

Péče o seniory s demencí v domácím prostředí

Martina Olivíková

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Martina Oliviková
Osobní číslo:	H19052
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Péče o seniory s demencí v domácím prostředí

Zásady pro vypracování

Rešerše a studium literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti demence a péče o seniory v domácím prostředí.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovorů.

Žpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- AMES, D., J. T. O'BRIEN and A. BURNS. *Dementia*. 5th edition. Boca Raton: CRC Press, 2017. 915 p. ISBN 9781498703109.
- HAUKE, M. a kol. *Když do života vstoupí demence, aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HOLMEROVÁ, I. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: Koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Univerzita Karlova, 2018. 231 s. ISBN 978-80-7571-031-4.
- MAUK, K. L. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. 4th edition. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning, 2018. 1009 p. ISBN 9781-284-10447-9.
- ZVĚROVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně18.5.2022.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá péčí o seniory s demencí v domácím prostředí. Teoretická část popisuje demenci a její rozdělení, charakterizuje seniory a změny spojené se stářím, specifikuje potřeby seniorů s demencí a dopad pečování o tyto nemocné na pečující osoby. Praktická část s použitím kvalitativního výzkumu analyzuje informace získané pomocí techniky nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru s pečujícími osobami, které se starají o seniory s demencí v domácím prostředí, a zjišťuje dopad pečování o seniora s demencí na pečujícího. Praktickým výstupem je informační materiál pro pečující osoby, které se starají o nemocného seniora s demencí v domácím prostředí.

Klíčová slova: demence, pečující osoba, senior, domácí prostředí, péče

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the care of seniors with dementia in the home environment. The theoretical part describes dementia and its distribution, characterizes the elderly and changes associated with old age, specifies the needs of seniors with dementia and the impact of caring for these patients on caregivers. The practical part, using qualitative research, analyzes the information obtained using the technique of non-standardized semi-structured interview with caregivers who care for seniors with dementia in the home environment, and determines the impact of caring for seniors with dementia in the home environment, and determines the impact of caring for seniors with dementia on the caregiver. The practical output is information material for carers who care for a sick senior with dementia in the home environment.

Keywords: dementia, caregiver, senior, home environment, care

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za veškerou pomoc, kterou mi trpělivě a ochotně poskytovala během zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří i mé tetě, která mi pomohla získat kontakty na participanty, kteří byli ochotni se podílet na mém výzkumu, za což jim také děkuji. A současně bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří byli pro mě velkou oporou v průběhu studia i při psaní bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEMENCE.....	12
1.1 NEJČASTĚJŠÍ TYPY DEMENCE.....	13
1.2 PREVENCE DEMENCE	15
1.3 DIAGNOSTIKA A KLINICKÝ OBRAZ.....	16
1.4 LÉČBA	17
2 SENIOR.....	20
2.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	20
2.2 ZMĚNY SPOJENÉ SE STÁŘÍM.....	22
3 POTŘEBY SENIORŮ S DEMENCÍ.....	24
3.1 POTŘEBY POHLEDEM VYBRANÝCH AUTORŮ	25
3.2 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ POTŘEB U SENIORŮ S DEMENCÍ.....	26
3.3 PŘEKÁŽKY V NAPLNĚNÍ POTŘEB.....	27
4 PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	29
4.1 DOPAD DEMENCE NA PEČUJÍCÍ OSOBY	30
4.2 ÚPRAVA BYDLENÍ.....	31
4.3 FINANČNÍ PODPORA.....	32
4.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
5 METODA A VÝZKUM.....	37
5.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
5.2 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	38
5.3 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	38
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMU A METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	39
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	40
6.1 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	40
6.2 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT	43
7 DISKUZE	60
7.1 PRAKTICKÝ VÝSTUP – INFORMAČNÍ MATERIÁL PRO PEČUJÍCÍ OSOBY.....	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74

SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

V bakalářské práci se věnujeme péči o seniory s demencí v domácím prostředí. Syndrom demence představuje závažné zdravotní postižení, které může zásadním způsobem omezit schopnosti člověka, změnit jeho chování i osobnost, narušit partnerské i jiné vztahy, snížit soudnost, soběstačnost i délku života.

Během mé praxe v domácí zdravotní péči jsem měla možnost navštívit seniory s různým stupněm demence v jejich domácím prostředí. Každý pacient vyžadoval individuální péči. Pečování o člověka s demencí v domácích podmínkách a komunikace s ním není vůbec jednoduchá. Osoby postupně ztrácí intelekt, dochází ke změnám jejich chování, zhoršuje se jejich orientace i schopnost rozhodovat. Postupně se mění osobnost nemocného a v mnoha případech vede až ke ztrátě vlastní soběstačnosti.

Při včasné diagnostice a zahájení vhodné léčby se může průběh onemocnění zpomalit. Je-li seniorovi diagnostikována demence, přichází otázka pro jeho nejbližší příbuzné, jak pečovat o člověka s touto diagnózou? Při správném přístupu může pečující osoba zajistit nemocnému kvalitní a důstojné prožití zbývajícího života. Je nezbytné, aby pečující osoba měla základní znalosti o této problematice a mohla se do nemocného vcítit a pochopit, co takto postižená osoba prožívá. Domov je místo, kde člověk trpící touto chorobou tráví nejvíce času, proto by měl být co nejpraktičtěji a nejbezpečněji zařízený. Postiženou osobu tak ušetříme nepříjemných okamžiků a nedorozumění. Péče o seniory s demencí v domácím prostředí zasahuje také do všech oblastí kvality života pečujících osob. Ze dne na den se ocitnou v roli pečovatele a musí se vzdát svých vlastních aktivit a mnohdy i zaměstnání, naučit se mnoho nových věcí, tak aby se dokázali postarat o svého blízkého nemocného.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány základní typy demence, charakterizován senior, stáří a změny spojené se stářím, specifikovány potřeby seniorů s demencí a dopad pečování na pečující osoby. V praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum. Pro sběr informací byla využita technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru s pečujícími osobami, ve kterém jsme se zaměřili na získání údajů týkajících se pečování o seniory s demencí v domácím prostředí. Praktickým výstupem práce je vytvoření informačního materiálu pro pečující osoby, které se starají o své blízké seniory s demencí v domácím prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Je dlouhodobě vznikající a postupně progredující stav, který vzniká na podkladě degenerativních poruch centrálního nervového systému. Řadí se mezi nejobávanější a nejčastější nemoci seniorského věku (Ames, 2017, s. 4). Původ termínu demence je odvozen z latinských slov, *de* – znamená bez a *mens* – vyjadřuje mysl (Fert'álová, Ondriová, 2020, s. 13). Osoba postižená demencí ztrácí schopnost vykonávat smysluplné činnosti, orientovat se v okolním dění, postupně dochází k omezení soběstačnosti, a tak se člověk stává závislým na péči okolí (Franková 2017, s. 30).

V průběhu onemocnění dochází ke změnám v mozkové tkáni, postupně jsou narušeny korové funkce, paměť, orientace, schopnosti učení a řeči (Fert'álová, Ondriová, 2020, s. 13). Nemocné osoby obtížně vnímají více věcí najednou a je pro ně složité přesunout pozornost z jednoho tématu na druhé. Pro diagnostiku demence příznaky musí trvat minimálně šest měsíců (Kantorová, 2011, s. 71). Rozlišují se tři fáze; mírná, střední (rozvinutá) a těžká. U mírné fáze demence je zachována do jisté míry soběstačnost a jedinci v tomto stádiu jsou schopni žít v domácím prostředí s částečným dohledem a kontrolou pečujících osob (Hauke a kol., 2017, s. 55). Je důležité započít s podáváním včasné farmakoterapie, tak aby byla zachována relativně stabilní kvalita života. Střední fáze je také označována jako rozvinutá demence; soběstačnost nemocného je v tomto stadiu značně omezena. Osoby potřebují stálý a kontinuální dohled a pomoc v mnoha aktivitách a situacích každodenního života; trvalou asistenci jim zajišťují rodinní příslušníci nebo zprostředkovaně pracovníci zdravotně-sociálních služeb (Holmerová et al., 2015, s. 117). Třetí stádium onemocnění, těžká demence, se projevuje komplikovanými až devastujícími poruchami chování a řadou somatických problémů. Pacienti jsou často upoutáni na lůžko a zcela odkázáni na péči o jejich osobu, s potřebou kvalifikované zdravotní péče. Je velmi omezena verbální komunikace a pro pečující osoby je problematické se s nemocnými domluvit (Holmerová a kol., 2013, s. 162). Včasná terapie průběh onemocnění může zpomalit a oddálit rozvoj třetího, těžkého stádia.

Demence je závažným problémem, jak z pohledu sociálního, tak i ekonomického (Fert'álová, Ondriová, 2020, s. 17). Zasahuje nejen samotného nemocného, ale i celou jeho rodinu (Hauke a kol., 2017, s. 57). Blízcí se ze dne na den ocitnou v roli pečovateli a je nezbytné, aby pečující osoby přes veškerou starost o postiženého jedince nezůstali na péči sami, dopomoci jim mohou sociální i zdravotní terénní služby nebo sociální služby poskytující denní stacionář (Vojtová, 2020, s. 16). Pečující osoby by měli být s průběhem a

možným vývojem onemocnění seznámeni ošetřujícím či praktickým lékařem postižené osoby. Vždy je potřebné zdůrazňovat a mít na paměti, že ať je zdravotní stav, jakkoliv neuspokojivý, paměť dotyčného nedostatečná nebo jeho chování, jakkoliv problematické až podivné, stále se jedná o jedinečnou a vzácnou bytost se svými potřebami, přáními a sociálními vazbami (Mace a kol., 2018, s. 34).

