskytujete péči?
2. Využívají Vaše služby rodinní příslušníci, kteří se starají o svého blízkého nebo spíše dávají přednost domácí péči?
3. Jaká je dosažitelnou Vašich služeb?
4. Jaké služby poskytujete?
5. Dokážete poskytnout informace Vaším klientům o ostatních dostupných službách v okolí?
6. Kolik máte v současné době klientů, kteří trpí demencí a pečujete o ně?
7. Máte dostatečně proškolený personál na péči o seniory s demencí?
8. Jste v současné době schopni pokrýt požadavky a počet klientů?
9. Myslíte si, že máte v terénních službách rezervy?
10. Využívají klienti Vaše služby nebo spíše preferují umístění v pobytovém sociálním zařízení, i když sami víte, že by prozatím mohl zůstat v domácím prostředí?
11. Jaký je faktor, že klienti nechtějí využívat Vaše služby?
12. Je třeba přijmout více pečovatelů nebo i vyšší vzdělaný personál pro poskytování a rozšíření služeb?
13. Jsou klienti schopni si připlatit za nadstandardní služby?
14. Spolupracujete s jinými institucemi, které poskytují podobné služby?
15. Jste schopni poradit rodinnému příslušníkovi v péči o svého blízkého, který trpí demencí?

Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomoci | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomoci | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomoci | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomoci | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomoci | 5 |
| | | neprovede | 0 |

| | | | |
|--------|----------------------|-----------------------|----|
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| | | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| | | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| Celkem | | | |

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý

ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně

ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost

ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Co je to?

Ukažte tužku

Co je to?

6. Opakování

Přípustný je pouze 1 pokus.

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Opakujte po mně:

„Prostě tak a ne jinak.“

7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.

Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět.

Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.

Pravá ruka

Přeložení

Položení

8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadíte.

Přečtete tento pokyn a provedete ho.

9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k napsání věty.

Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

Napište do tohoto řádku jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.

10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k obkreslení obrázku. Třes ani rotace nevádí.

Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Obkreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Testy byly vyvíjeny ve spolupráci Doc. M. Dr. Neelam Radtsen, Ph.D. z AÚ Praha (Psychiatrické centrum Praha) a UK 3. LF Neurologická klinika Praha, 2016.
Nevadíte s tím. Na telefonu: 2724129, 240 000 Praha 8, fax: 225 775 111, fax: 225 775 222, www.pcmu.com

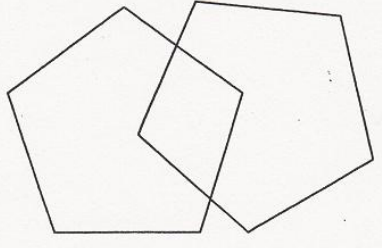
Celkem

ZAVŘETE OČI!

Číslo vyšetření

9.

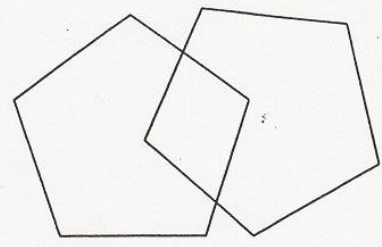
10.



Číslo vyšetření

9.

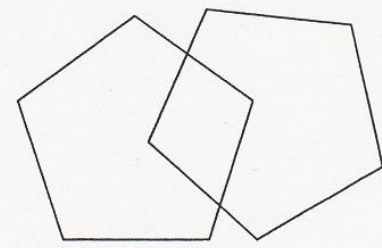
10.



Číslo vyšetření

9.

10.



Číslo vyšetření

Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

Hodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Nemusíte se vzrušovat. Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Informujte se na možnosti pomoci nemocným a jejich rodinám. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Seznamte se s jejími příznaky a riziky. Určitě test MMSE po čtvrtroce zopakujte!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Přejděte na stránky www.stari.cz/test/ a postavte se nemoci čelem.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka. Především si však pečlivě pročtěte stránky www.stari.cz. Budou se Vás týkat.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka. Především si však pečlivě pročtěte stránky www.stari.cz. Váš problém je vážný.