1.1 Nejčastější typy demence

Alzheimerova demence

Je závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, patří mezi nejčastější formy demence. Objevuje se kolem 65. roku života (Hálová a kol., 2020, s. 11). Charakteristickým rysem nemoci je nenápadný plíživý začátek, kdy si prvních příznaků většinou dříve všimne okolí než samotný nemocný (Zvěřová, 2017, s. 7). Není dostatečně objasněn důvod a primární mechanismus, kterým se spouští kaskáda neurodegenerativních procesů vedoucí k apoptóze neuronů. Podstatou uvedených změn je zejména ukládání patologických proteinů v určitých predilekčních místech mozku. Mezi patologicko-morfologické změny patří senilní plaky, neurofibrální klubíčka a granulovakuolární degenerace neuronů (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 13). Z klinického hlediska jsou hlavním znakem zhoršené kognitivní funkce, ke kterým patří postupně se rozvíjející poruchy paměti. Nejdříve dochází k narušení novopaměti. Paměť pro starší zážitky je u nemocných velmi dlouho zachována a zpočátku se ještě zvýrazňuje. S poruchou paměti je spojena i porucha orientace. Na začátku onemocnění může mít pacient problémy s orientací místem a časem a postupně se rozvíjí behaviorální a psychické poruchy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 787). Mezi další příznaky se řadí poruchy chování; bezdůvodné nařikání a vykřikování, agresivita, vulgarita, proklínání a napadání osob z blízkého okolí. Ve středním a těžkém stádiu se u pacientů mohou vyskytovat psychózy, nejčastěji vizuální halucinace nebo iluze (Zvěřová, 2017, s. 160).

Frontotemporální demence

Vyznačuje se progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Často je zasažena parenterální kůra a bazální ganglia. Ten typ demence se projevuje nedostatkem serotoninu (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 42). Začátek onemocnění se objevuje už ve středním věku života mezi 45. a 64. rokem (Vyhnálek, 2017, s. 140). Je klasifikována do tří klinických variant, frontotemporální demence s behaviorální variantou,

kteřá je spojena s časnými behaviorálními a exekutivními deficity. Další varianta je primární progresivní afázie s progresivními deficity řeči, gramatiky a slovního výstupu. Třetí variantou je sémanticko-variantní primární progresivní afázie, progresivní porucha sémantických znalostí a pojmenování (Bang et al., 2015, s. 1672). Obecně jsou v klinických obrazech frontotemporální demence přítomny výrazné rozdíly v závislosti na straně postižení mozku. Pacienti s dominující pravostrannou atrofií mají tendenci být emočně oploštělí a odtažití, často mají narušeny rodinné vztahy a trpí poruchami chování, které bývají mnohdy špatně interpretovány jako projevy různých psychiatrických onemocnění. U pacientů s dominujícím levostranným postižením mozku jsou hlavním příznakem poruchy řeči a jazyka (Menšíková a kol., 2016, s. 281). Ke zpomalení poklesu kognitivního výkonu napomáhá pravidelná fyzická aktivita. U tohoto typu demence je nezbytná logopedická péče (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 42).

Vaskulární demence

Vzniká poškozením mozkové tkáně ischemickou nebo hemoragickou formou. Za příčinou stojí poruchy cév mozku. Průtok krve cévou může narušit ucpání nebo samotná ruptura cévy. Vznik této demence je náhlý a poměrně rychlý oproti ostatním typům. Objevuje se po 50. roce života (Fert'alová, Ondriová, 2020, s. 41). Častější je vyšší výskyt onemocnění u mužů než u žen. Vaskulární demence má mnoho rizikových faktorů, které tuhle nemoc rozvíjí. Mezi rizikové faktory patří hypertenze, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, ischemická choroba srdeční a kuřáctví. Nechybí ani rizikové faktory populační, genetické a výživové (Jirák, 2013, s. 153-154). Hlavním rizikovým faktorem je cévní mozková příhoda, která rozvádí kognitivní deteriorace. Nejčastějším typem vaskulární demence je multiinfarktová demence, která má za příčinu nedostatečné cévní zásobení určitých oblastí mozku (Fert'alová, Ondriová, 2020, s. 41). Častým projevem vaskulární demence jsou náhle se objevující tranzitorní stavy zmatenosti vznikající většinou v noci, zatímco ve dne je nemocný bez poruch vědomí. Úbytek a postižení psychických funkcí je nerovnoměrné, nemocný si ze začátku své změny uvědomuje. Mezi další příznaky patří poruchy paměti, snížená kritičnost, bradypsychie. Objevují se i poruchy paměti, které nabývají na intenzitě a rozsahu. Z poruch paměti vyplývá i porucha orientace, která je nejvíce narušena ve směru alopsychickém (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 804).

Demence s Lewyho tělísky

Tento typ degenerativního onemocnění se nachází na rozmezí mezi Alzheimerovou nemocí a Parkinsonovou chorobou. Dochází u něho k poklesu proteinu alfa-

synukleinu a beta-amyloidu. V neuronech se tak vytváří kulovitá tělíska neboli Lewyho tělíska (Zvěřová, 2017, s. 132). Onemocnění se objevuje v pozdním věku s průměrným počátkem nemoci mezi 75. - 80. rokem. Tímto typem demence trpí 5 % populace (Pešlová, Brázdil, Rektorová, 2019, s. 69). U nemocných se rozvíjí kognitivní poruchy. Na počátku onemocnění nemusí okolí vůbec změny rozpoznat, k poruchám paměti dochází až v pokročilých stádiích, nejprve je postižena pozornost. U mnoha nemocných se v noci vyskytují zrakové halucinace, které jsou doprovázené bludy. Prodromálním příznakem je deprese. Demenci doprovází poruchy spánku, která se pojí s REM fází (Jiráček, 2013, s. 158). Objevují se také poruchy motoriky, které jsou vázány na dolní polovinu těla, nemocný má problémy s udržením rovnováhy a s chůzí. Objevuje se hypokinetická dysartrie, je zhoršena srozumitelnost. Vzácně je přítomný klidový třes (Pešlová, Brázdil, Rektorová, 2017, s. 415).

Demence při Parkinsonově nemoci

Neurodegenerativní onemocnění, které postihuje přibližně 0,2 % populace. Zasahuje mozkový kmen a v pozdějších stádiích i další oblasti mozku (Jiráček, 2013, s. 129). Postupně dochází k degeneraci pigmentových buněk, které produkují dopamin. A. Vzniká deficit dopaminu ve striatu a rozvíjí se porucha presynaptického dopaminergního převodu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 774). Onemocnění se objevuje kolem 58. - 60. roku života. Rozvíjí se poruchy motoriky, třes, svalová ztuhlost, neschopnost pohybu, poruchy rovnováhy a chůze. Dalšími klinickými příznaky jsou deprese, úzkost nebo záchvaty paniky, monotónní řeč, poruchy spánku, závratě, zácpa, sexuální dysfunkce, zvýšená únava, halucinace, ztráta mimiky a potíže s polykáním. Mohou se i objevit drobné poruchy kognitivních funkcí, které jsou většinou lehkého stupně. Vyskytuje se především porucha plánování a provádění složitých aktivit (Jiráček, 2013, s. 129).

1.2 Prevence demence

Demence patří mezi onemocnění poškozující paměť a ostatní kognitivní funkce, ale omezuje také soběstačnost a funkční stav jedince. Faktory stárnutí, genetické vlivy a životní styl přispívají k riziku rozvoje Alzheimerovy choroby a dalších demencí. Přibližně třetina případů demence je způsobena modifikovatelnými rizikovými faktory, kterými jsou fyzická nečinnost, kouření a hypertenze. S rostoucí prevalencí a nedostatkem neuroprotektivních léků by se měl člověk po celou dobu života zaměřovat na prevenci (Alty et al., 2020, s. 234).

Úprava jídelníčku je jedna z nejjednodušších a nejméně bolestivých cest, které vedou k omezení výskytu. Zvýšená konzumace zeleniny a ovoce, ryb a potravin bohatých na nenasycené mastné kyseliny snižuje vznik deficitu kognitivních funkcí a oddaluje začátek nemoci. Dostatečné prokrvení mozku může zpomalovat efekty stárnutí mozku (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 26).

Pozitivní vliv má také fyzická zátěž v prevenci demence; cvičení a fyzická zátěž jsou vhodné pro prevenci, tak i v léčbě časných stádiích onemocnění. Pravidelná fyzická aktivita pomáhá zlepšit kognici u starších osob s přiměřenou kognicí, ale i u jedinců s různou kognitivní poruchou. Ovlivňuje a zlepšuje verbální a prostorovou paměť, oddaluje progresi demence (Gopalkumar et al., 2017, s. 123).

Další možnost, která může pozitivně ovlivňovat předcházení demence je z oblasti alternativních metod, jedná se o vliv meditace na kognitivní funkce v souvislosti se stárnutím a neurodegenerativními onemocněními. Cílem je dosáhnout větší míry pohody, klidu a koncentrace prostřednictvím zvýšení kontroly nad psychickými procesy. Vliv se spatřuje zejména na pozornost, paměť, verbální plynulost a kognitivní flexibilitu. Meditace může představovat vhodnou nefarmakologickou intervenci zaměřenou na prevenci snížení kognitivního funkcí u starších osob (Marciniak et al., 2014, s. 7).

Velmi účinná prevence proti předčasnému stárnutí mozku je paměťový trénink, který patří k novodobým efektivním prostředkům prodloužení nezávislého života seniorů a zvýšení jejich samostatnosti. Udržení kognitivních funkcí a snížení rizika vzniku demence pomáhá pravidelné procvičování mentálních funkcí, udržování aktivních sociálních kontaktů a zapojení do života komunity prostřednictvím aktivit zaměstnání a dobrovolné činnosti (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 29).

1.3 Diagnostika a klinický obraz

Při diagnostikování demence se nejprve odebírá anamnéza zaměřená na popis obtíží a jejich podobu, dobu vzniku a jejich průběh. Pacienti si často problémy nepřipouštějí, bagatelizují je, racionalizují, a proto je velmi důležitá objektivizace druhou osobou (Kulišťák a kol., 2017, s. 488). Součástí diagnostiky je vyšetření poznávacích funkcí, paměti, řeči, sebeděče, plánování a plnění úkolů. Nejužívanějším testem je Mini-Mental State Exam (krátký test kognitivních funkcí) sloužící k vyšetření rychlé orientace v čase a prostoru a test hodin, kterým je možno posoudit kognitivní, exekutivní a vizuálně-prostorové schopnosti. Lze využít také WAB (Western Aphasia Battery) test řečových

funkcí, kde se hodnotí spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění slov, čtení, psaní, počítání a doplnění obrazců do logických sérií. Dalším diagnostickým testem je Wechslerova škála paměti poskytující detailní informace o zrakové a verbální paměti. Testuje schopnost zapamatování si slov, tváří a uspořádání čísel a písmen. Při posuzování pozornosti, psychomotorického tempa a adaptaci na zátěž je využíván Stroopův test (Martináková, 2017, s. 17).

K další vyšetřovací možnostem patří zobrazovací techniky, vyšetření počítačové tomografie a magnetická rezonance slouží k zobrazení atrofie mozku, vyloučení nádorů a mozkového krvácení (Gdovinová, 2017, s. 224). Pozitronová emisní tomografie (PET) a jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT) poskytují informace o kvalitě metabolismu mozku a aktivitě přenosu vzruchů. Elektroencefalografickým vyšetřením (EEG) sledujeme funkční činnost mozku (Seidl, 2015, s. 126–128). Vyšetřovací metody doplňuje zhodnocení fyziologických funkcí, krevního tlaku, pulzu, laboratorní vyšetření krevního obrazu, hladiny vitamínu B12, kyseliny listové, mineralogramu, urey, kreatininu, hormonů štítné žlázy (Gdovinová, 2017, s. 224).

Demence má progredující průběh a projevuje se komplexním postižením paměti a psychických funkcí (Jirák, 2013, s. 70). Mezi počáteční příznaky patří poruchy paměti a orientace, následně jsou narušeny denní aktivity. Pacientům se nedaří vykonávat složité činnosti, jejich okruh se rozšiřuje a postupně zaniká schopnost instrumentálních činností v denním životě jako nakupování, péče o domácnost, používání domácích spotřebičů, telefonování, plánování činností, organizace času, hospodaření s penězi. V pokročilé fázi se stává pacient nesoběstačný, není schopen se sám najíst, napít, provést osobní hygienu, obléct se a pohybovat se (Hauke, 2017, s. 46). Osoby s demencí jsou plně odkázány na péči okolí. V průběhu rozvoje onemocnění se přidávají poruchy chování, které se rozvíjejí ve středním a těžkém stadiu nemoci, jsou to stavy neklidu a agitovanosti, často spojené s agresivitou vůči pečujícím osobám. Pacienti vykřikují, napadají druhé osoby, snaží na sebe upoutat pozornost nebo jednají neúčelně, přenáší věci z jednoho místa na druhé nebo se svlékají (Jirák, 2013, s. 22–23).

1.4 Léčba

U demencí kauzální léčba neexistuje, onemocnění časem dospívá do terminální fáze projevující se imobilitou, inkontinencí, poruchou nutrice a plnou závislostí na okolí (Lužný, Skopalová, 2014, s. 56).

Alzheimerova choroba, jak již bylo zmíněno, se nedá vyléčit, lze pouze zmírnit příznaky a oddálit těžké stádium onemocnění. K základní kognitivní léčbě se používají na doporučení odborných lékařských společností inhibitory acetylcholinesteráz a memantin, derivát amantadinu, který má vlastnosti stimulantia a zlepšuje krátkodobou paměť. Dříve se podávali nootropika a vazodilatační látky, ale nebyly prokázány dostatečné důkazy o jejich prospěšnosti, a proto přestaly být součástí doporučených léčiv při Alzheimerově chorobě (Krombholz, 2011, s. 197, Zvěřová, 2017, s. 168). Důležitá součást léčby závisí na pečujícím, který se o nemocného stará. Pečující osoba musí dbát na udržování fyzické i psychické kondice nemocného, na jeho správnou výživu, hydrataci a nabízení vhodné aktivity. Postiženým osobám se musí zajistit bezpečné a klidné prostředí, nejlépe v podmínkách, ve kterých do začátku onemocnění žily (Franková, 2015, s. 50). Pro pacienty je výhodou, když mohou zůstat ve svém prostředí, protože každá změna je pro ně složitá a může zhoršit jejich zdravotní stav. Je doporučováno, aby nemocní byli hospitalizováni jen v komplikovaných situacích, při nezvladatelných poruchách chování, výrazném zhoršení zdravotního stavu pacienta, které nelze zvládnout v domácích podmínkách, anebo pokud jedinec žije sám a jeho sociální situace je neúnosná; péči o sebe už nezvládá. (Jiráček, 2013, s. 116).

U frontotemporální demence jsou možnosti léčby také stále nedostatečné. Podáváním inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu v běžných dávkách můžeme příznivě ovlivnit symptomy jako agresivita, zvýšená iritabilita, agitovanost, poruchy příjmu potravy či projevy nutkavého chování. Při těžších poruchách chování se používají antipsychotika druhé generace v nižších dávkách. Nezbytná je terapie interkurentních somatických onemocnění a korekce smyslových vad (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 42).

U vaskulární demence pozitivní efekt v léčbě vykazuje cerebrolysin, který má příznivý účinek na kognici nemocného. Při výskytu emoční lability a deprese se využívají serotonergní antidepresiva v běžných dávkách. Nutné je dbát na zvýšené riziko krvácení při podávání, které narůstá při jejich kombinaci s antikoagulancii nebo nesteroidními antirevmatiky (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 44) Důležitá je i antiagregační terapie k zabránění vzniku mozkových infarktů (Fertalová, Ondriová, 2020, s. 42).

U demence s Lewyho tělísky z farmakologické stránky jsou hlavní volbou cholinergní kognitiva. Tyto léky zlepšují kognitivní a behaviorální příznaky. Mezi hlavní zástupce patří rivastigmin a donepezil. Tyto léky napomáhají zlepšit denní kognici a neuropsychiatrické příznaky. Lék k ovlivnění parkinsonské symptomatiky se podává Levodopa. Při poruchách

chování se podávají antipsychotika (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 42). Při volbě terapie je třeba se vyvarovat neuvážené léčby antipsychotiky, protože může způsobit i po delší latenci, rozvoj těžkého parkinsonského extrapyramidového syndromu, tudíž iatrogeně poškodit nemocného (Zvěřová, 2017, s. 131). U demencí u Parkinsonovy choroby musíme dbát na správnou výživu, dostatečnou hydrataci a kompenzovat somatické onemocnění. Jako farmakoterapie se podávají léky ze skupiny inhibitory acetylcholinesterázy, které mají vliv na kognici, poruchy chování a aktivity denního života. Lékem volby je rivastigmin, dostupný v perorální i náplast'ové formě. Zcela nevhodné je podávání benzodiazepinů v anxiolytické i hypnotické indikaci (Vališ, Masopust, Pavelek, 2020, s. 44).

Nefarmakologická léčba zahrnuje aktivizační metody a psychosociální intervence s cílem zachování soběstačnosti, prevence problémového chování, výplně volného času a udržení kvality života. Mezi přístupy využívané u seniorů s demencí může patřit validace, reminiscenční terapie, trénink kognitivních funkcí, pet-terapie, muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie nebo bazální stimulace (Martináková, 2017, s. 47–48).

2 SENIOR

2.1 Stáří a stárnutí

Stáří je poslední vývojová etapa života (Čevela a kol., 2016, s. 12). Je to životní fáze vymezena dvěma časovými body, horní věková hranice je ohraničená smrtí, spodní věková hranice je neurčitá tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně (Sak, Kolesárová, 2012, s. 32). V této etapě se prolíná zráním s involucí, s ubýváním sil, biologické aspekty se prolínají se sociálními (Čevela a kol., 2016, s. 12). Člení se podle několika hledisek na sociální, chronologické a biologické. Chronologické stáří je určeno datem narození. Poskytuje jasné a praktické údaje o seniorovi, ale nemusí vypovídat o jeho funkčním potenciálu. Za začátek kalendářního stáří se považuje věk 65 let a vlastní stáří začíná 75. rokem. Biologické stáří je důsledkem genetiky, celoživotního působení zevního prostředí a způsobem života jedince. Sociální stáří je charakterizováno změnami v sociálních rolích a potřebách člověka. Životní období po šedesátém roce věku člověka se také označuje jako třetí věk. Se stářím se pojí i pojem čtvrtý věk. Toto období vzniká, když člověk, kvůli nemoci je omezen v uspokojování svých potřeb a je odkázán na druhou osobu (Wernerová a kol., 2016, s. 69).