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 2

TEST KRESLENÍ HODIN

Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

| Skóre | Popis | Příklady |
|-------|---|----------|
| 1 | Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none">• číslice 1–12 ve správném pořadí i místě• dvě ručičky ve správné poloze | |
| 2 | Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none">• vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné• číslice mimo kruh• otočení papíru s otočením číslic• použití pomocných čar pro lepší orientaci | |
| 3 | Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none">• pouze jedna ručička• čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“• čas vůbec nezaznamenan | |
| 4 | Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none">• nepravidelné mezery• zapomenutí čísel• perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12• záměna pravý-levý (čísllice proti směru)• dysgrafie – chybějí čitelné číslice | |
| 5 | Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none">• jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno | |
| 6 | Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none">• žádný pokus zakreslit hodiny• ani vzdálená podobnost s hodinami• napsáno slovo nebo jméno | |

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Zkrácený mentální bodovací test

/ hodnocení psychického stavu podle Gaidna/

Jméno:

Datum vyhodnocení:

Příjmení:

| | | |
|---|---|---|
| 1.věk | 1 | 0 |
| 2.kolik je asi hodin | 1 | 0 |
| 3.adresu | 1 | 0 |
| 4.současný rok | 1 | 0 |
| 5.kde se nachází | 1 | 0 |
| 6.poznání alespoň dvou osob | 1 | 0 |
| 7.datum narození | 1 | 0 |
| 8.jméno současného presidenta | 1 | 0 |
| 9.odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce od prosince k lednu | 1 | 0 |

Celkem

.....

Test slouží k ošetřovatelskému zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod.Nedosáhne-li ani 7 bodů,jedná se o zmatenost.

Životní příběh a jeho osnova

*Naší hlavní snahou je zajištění individuálního přístupu k jednotlivým obyvatelům. Berte proto, prosím, níže uvedené body jako **doporučení**, co je dobré o Vás, jako našem budoucím obyvateli vědět, abychom se v přístupu a péči o Vás mohli co nejvíce přiblížit tomu, na co jste byl/a zvyklý/á, co je Vám blízké, co máte rád/a, o čem rád/a hovoříte a jaké aktivity Vám můžeme nabídnout.*

Uvést můžete samozřejmě jen to, co chcete, žádný údaj není povinný. Pokud byste nevěděl/a, jak takový životní příběh dobře napsat, můžete ho sepsat i společně se sociální pracovníci na základě rozhovoru.

- Jméno a příjmení (i rozená)
- Rok a místo narození
- Jména rodičů
- Počet sourozenců
- Kde jste prožil/a své dětství
- Jméno manžela/ky, počet a jména dětí (event. kde nyní bydlí a co dělají)
- Datum úmrtí blízké osoby
- Vzdělání, zaměstnání – co jste konkrétně dělal/a
- Oblíbené činnosti v dětství (plavání, kolo, fotbal,.....)
- Zájmy (hra na hudební nástroj, sbírání známek, ruční práce, vaření, technika, cestování.....)
- Zda jste měli domácí zvířata (příp.jméno psa, kočky,...)
- Zda jste byl/a (nebo jste) členem nějaké organizace – včelař, zahrádkář, sport
- Zda jste zastával/a nějakou veřejnou činnost, případně získal/a nějaká významná ocenění nebo vyznamenání, na něž jste hrdý/á
- Tradice v rodině, které se u Vás dodržovaly (vánoční zvyky, zvláštní zvyky na oslavu narozenin, oslavy jiných svátků apod.)
- Zda jste se často (rád/a) scházel/a s širší rodinou, přáteli nebo kolegy
- Jakou hudbu jste poslouchal/a dříve a jakou posloucháte nyní
- Jaké pořady sledujete v televizi, zda sledujete televizi často
- Pokud čtete, co (knihy, tisk) a jaká témata
- Co jste dělal/a rád v poslední době ve volném čase
- Jiné důležité informace

Senzobiografický dotazník pro bazální stimulaci

- Sociální situace, zaměstnání
- Kdo může a kdo nemůže navštěvovat
- Jaký je typ
- Jak slyší
- Jak vidí, potřebuje brýle?
- Denní rytmus
- Pravák, levák
- Doteky, které má rád
- Doteky, které má nerad
- Jak spí, poloha, přikrývky
- Jak si čistí zuby, jak se holí, jakou kosmetiku používal
- Co jí rád / nerad
- Co pije rád / nerad
- Které zvuky poslouchá rád
- Upřednostňuje některé materiály?
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva...)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek v poslední době

Čerpáno ze zdrojů:

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetrovatelství. 3. vydání. INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2009. 50 s. ISBN 80-239-6132-2

Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

| | 0 | 1 | 2 | Počet bodů |
|--------------------------------------|----------------------|---|---|------------|
| Dýchání (nezávislé na vokalizaci) | Normální | Občasné namáhavé dýchání Krátká období hypoventilace | Hlučené ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne – Stokes dýchání | |
| Bolestivá vokalizace | Žádná | Občasný sten nebo zaúpění Normální negativní nebo odmítavá řeč | Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč | |
| Výraz obličeje | Úsměv nebo neutrální | Smutný Vyděšený Zamračený | Bolestivé grimasy | |
| Řeč těla | Relaxovanost | Napjatost Utrápená chůze Neklidnost | Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitažená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření | |
| Utěšování | Není nutné | Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem | Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit | |
| Součet | | | | |

Definice bodů

Dýchání

Normální dýchání – Snadné, tiché a rytmické dýchání.