„Stárnutí je přirozený, zákonitý jev, typický pro všechny živé organismy. Je to nevyhnutelný proces, který je nedílnou součástí životního cyklu člověka“ (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 177). Je nejčastěji popisováno jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a sníženou výkonností seniora. Je to součet změn, které se vyskytují průběžně v tomto období (Dvořáčková, 2012, s. 16).

Stárnutí a stáří znamenají plnohodnotná období života. Vlastní vyrovnání se se stárnutím je prvním a zásadním krokem ke klidnému životu. V podvědomí člověka je stárnutí a stáří většinou vnímáno jako negativní období lidského života, protože od samého počátku lidské existence jsou tyto etapy života spojeny s řadou mýtů a předsudků. Strach ze stárnutí a stáří často plyne z případné ztráty soběstačnosti, z poklesu tělesných, mentálních či psychických funkcí, z restrikce sociálních vztahů, ze ztráty seberealizace a dalších. Důsledkem toho může být skutečnost, že mnoho lidí se s procesem stárnutí a následně přicházejícím stářím nemůže vnitřně vyrovnat (Janiš, Skopalová, 2016, s. 145).

Populace stárne, podíl ekonomicky aktivních osob se snižuje a počet osob starších 65 let narůstá. Mezi lidmi jsou velké rozdíly už v dospělosti, kvůli dědičnosti, vrozeným

genetickým dispozicím, výchově, vzdělání, sociálním kontaktům a mnoho dalších. Při stárnutí se jedinec mění z biologického hlediska a obvykle se změní i socioekonomická situace. Tyto změny, avšak nejsou univerzální a neprobíhající u všech lidí stejně (Štěpánková a kol., 2014, s. 15).

Období stárnutí je provázáno mnoha významnými sociálními změnami, které mají dopad na další životní styl seniora. Mezi tyto změny náleží odchod do důchodu, změna životního stylu a ekonomické situace, omezení sociálních aktivit a kontaktů, strach z osamělosti a nesoběstačnosti, nemocnost, úmrtí partnera a závislost na péči jiných osob. Lidé ve stáří se setkávají s mnoha sociálními riziky, mezi které patří chudoba, izolovanost, zanedbávání nebo týrání (Wernerová a kol., 2016, s. 70).

Vztah ke stáří si jedinec tvoří na základě postojů a názorů získaných průběhem svého života. Se stářím se člověk setkává ve společnosti, v rodině, na pracovišti a také ve vztazích. Po celý život se člověk učí vztah ke stáří a k seniorům (Procházková, 2019, s. 49). Negativní stereotypy stárnutí a postoje ke stáří jsou běžné. Zahrnují předpoklady a zobecnění o tom, jak by se lidé seniorského věku měli chovat, bez ohledu na individuální rozdíly. Tyto negativní postoje mají vliv na jejich chování, morálku, sebevědomí, rozvíjí depresi a úzkost a zhoršují jejich fyzické zdraví. Stereotypy stárnutí jsou sociální konstrukty, které jsou kulturně a historicky situovány (Kisvetrová, 2019, s. 30).

V prožívání a vnímání kvality života jsou mezi seniory velké rozdíly. Podílí se na tom i mimo jiné také individuální tempo stárnutí. Kvalita života ve stáří není jen individuální záležitostí člověka, je záležitostí celé společnosti. Vyžaduje jak strategickou spolupráci ze strany vlády, tak i samosprávy, aby mohl být naplněn celý závazek vyšší kvality života ve stáří, tak i komplexní přístup a spolupráci napříč jednotlivými částmi společnosti (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 134).

Výzvou pro úspěšné stárnutí je za úkol snížit výskyt chronických onemocnění v průběhu života. Předpokládá se, že úspěšné stárnutí je možné s dobrým výběrem životního stylu a vyhýbání se rizikovým faktorům (Mauk, 2018, s. 36).

Omezení funkční zdatnosti v oblasti fyzické, smyslové, psychické, ale i sociální, můžeme považovat za ukazatele zdravotního omezení, omezení kvality života a míry soběstačnosti, a tím i stupně závislosti v řízení o příspěvek na péči. (Wernerová, Zvoníková, 2016, s. 73).

2.2 Změny spojené se stářím

Tělesné změny

Stáří s sebou přináší polymorbiditu, stav, kdy senior trpí více chronickými chorobami najednou. Onemocnění se většinou týká pohybového aparátu, kardiovaskulárního systému, smyslových receptorů. Zhoršení zdravotního stavu se zcela odráží i ve změně fyzické aktivity a vizuální proměně. Do tělesných změn patří změna vitální kapacity, svalové síly, hmotnosti a objemu mozku, atrofie postihující všechny orgány a tkáně, snížení elasticity orgánů a tkání, distribuce tělesných tekutin, změn bazálního metabolismu, snížená funkce endokrinních žláz a změna sexuální aktivity u mužů (Janiš, Skopalová, 2016, s. 126). U seniorů dochází ke změně tepové frekvence. Zanikají svalové srdeční buňky a nahrazují je vazivové tkáně. Fyziologické změny v trávicím traktu začínají již ztrátou zubů, které má za následek poruchu rozměňování. Postupně se zmenšuje tvorba slin, což se může podílet na poruše polykání a vyslovování. Zcela fyziologicky dochází ke snížení pohyblivosti orgánů trávicí soustavy. V konečniku je sníženo napětí svěrače. Mění se tělesné složení, přibývá tukové tkáně a vaziva, ale ubývá svalová a kostní hmota. Hormonální změny nastávají stejně u mužů tak i u žen. Muži v seniorském věku mají pokles testosteronu a u žen po menopauze se zvyšují hladiny testosteronu a klesají hodnoty estrogenů (Holmerová a kol., 2014, s. 20-22).

U zraku je hlavní změnou zraková ostrost kvůli ztrátě pružnosti čočky. Tyto změny lze však poměrně snadno korigovat vhodnými brýlemi. U sluchové výkonnosti dochází k pomalému, ale trvalému poklesu. Zpočátku klesá slyšitelnost vysokých frekvencí, postupně může dojít i ke zhoršenému rozlišování některých souhlásek (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 201).

Psychické změny

S kvalitativními změnami v životě seniora dochází i k významným změnám jeho psychiky. Emoční a hodnotovou změnu doprovázejí změny v oblasti behaviorální a kognitivní. Proměna psychiky ve stáří je biologicky podmíněná strukturálními a funkčními změnami mozku. Psychiku seniora ovlivňuje i řada faktorů, mezi které patří společenské postoje a očekávání, zkušenosti jeho generace, jeho životní styl, reakce člověka na vlastní stárnutí. Typickými změnami pro člověka ve stáří je zpomalené psychomotorické tempo, přesouvá se pořadí potřeb, hodnot, cílů a změna globální motivace (Brzáková Beksová, 2013, s. 38). V seniorském věku se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy jedince. Všechny tyto psychické změny se sociálními změnami stěžují seniorům adaptaci na nové

prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 24). Psychická involuce se popisuje jako demontáž osobnosti. Jednou z nejzávažnějších poruch je demence. U seniorů nejsou výjimkou deprese, které vznikají z těžkých ztrát a velkých změn (Janiš, Skopalová, 2016, s. 132).

Sociální změny

Primární změnu sociálního statusu ve stáří představuje první společenský mezník, kterým je odchod do starobního důchodu. Pro lidi v tomto okamžiku nastává nová situace, a to nejen z ekonomického hlediska. V popředí je potřeba nové stimulace, která by nahradila dosavadní životní náplň a ztracené sociální vazby (Brzáková, Beksová, 2013, s. 42).

Beznaděj a nouze provází sociální izolaci některých sociálních skupin, do které se řadí přistěhovalci, bývalí vězňové, bezdomovci, zdravotně postižení a osamělí senioři. Podstatná je ochrana proti diskriminaci, měl by být umožněn přístup k nezbytným sociálním službám, uspokojivému bydlení a prostřednictvím veřejného zdravotnictví by měla být garantována zdravotní péče za ekonomicky únosných podmínek (Čevela a kol., 2014, s. 262).

Kognitivní změny

Přirozené stárnutí je spojeno s jasným úbytkem kognitivních funkcí, kvůli změnám ve struktuře a fungování mozku. Kognitivní výkon je ovlivněn nejen přímým zhoršením kognice, ale i díky zhoršení sensorických funkcí, zejména sluchu, zraku a motoriky (Vyhnálek a kol., 2021, s. 21). Změnu kognitivních funkcí nejlépe popisuje slovo zpomalení. Staří lidé potřebují více času k vykonání určité činnosti, ale vždy se snaží daný úkol pečlivě vykonat (Janiš, Skopalová, 2016, s. 130).

Projevy narušení pozornosti a pracovní paměti výrazně závisí na komplexnosti úkolu. Pro přirozené stárnutí je charakteristické narušení tzv. rozdělené pozornosti, kdy je pro seniora obtížné se věnovat více činnostem najednou a přepínat mezi nimi. Naopak zaměřená pozornost, kdy se člověk zaměřuje jen na jednu činnost, je narušená výrazně méně (Vyhnálek a kol., 2021, s. 22).

Paměť se většinou mění z mechanické na logickou. Starší lidé si obtížněji osvojují učivo, které nemá logické uspořádání a logickou strukturu. Jestliže má učivo logickou strukturu, je výkon učících se seniorů srovnatelný s výkonem jiných účastníků vzdělávacího procesu. Ke zhoršování paměti dochází výrazněji ve věku od 70 do 90 let. Senior má problém si zapamatovat nové informace, ale staropaměť zůstává zachována (Špatenková, Smékalová 2015, s. 204).

3 POTŘEBY SENIORŮ S DEMENCÍ

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká při pocitu nedostatku nebo nadbytku. Jsou prospěšné a úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Jedinec má touhu něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, duchovní nebo sociální (Šamánková, 2011, s. 13). Během života člověka se potřeby mění z hlediska kvality, tak i kvantity. Potřeba je motiv k jednání člověka. Při neuspokojení osoba strádá a prožívá citovou deprivaci. Při projevu nedostatku startuje proces motivace, která určuje sílu, směr chování, jednání a vede k uspokojení potřeby. Jen málokdy se dosáhne stavu, kdy je „motivační klid“, protože platí, jakmile uspokojíme jednu potřebu, přichází hned druhá, jakmile je uspokojena přichází jiná (Krátká, 2018, s. 15).

Senioři mají touhu uspokojit své potřeby v životě, jako všichni ostatní. Ale kvůli věku jsou už odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče nesouvisí s věkem, ale je spojena s poklesem soběstačnosti a s funkčními schopnostmi, které omezují seniora (Dvořáčková, 2012, s. 125). Množství a vydatnost potřeb závisí na pohlaví jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal a žije, na zdravotním stavu, životních situacích a mentálních schopnostech (Šamánková, 2011, s. 13).

Většina seniorů dává větší přednost žití v domácím prostředí než v sociálních zařízeních. Uspokojení základních potřeb zvládají senioři sami, za pomoci rodiny nebo terénních a sociálních služeb (Florence, 2013, s. 13).

Respektováním potřeb jedince se uchová kvalita jeho života. Plnění potřeb při pečování o nemocného, může pečující osoba předejít vzniku depresí a ztrátě soběstačnosti. Umožní tak člověku zachovat jeho vlastní hodnoty osobnosti. Pozorná péče napomáhá předcházet příznakům a projevům nedostatku potřeb (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 119).

U nemocných s demencí jsou nejčastější nenaplněné potřeby paměť a psychický stres, kde se řadí hněv, smutek a osamělost (Miranda-Castillo et al., 2013, p. 8). Potřeby ovlivňuje rodinné prostředí, kultura, osobnost před onemocněním, typ demence. Všechny tyto faktory utvářejí individuální obraz dementního člověka a determinují jeho potřeby (Holmerová, 2018, s. 48).

3.1 Potřeby pohledem vybraných autorů

Mezi nejznámější a nejpoužívanější motivační teorii, která vede k dosažení cílů patří Maslowova pyramida potřeb. Dělí potřeby do dvou hlavních skupin. První skupina se nazývá potřeby nedostatku, které jsou označovány jako D-potřeby. Druhá skupina je spojená s bytím člověka, která se nazývá B-potřeby. Při nedostatečném uspokojení D-potřeb člověk pociťuje úzkost. Nedostatek se jedinec snaží odstranit nebo chybějící touhu zaplnit. Při uspokojení člověk dosáhne nejen dobrého pocitu, ale i motivaci dosáhnout vyššího cíle (Příbyl, 2015, s. 34).

Manfred Max-Neef, chilský ekonom, který se zabývá otázkami chudoby, tvrdí, že základní lidské potřeby nejsou hierarchické, jsou ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze. Lidské potřeby klasifikuje jako konečné a určité, navíc stálé ve všech lidských kulturách a historických časových intervalech. Max-Neef jako základní lidské potřeby označuje bytí, ochranu, lásku, porozumění, participaci, odpočinek, tvoření a svobodu. Oproti tradiční motivační teorii Maslowa nejsou hierarchizovány, ale jsou charakterizovány vzájemnou komplementaritou a kompromisy (Dvořáčková, 2012, s. 137).

Další teorii založil americký psycholog Henry Alexander Murray. Uvádí, že základní pojetí pro motivaci je potřeba, která reprezentuje sílu. Aktivují se tak interní a externí stimulační faktory, které vyvolávají potřebu, a ta vede k činnosti. Murray dělí potřeby na tři různé kategorie. Vrozené potřeby patří do primární kategorie, druhou kategorii tvoří sekundární neboli psychogenní potřeby, získané. A poslední jsou kategorie skryté, do kterých patří sociálně-vztahové potřeby. Rozděluje potřeby také na latentní a manifestní (Krátká, 2018, s. 17).

Teorie naučených potřeb nebo teorie získaných potřeb od amerického behaviorálního a sociálního psychologa Davida McClelland je charakterizována motivací, která stojí na afektech. Mezi základní potřeby této teorie patří potřeba přidružení, úspěchu, energie (Příbyl, 2015, s. 36-37).

Helena Chloubová, psychoterapeutka Domova pro seniory Ďáblice, se staví za komplexní holistický přístup, který zdůrazňuje psychosomatickou individuálnost každého člověka. Je představitelka humanisticko-holistického přístupu. Psychoterapeutka Chloubová charakterizuje potřeby člověka pomocí domku. Pro stabilitu domu jsou nutností pevné základy, kde patří tělesné potřeby, na ně navazují psychosociální potřeby a potřeby bezpečí a jistoty (Příbyl, 2015, s. 40).

3.2 Základní rozdělení potřeb u seniorů s demencí

Fyziologické potřeby

Mezi tyto základní potřeby se řadí dostatek jídla, tekutin, tepla, hygieny, udržování tělesné teploty, spánek a odpočinek (Šamánková a kol., 2011, s. 17). Potřeba přijímání stravy a tekutin je problematická především u nemocných v pokročilém stádiu demence, osoby si jídlo sami nepřipraví a následně potřebují pomoc při krmení (Martinková, 2017, s. 25). Další neuspokojené potřeby jsou spojené s vyprazdňováním. Tyto potíže se týkají především inkontinence moče a stolice. Nemocní potřebují používat opatření ke zvládnutí úniku moči a stolice (Mlýnková, 2011, s. 87). Nesmí se opomenout fyzická aktivita. Ve druhém stádiu demence lidé už pohyb omezují. Neurodegenerativní změny vedou k poruše spánku a lidé nevnímají denní a noční režim. Přes den je nutné zajistit aktivizaci nemocného a před spánkem zajistit vhodné prostředí a jeho rituály před spaním (Kurcová, 2016, s. 250-251). Potřeba zdraví se odvíjí dle všech složek osobnosti jedince, a hlavně od celkového stavu pacienta a závažnosti jeho onemocnění (Šamánková, 2011, s. 21).

Psychické potřeby

Jsou vyvozovány a vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů, které vychází z individuálního prožívání, vnímání světa a z potřeby rozvíjení osobnosti. Mezi psychické potřeby patří pocit psychické vyrovnanosti, prožívání životních událostí s pocitem psychického bezpečí (Šamánková, 2011, s. 17). Jedinci s demencí mají potřebu citové jistoty a bezpečí. Lidé se cítí ohroženi nemocí, sníženou sebeobslužností a sociálními změnami. Mnohdy mají úzkostný strach ze smrti (Příbyl, 2015, s. 50).

U nemocného je důležitá potřeba seberealizace. Je utvářena prostřednictvím vyprávění příběhů ze své minulosti. Tuto potřebu si klient uspokojuje pomocí komunikace s ostatními o jeho minulosti (Hauke a kol., 2017, s. 105). Lidé často neumí své potřeby identifikovat a správně pojmenovat. Potřebují a dávají přednost řádu, mají svá pravidla, své rituály. Při změně dochází často k frustraci s pocitu strachu, nejistoty, neklidu a dezorientace (Příbyl, 2015, s. 40).

Sociální potřeby

Mezi sociální potřeby se řadí touha sociálního zařazení, komunikace a lásky. Uspokojení těchto potřeb závisí na společnosti, ve které jedinec žije, jaké má sociální zázemí a postavení. Bez lásky nebo pozitivního přijímání, člověk slábne a uzavírá se do sebe. Při nedostatku těchto potřeb se mohou u jedince objevit depresivní stavy. Každý člověk potřebuje lásku

přijímat i někomu dávat. Nemocný se neobejde bez neustálého kontaktu a podpory od jeho příbuzných a potřebuje být kladně přijímán a milován (Hauke a kol., 2017, s. 105).

Komunikace s pacientem s demencí je většinou doprovázena komunikační bariérou, která je způsobena změnami kognitivních funkcí a vnímání. V pozdějších stádiích se komunikace zhoršuje a nemocného vyřazuje ze společnosti (Kubová, 2016, s. 214-215).

Potřeba ekonomického zabezpečí je u jedinců staršího věku velmi důležitá. Jedinci tak mají pocit, že se o sebe dokáží postarat. Při nenaplnění této potřeby mohou mít svazující úzkosti a strach z budoucnosti. Senior potřebuje klid a mír nejen ve svém okolí, ale také v duši. Potřebuje věřit svému bezprostřednímu okolí. Velmi špatně snáší konflikty, i když s ním nesouvisí. Má potřebu odpuštění a usmíření (Příbyl, 2015, s. 54).

Duchovní potřeby

Jsou také označovány jako spirituální. Spojují se s duchovní tendencí seniora a také s náboženským, filozofickým a psychologickým zaměřením a cítěním (Šamánková, 2011, s. 17). Duchovní nebo spirituální potřeby nejsou vyžadovány jen u věřících. Týkají se i smyslu života, důvodu vlastní existence nebo všeobecně řečeno všeho, co přesahuje pozemský život (Příbyl, 2015, s. 82). Osobní spiritualita jedince je zdroj naplnění vlastních duchovních potřeb a může výrazně přispívat k pohodě nemocného. Prostřednictvím religiozity může senior zažít bezpodmínečné přijetí vlastní osoby a smysluplně integrovat do vlastního života negativní zkušenosti, a to může vést ke zmírnění bolesti nebo ke kognitivnímu přehodnocení jeho životních situací (Štěpánková a kol., 2014, s. 249).