Občasné namáhavé dýchání – Epizodické intervaly drsného, obtížného nebo vyčerpávajícího dýchání.

Krátká období hyperventilace – Intervaly rychlých, hlubokých dechů trvajících krátkou dobu.

Hlučné ztížené dýchání – Pazvuky při dýchání, nádechu nebo výdechu. Pazvuky mohou být hlasité, klokotavé, sípavé. Zdají se být obtížné a únavné.

Dlouhá období hyperventilace – Přílišná rychlost a hloubka dýchání trvajících podstatnou dobu.

Cheyne-Stokesovo dýchání – Rytmičná změna dýchání od hlubokého do velmi povrchního dýchání s obdobími apnoe (zástavy dýchání).

Negativní vokalizace

Žádná – Řeč nebo vokalizace, která zní neutrálně nebo mile.

Občasný sten – Truchlivé zvuky nebo mumlání, kvílení nebo bědování.

Úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou.

Normální negativní nebo odmítavá řeč – Málo hlasité mručení, mumlání, skučení nebo klení, které zní jako stěžování, je sarkastické nebo jízlivé.

Opakované utrápené volání – Opakování frází nebo slov způsobem, který naznačuje úzkost, neklid nebo utrpení.

Hlasité sténání – Truchlivé nebo mumlavé zvuky, sténání nebo hořekování daleko hlasitější než normální hlas. Hlasité úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou a jsou hlasitější než obvykle.

Pláč – Výrazy citů spojené se slzami. Pláč může být se vzlykáním nebo jenom tiché plakání.

Výraz obličeje

Úsměv nebo neutrální – Úsměv je charakterizován zvýšením koutků úst, rozjasněním očí a výrazem požitku nebo spokojenosti. Neutrální výraz odpovídá volnému, relaxovanému nebo bezvýraznému obličejí.

Smutný výraz – Nešťastný, osamělý, truchlivý nebo deprimovaný obličej.

Vyděšený výraz – Výraz strachu, poplachu nebo zvýšené úzkosti. Oči jsou doširoka otevřené.

Zamračený výraz – Snížení koutků úst. Také může být spojený se zvýšenou vráscitostí čela a okolí úst.

Bolestivé grimasy – Deformovaný a sklíčený výraz. Čelo a oblast okolo úst jsou více vráscité. Oči mohou být pevně zavřené.

Řeč těla

Relaxovanost – Klidné, odpočívající, uvolněné vzezření. Osoba vypadá bezstarostně.

Napětí – Napjaté, úzkostlivé nebo ustarané vzezření. Čelist může být sevřená (nezpůsobené kontrakturou).

Utrápená chůze – Aktivita, která se zdá nevyrovnaná. Může mít také ustrašené, ustarané, nebo rozrušené prvky. Tempo může být pomalé nebo rychlé.

Neklid – Neposedné chování. Může zahrnovat kroucení nebo vrcení na židli. Osoba může posouvat židli přes pokoj. Možno pozorovat opakované dotyky, tahání nebo tření částí těla.

Strnulost – Ztuhnutí těla. Paže nebo nohy jsou tuhé a neohebné. Trup se může zdát přímý a nepohyblivý (nezávisle na kontrakturách).

Sevřené pěsti – Pevně sevřené ruce. Mohou být opakovaně otevřeny a zavřeny nebo jen drženy zavřené.

Kolena přitažená k tělu – Ohnutí nohou a přitažení kolen k hrudníku. Celkově utrápená pozice (nezávisle na kontrakturách).

Tahání nebo odtlačování – Bránění při dotyku nebo provádění péče. Osoba se snaží uniknout vytrhnutím nebo vykroucením, nebo odstrkuje pečovatele.

Udeření – Uhození, kopnutí, uchopení, kousnutí nebo jiné formy osobního útoku.

Utěšování

Není nutné – Pocit pohody. Osoba vypadá spokojená.

Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem – Změna chování, když je osoba oslovena nebo se jí dotkneme. Rozrušené chování přestane během interakce a nic neukazuje, že by osoba byla znepokojena.

Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit – Není možné pacienta utěšit nebo zastavit jeho chování slovy nebo skutkem. Jakékoli utěšování, slovní nebo fyzické, nezmírní rozrušené chování.