Starší lidé mají potřebu naděje otevřené budoucnosti. Otázky, které se týkají smyslu života jsou ve stáří velmi aktuální. Nemocný musí vědět, že jeho život měl a stále má smysl, protože nenaplnění potřeby smysluplnosti vedou ke stavu duchovní nouze a životní apatii a člověk trpí. Pokud se ukáže příčina jeho smutku je potřeba mu ukázat, že v každé životní situaci se dá smysluplně žít (Příbyl, 2015, s. 82).

3.3 Překážky v naplnění potřeb

Naplnění potřeb je ovlivňováno několika faktory, které se dělí na objektivní a subjektivní. Mezi objektivní faktory se řadí vývojové stádium jedince, pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí a společenské postavení. Tyto faktory ovlivňují naplnění potřeb viditelných a objektivně hodnotících. Jsou to potřeby dostatku jídla a tekutin, pomoci při pohybu, při hygieně anebo uspořádání sociálního prostředí. Patří zde i mezilidské vztahy, obvykle se řadí mezi subjektivní, ale lze je posuzovat i objektivně. U subjektivních faktorů je narušena

sebekoncepce. Lidé, kteří mají narušenou sebekoncepci nejsou schopni své potřeby sami uspokojovat (Šamánková, 2011, s. 24).

Pečující osoby ale nesmí zapomenout na možné riziko vzniku bariér v uspokojování potřeb. Samotné uvědomění napomáhá předcházet vzniku překážek. Mezi nejčastější typy bariér patří osobní překážka. Kdy pacient se ostýchá, má obavu ze zklamání, pociťuje nedůvěru anebo je to pro něho choulostivé sdělení. Nemocný se může dostat do situace, kdy není schopen přijmout pomoc při naplňování potřeb. U této psychické bariéry někdy hraje roli sympatie nebo antipatie. U dementních pacientů se často pečující osoba setkává s jazykovou bariérou. Kdy u nemocného schází porozumění slovům a postupně až ztráta verbální komunikace (Příbyl, 2015, s. 46).

Další překážkou je fyziologická bariéra vznikající tělesným diskomfortem, která po odstranění příčiny vymizí (Šamánková, 2011, s. 14).

Při nedoslýchavosti u některých seniorů se mohou pečující osoby setkat s bariérou neporozumění slovu. Lidé se často ostýchají znovu zeptat. Je nutné u všech lidí staršího věku si při rozhovoru ověřit, zda rozuměli. Bariér je mnoho, lidé často neumí ani specifikovat přesně to co jim chybí nebo přebývá. Je proto důležité, aby pečující osoba se snažila včas odhalit bariéry, které nemocného vedou k nedostatečné saturaci potřeb (Příbyl, 2015, s. 46). Při neuspokojení potřeb dochází k disharmonii, což je pro jedince zátěžová situace. Zátěžová situace se vyskytuje pomocí frustrace, konfliktu, stresu nebo deprivace. Člověk může být frustrován vlastními bariérami, které jsou pro něho nedosažitelné. Frustrace je krátkodobý stav, který lze snadno překonat. Konflikt patří mezi každodenní potíže. Mimořádnou silnou životní frustrací je stres, který je charakterizován jako odezva na nadměrnou tělesnou nebo duševní zátěž. Při neuspokojení objektivně významných potřeb se nemocní dostávají do stavu deprivace. Patří to k nejvíce zátěžovým vlivům a může ovlivnit i psychiku jedince (Příbyl, 2015, s. 48). Nemocný, která nemá uspokojené potřeby, se projevuje slovní agresí (nadávkami) nebo fyzickou agresí namířenou proti někomu (Šamánková, 2011, s. 15).

4 PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Roli pečující osoby může plnit nejbližší příbuzný nebo přítel, který poskytuje individuální komplexní péče. Rozhodující pečovatelskou roli přebírá obvykle jedna osoba, kterou nazýváme pečovatel a je při péči podporován širší rodinou a přáteli (Kurucová, 2016, s. 15).

Syndrom demence patří k nemocem, které ve svém důsledku postihují nejen samotného člověka, ale také jeho rodinu. I přes všechnu závažnost je možné se syndromem demence žít uspokojivě a důstojně (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 11-12). Většina osob s demencí nadále žije ve svých domovech a pečují o ně příbuzní (Olsson et al., 2011, s. 104). Péče a podpora potřebná pro závislé osoby by měla být primárně poskytována v komunitě prostřednictvím neformální péče příbuzných přátel a známých a měla by být doplněna o formální péči poskytovanou zdravotními a sociálními službami (Lüdecke et al., 2018, s. 2). Lidé s demencí postupně ztrácí schopnost autonomního jednání a musí se proto spoléhat na podporu druhých, především svých příbuzných. Pečující uvádí, že každý den tráví s nemocným minimálně 10 hodin, protože na něho musí dohlížet. Život s jedincem s demencí a poskytování péče o ně je příbuznými vnímána jako stresující a náročná situace (Olsson et al., 2011, s. 104). Blízcí se ze dne na den stávají pečujícími. Prohazují se role, z rodičů se stávají ti, kteří potřebují pomoc svých dětí. Mění se způsob komunikace, neboť ti, kteří dříve uměli poradit, se náhle svých dětí ptají, co mají dělat a co budou jíst. A tak děti, které se stávají pečujícími, se ocitají v nové, pro ně neznámé úloze (Vojtková, 2020, s. 11).

Pro lidi, kteří se rozhodnou pečovat o někoho blízkého v domácím prostředí, je to rozhodnutí, ke kterému je nutné přistupovat velmi zodpovědně. I když byla péče o staré a nemocné vždy záležitostí rodiny, v současnosti to není samozřejmostí. Obrát v této problematice sehrála změna životního stylu, způsob bydlení a dostupnost sociálních služeb. (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 23).

Mnoho pečovatelů uvádí, že získali ze své pečovatelské role emociální a duchovní odolnost, ale mnozí také pociťují fyzické a psychické problémy přímo související se stresem a požadavky každodenní péče (Roberts et al., 2018, s. 1).

4.1 Dopad demence na pečující osoby

Péče o vážně či chronicky nemocného člena rodiny je náročná životní situace, která má značné nároky na fyzickou i psychickou odolnost, na adaptabilitu pečujícího a výrazně zasahuje do rodinných vztahů (Jarolímová a kol., 2014, s. 105).

Fyzickou zátěž pečovatele způsobuje stálé zatížení kosterního, kloubního a svalového systému při zvedání a manipulaci s pacientem; porušení spánkového rytmu při nepřetržité péči (Kurucová, 2016, s. 22).

Z psychologické oblasti nejvíce popisují pečovatelé emociální neklid, stres, nervozitu, strach, depresi (Kurucová 2016, s. 45). Psychologické potřeby jsou těžištěm na straně neuvědomovaných potřeb, a to hlavně v ranných stádiích péče, kdy tyto potřeby nejsou pečujícími reflektovány vůbec, nebo jsou pocíťovány jen neurčitě. Vzhledem k tomu, že mnohé z těchto potřeb nemají akutní povahu, zůstávají během péče do určité míry nenaplněné. Psychologické potřeby v průběhu poskytované péče obvykle neodeznívají, ale v mnohých případech gradují. Psychická zátěž spojená s péčí tak může na lidech, kteří se starají zanechat následky, jejichž řešení může být dlouhodobé (Dragomirecká a kol., 2020, s. 173). Onemocněná a péče v domácím prostředí vyvolává u členů rodiny frustraci, dotýká se jich mnoha způsoby, může omezovat jejich životní styl i perspektivy, může být i příčinou narušení rodinných vztahů, protože členové rodiny mohou mít pocit, že situaci nezvládají (Kurucová, 2016, s. 45). Rodinní pečující se často snaží věnovat péči na úkor svých zálib a vlastních zájmů. To vede k předčasnému vyčerpání jejich sil, někdy až k syndromu vyhoření. Proto je důležité, aby pečující osoby věnovali dostatek času také sami sobě (Zvěřová, 2015, s. 61).

Být pečovatelem může přinášet osamělost a ztrátu společenských kontaktů. Osamělost velmi ztěžuje vyrovnání se s problémy pečování. Péče často vede k izolaci pečovatele v důsledku zanedbání jeho zaměstnání, koníčku a zálib (Fertl'ová, Ondriová, 2020, s. 385).

Když se pracující osoba rozhodne pečovat doma o příbuzného, musí zpravidla omezit svoji pracovní aktivitu, čímž se připravuje o pracovní výdělek. V případě náročné péče musí opustit své pracovní místo (Dudová, 2015, s. 159). Mnozí z pečujících cítí jako svou povinnost vzdát se svého zaměstnání než role pečujícího v rodině (Dragomirecká a kol., 2020, s. 148).

Celodenní péče o osobu s demencí představuje pro rodinné pečující výraznou fyzickou, emociální, psychickou i sociální zátěž, která se může projevit konkrétními zdravotními problémy (Jarolímová a kol., 2014, s. 106).

4.2 Úprava bydlení

Pokud duševní síly ubývají, lidé potřebují důvěrně známé prostředí. Bezpečí a nezávislost pro ně představují naučené a běžné pohyby, cesty, které najdou i poslepu a rutina, která se už léta odvíjí každý den stejně. Zvyklosti jim dodávají sílu a schopnost se orientovat. Jestliže je to možné, je doporučeno nepřestavovat žádný nábytek a nic nepřerovnávat. Je-li nutné zasahovat, snažit se ve známých předmětech zachovat starý pořádek (Lange, 2019, s. 130). Důležité je odstranit zdroje nebezpečí, a tak přecházet nehodám. Dodržovat přehlednost a pravidelnost v ukládání drobných věcí jako jsou brýle, klíče a doklady (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 374),

Dům nebo byt by měl být pozměněn tak, aby splňoval podmínky bezpečného a komfortního bydlení. Podlahová krytina by neměla být lesklá, protože může vyvolávat dojem, že je na podlaze voda a může vzbuzovat strach. Pruhy na podlaze mohou vypadat jako překážka. Místnosti, kde se nemocný má pohybovat je doporučeno vymalovat světle a naopak místa, kterým se má nemocný vyhýbat jako je například východ z bytu se doporučuje vymalovat tmavě. Nebezpečné předměty, čisticí prostředky a léky uchovávat tak, aby byly z dosahu. Odstranit infrazářiče a tepelné zdroje, které mohou být příčinou požáru a vybavit byt požárním hlásičem. Zabránit svévolnému opuštění bytu pomocí speciálních klik a zámků. Tato opatření, lze použít jen pokud pečující osoba žije s nemocným (Hauke a kol., 2017, s. 243-244). Bílé vypínače na bílé zdi se v pozdních stádiích demence nemocnému rozeznávají špatně, mohou pomoci barevné nálepky nebo kryty. Koupit přístroje jako je rychlovarná konvice, kávovar nebo žehlička, které mají samočinné vypínání po delší době. Předměty, o které může nemocný snadno zakopnout, by měl pečující odstranit, a tak zmírní riziko zranění. Kotel ohřívající horkou vodu je nutné nastavit na nižší teplotu, aby se zabránilo případnému opaření (Lange, 2019, s. 132). Ostré předměty uchovávat na bezpečném místě. Na vhodná místa upevnit madla a držadla. Na noc je dobré pořídit noční světlo, které pomáhá nemocnému v orientaci (Fertařová a kol., 2020, s. 380). Pokud nemocný trpí úzkostmi, je nutné odstranit nebo překrýt zrcadla. Při úpravě koupelny je doporučeno ji vybavit madly, umístit protiskluzovou židličku do sprchového koutku, na záchod zajistit nástavec (Lange, 2019, s. 132).

4.3 Finanční podpora

Poskytování neformální péče vede častěji k přerušení zaměstnání než k přechodu na práci na částečný úvazek. Zvyšuje se tak riziko chudoby v důsledku nižší mzdy a přerušované pracovní kariéry, převážně u žen. Poskytování neformální rodinné péče má ekonomické dopady na celou rodinu. Finanční prostředky sociální politiky státu umožňují tento dopad zmírnit (Truhlářová a kol., 2015, s. 41).

Příspěvek na péči

Dávka přispívá na podporu péče o osobu, která je kvůli svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby, protože má sníženou schopnost postarat se sama o sebe a o svou domácnost. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby. Hodnotí se mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Hauke a kol., 2017, s. 235-236). O příspěvek na péči lze požádat na příslušném Úřadu práce české republiky dle místa bydliště pacienta. Kromě žádosti je potřeba vyplnit formulář o poskytovateli pomoci. Na základě žádosti kontaktuje žadatele sociální pracovník Úřadu práce, který udělá sociální šetření za účelem zjištění schopnosti samostatného života nemocného v přirozeném sociálním prostředí. Další posouzení provádí lékař Úřadu práce, který si vyžádá od praktického lékaře informace o zdravotním stavu nemocného. Úřad práce poté podle jeho doporučení rozhodne o výši měsíčního výsledku. Příjemce příspěvku je povinen prokázat, že je příspěvek využíván na zajištění pomoci. Poskytování příspěvku se přerušuje v době hospitalizace (Holmerová, Pešková, 2014, s. 309-310). Příspěvek na péči se přiznává ve čtyřech stupních a výši. První stupeň je lehká závislost, kdy není nemocný schopen zvládat si zajistit tři nebo čtyři základní životní potřeby, osobě je tak vypláceno 880 Kč za měsíc. Druhý stupeň je středně těžká závislost, nemocná osoba není schopna zvládnout čtyři nebo pět základních životních potřeb a těmto osobám je vypláceno 4 400 Kč za měsíc. Třetí stupeň je těžká závislost a nemocný nezvládá sedm nebo osm základních životních potřeb a osobě je vypláceno 12 800 Kč za měsíc. Posledním nejtěžším stupněm je úplná závislost, kdy postižená osoba nezvládá devět nebo deset základních potřeb a osobě je vypláceno 19 200 Kč za měsíc (zákon č. 108/2006, Sb.).

Dlouhodobé ošetřovné

Od 1. června 2018 byla vytvořena nová dávka vyplácená ze systému nemocenského pojištění, a to dlouhodobé ošetřovné. Na dávku má nárok pouze osoba, která má nemocenské

pojištění. Opečovávanou osobou je fyzická osoba, která byla kvůli svému zdravotnímu stavu hospitalizována nejméně sedm dnů, a která po propuštění potřebuje péči další osoby nejméně po dobu třiceti dnů. Je nutné, aby lékař vyhodnotil potřebu péče. Při navrhování této dávky byl brán zřetel na značnou pečovatelskou zátěž, proto je umožněno, aby se pečující v péči vystřídali s dalšími blízkými ošetřovaného (Dragomirecká a kol., 2020, s. 60-61). Výše ošetřovného od prvního kalendářního dne je 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den (Čevela, Čeledová, 2019, s. 82)

Příspěvek na mobilitu

Tento příspěvek je přiznán, jestliže je osoba držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P a je nucena docházet často k lékaři, nemůže využít veřejných dopravních prostředků a je do zdravotnických zařízení dopravována osobním automobilem za úhradu. Výše příspěvku je 550 Kč měsíčně. O příspěvek se musí zažádat na Úřadu práce ČR (Hauke a kol., 2017, s. 240).

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek je určen pro zdravotně postižené osoby, které mají těžké tělesné onemocnění, nebo neurologické diagnózy. Je pro osoby, které trpí například postižením obou dolních končetin nebo všech čtyř končetin, s těžkými zrakovými či sluchovými vadami. Za příspěvek si mohou lidé pořídit pomůcku, kterou potřebují pro sebeobsahu nebo pracovní uplatnění či studium a není plně ani částečně hrazena ze zdravotního pojištění. Příspěvek se také může využít na úpravu bytu. Maximální výše příspěvku je 350 000 Kč a pro pořízení schodišťové plošiny 400 000 Kč. Pro nákup motorového vozidla je maximální výše příspěvku 200 000 Kč. Nárok na dávku vyhodnocují lékaři okresní správy sociálního zabezpečení a úřad práce. Žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku se podává na Úřadu práce (Suchá, Holmerová, 2019, s. 148).

Příspěvek na bydlení

Jedná se o příspěvek státní sociální podpory pro rodiny a jednotlivce, kteří nejsou podmíněni typem bydlení. Podmínkou je, aby ve vlastním rodinném bytě nebo bytě byl žadatel přihlášen k trvalému pobytu a náklady na bydlení včetně všech poplatků a vedlejších nákladů přesahovaly více než 30 % jeho příjmu. Žádosti vyřizuje krajský pracovní úřad (Lange, 2019, s. 65).

4.4 Sociální služby

Sociální služba je činnost, kterou vykonávají pracovníci, aby pomohli a podpořili člověka, který se ocitl v situaci, jež není standardní pro jeho normální žití. Takový člověk je omezen v činnostech, které předtím běžně zvládal, a nečinily mu závažný problém. Sám pečoval o sebe i o svoji domácnost, ale nyní mu tyto věci činí jistý problém a omezují ho v běžném životě. Sociální služby se snaží udržet nebo navrátit jedince do svého domova, tedy tam, kde se cítí dobře a kde je zvyklý žít (Holmerová a kol., 2014, s. 180). Sociální služby rozlišujeme na ambulantní, terénní a pobytové; terénní jsou poskytovány osobám v jejich sociálním prostředí a patří mezi ně pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče. Do ambulantních služeb osoba dochází nebo je dopravována a jejich součástí není ubytování. Patří mezi ně denní stacionář a centrum denních služeb. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby a týdenní stacionáře (zákon č. 108/2006, Sb.).

Péče o seniora s demencí je fyzicky i psychicky náročná a může mít nepříznivé sociální

Pečovatelské služby a osobní asistence

Pečovatelskou službu zajišťují různé agentury i některé obce. V některých regionech a obcích jsou tyto služby dobře rozvinuté, a naopak v některých dokonce neexistují. To se týká většinou malých obcí a okrajových částí, které nejsou dobře dostupné a jsou řidčeji osídlené (Suchá, Holmerová, 2019, s. 140). Pracovníci této služby docházejí do domácnosti osoby a pomáhají při zajištění stravování a chodu domácnosti jako jsou nákupy, úklidy, praní prádla, pomáhají při osobní hygieně. Služba také zajistí pochůzky, doprovod na nákupy, při návštěvě lékaře nebo při vyřízení drobných úředních záležitostí. Osobní asistence nabízí své služby v nepřetržitém režimu a nabízí klientům i vícehodinovou společnost, aktivizační a terapeutické činnosti. Tato služba je plně hrazena klientem (Hauke a kol., 2017, s. 255-256).

Denní stacionář

Nabízí několik hodin denně strukturovanou pobyt ve skupině. Lidé se mohou ve stacionářích setkat s cvičením, rukodělnou činností, rozhovorem, hudbou a dalším. Programy probíhají od jednoho do pěti dnů v týdnu. Některé denní stacionáře přijímají lidi s různým onemocněním, jiné se specializují pouze na péči o osoby s konkrétní chorobou. Tyto stacionáře se věnují i lidem s těžkými poruchami a nabízí aktivity navržené právě pro osoby s demencí. Mnoho programů slučuje osoby s demencí a jedince s jiným onemocněním. (Nancy a kol., 2018, s. 234). Klienti zde mají zajištěné stravování a

mohou využít podmínek pro zajištění osobní hygieny. Některé denní stacionáře nebo centra denních služeb zajišťují dovoz svých klientů do zařízení a zpět domů. Tato služba je plně hrazena uživatelem. Maximální částka se řídí aktuálním zněním vyhlášky č. 505/2006 Sb. (Hauke s kol., 2017, s. 258).

Respitní péče

Je forma péče, kterou se poskytuje pomoc pečujícím, aby si odpočinuli od náročného pečování. Je to přechodná péče o nemocného buď v sociálním zařízení nebo přímo doma (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 104).

Domy s pečovatelskou službou

Jedná se o byty v majetku města nebo obce, které si stanovují podmínky pro jejich přidělení. Byty jsou určeny seniorům a osobám se zdravotním postižením, které potřebují intenzivnější péči, než je ta, která by jim byla poskytována v jejich stávajícím bydlišti, neboť pečovatelka je většinou po celou pracovní dobu přítomna. Klient tak žije ve své domácnosti sám a stanovuje si svůj denní režim a s poskytovatelem si dojednává pouze pomoc v oblastech, které sám nezvládá. Domovy s pečovatelskou službou nenahrazují domovy pro seniory, protože zde nebývá poskytována zdravotní péče a přítomnost pracovníku je omezena (Hauke a kol., 2017, s. 256).

Tísňová péče

Služba je poskytována lidem, kteří žijí ve vlastních domácnostech prostřednictvím hlasového nebo elektronického spojení. Je určena osobám, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Využívají ji v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo jejich schopností. Při aktivaci služby je jim poskytnuta neodkladná pomoc nebo sociálně terapeutická činnost, pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování zájmů a práv (Matoušek, 2016, s. 230).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODA A VÝZKUM

5.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Mají pečující osoby informace, jak pečovat o seniory s demencí v domácím prostředí před započítím?

Soustředili jsme se na otázky, zda měly pečující osoby informace o péči o seniora s demencí před započítím péče a kde pečující získali informace o péči o seniora s demencí v domácím prostředí a jakých oblastí se týkali získané informace.

Výzkumná otázka č. 2

Jakou formu pomoci využívá pečující osoba při péči v domácím prostředí o seniora s demencí?

Soustředili jsme se na otázky, kdo pomáhá pečující osobě při péči o seniora s demencí z rodiny; zda využívá při péči pomoci sociálních služeb a finančních dávek, kterými pečovatele podporuje stát.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké situace při péči o seniora s demencí v domácím prostředí pečující osoba vnímá za zatěžující?

Zjišťovali jsme, jaké oblasti v péči o seniora vnímají pečující za problematické; která oblast při péči představuje pro pečujícího největší zátěž a současně nás zajímalo, kde pečující hledají pomoc při problematických situacích.

Výzkumná otázka č. 4

Jaké dopady má pečování o seniora s demencí v domácím prostředí na pečující osobu?

Zaměřili jsme se na otázky, které zjišťovali u pečujících o seniory v domácím prostředí, zda zasahuje starání se o nemocného do různých oblastí kvality života pečujících osob; zda se museli vzdát svých vlastních aktivit nebo zaměstnání.

Praktický výstup

Vytvořit informační materiál pro pečující osoby o seniory s demencí v domácím prostředí.

5.2 Charakteristika participantů

Participantů byli rodinní příslušníci pečující o seniory s demencí v domácím prostředí. Výběr participantů nebyl závislý na délce péčování, na pohlaví, na věku. Kritériem byla péče o seniora s diagnostikovanou demencí v domácím prostředí a ochota se podílet na výzkumu. Pro zachování anonymity participantů nejsou v přepisu rozhovoru uvedena jejich jména ani jiné identifikační údaje. Pro potřebnou identifikaci bylo použito označení P1 až P5.

Charakteristika jednotlivých participantů je uvedena v Tabulce 1.

Tabulka 1 – Charakteristika participantů

Participant	Zkratka	Pohlaví	Věk	Vztah k nemocnému	Délka péče	Senior s demencí		Bydlení
Participant 1	P1	Muž	58 let	Syn	2 a půl roku	84 let	Stařecká demence	Oddělené
Participant 2	P2	Muž	74 let	Manžel	6 let	69 let	Alzheimerova choroba	Společné
Participant 3	P3	Žena	40 let	Vnučka	3 roky	85 let	Alzheimerova choroba	Společné
Participant 4	P4	Žena	55 let	Dcera	6 let	89 let	Stařecká demence	Společné
Participant 5	P5	Muž	48 let	Syn	3 roky	76 let	Alzheimerova choroba	Společné

Zdroj: Autorka práce, 2022

5.3 Metoda a technika výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl k jeho řešení a při hledání odpovědí na uvedené výzkumné otázky zvolen kvalitativní přístup, který svým zaměřením umožňuje v průběhu explorační soustředění na hloubkové a detailní poznání zkoumaného fenoménu v jeho přirozených podmínkách a v celkovém kontextu (Hendl, 2016). Pro získání potřebných informací jsme zvolili techniku polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru. Při rozhovoru tazatel klade osobně a ústně otázky dotazovanému, tak aby obdržel informace, které potřebuje. Podstatnou roli při dotazování hrají kvalitně a srozumitelně

formulované otázky, které umožňují participantovi možnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm myšlenky (Jandourek, 2013, s. 212). Pro naplnění cíle a výzkumných otázek, ve spolupráci s vedoucí práce, byla sestavena sada 17 otázek, jejichž schéma je uvedeno v Příloze P I. Smyslem otázek bylo otevřít prostor pro témata, o nichž se domníváme, že mohou přispět k hloubkovému poznání zkoumaného fenoménu. Informace sociodemografického charakteru a údaje o zdravotním stavu seniora byly zjišťovány od pečující osoby. Otázky byly tvořeny na základě prostudování odborné literatury a stanovených výzkumných otázek a cíle. Průměrná délka jednotlivých rozhovorů byla 24 minut, nejdelší rozhovor trval u P1, a to 58 minut, nejkratší proběhl u P3 za 10 minut. Rozhovor u participanta P2 proběhl za 14 minut, u P4 za 13 minut, u P5 za 25 minut.

5.4 Organizace výzkumu a metody zpracování dat

V lednu 2022 byly konstruovány otázky k rozhovoru. Výběr participantů byl cílený, kritériem byla péče o seniora v domácím prostředí, ochota poskytnout rozhovor a souhlas s nahráváním rozhovoru. Participantů byli vybráni z okruhu známých autorky práce nebo z jejich okolí. Rozhovory probíhaly od 18. února do 18. března 2022. Všichni participantů s poskytnutím rozhovoru souhlasili, podepsané souhlasy jsou k dispozici u autorky bakalářské práce. Fixace dat byla provedena pořízením audiozáznamu z každého interview a jeho následnou doslovnou transkripcí (Příloha P II). Metoda audiozáznamu zachycuje autentický mluvený projev, je nestranná. Kontrola transkripce byla uskutečněna opakovaným poslechem jednotlivých nahrávek s odstupem 3 dnů. Ve snaze o dosažení co nejvyšší míry autenticity je transkripce jednotlivých interview doslovná, včetně nespisovných výrazů, které participantů používali. Provedli jsme systematizaci, kdy byly informace tříděné podle určitých kritérií korespondujících se stanovenými výzkumnými otázkami. Následně proběhlo kódování dat a vytváření jednotlivých tematických celků, jimž byla přiřazena klíčová slova jako pracovní názvy. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají relevance k výzkumným otázkám, konceptům, anebo tématům (Hendl, 2005, s. 228). Kódování bylo prováděno tak, že rozhovory byly nejprve vytištěny a následně v nich barevně označeny jednotlivé zkoumané oblasti, které měly vzájemnou souvislost a propojení. Záznamy z rozhovorů jsou k dispozici v digitální podobě u autorky práce. Výzkum probíhal v domácím prostředí pečující osoby v předem dohodnutou dobu. V dubnu 2022 byly získané informace analyzovány, současně byl připraven informační materiál pro pečující osoby. Pro tvorbu tabulek byl využit Microsoft Word 2010.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

6.1 Charakteristika participantů

Při rozhovorech s participanty byly získány stručné informace o nemocném seniorovi a pečující osobě. Informace se týkaly zaměstnání, věku, délky pečování, rodinného stavu, kompenzačních pomůcek, typu demence, ošetřujících lékařů a užívaných léků.

Participant 1:

Rozhovor byl veden v kuchyni participanta a nebyl ničím rušen.

Vztah participant k seniorovi s demencí – syn.

Pracuje jako traktorista. Dva a půl roku se stará o svoji maminku, která se léčí se stařeckou demencí v pokročilém stádiu.

Maminka má 84 let, je vdova a má 2 děti a bydlí s bratrem pečujícího v rodinném domě na vesnici. Před důchodem pracovala jako ošetrovatelka dojníc. Pravidelně navštěvuje psychosociální centrum, praktického lékaře, revmatologickou a kardiologickou ambulanci.

Při pohybu využívá hůlku a na čtení brýle.

Farmakoterapie: Apo-ome cps. 20mg 1-0-0 (blokátory protonové pumpy), Euthyrox tbl. 50mg ½-0-0 (hormony štítné žlázy), Digoxin tbl. 0,125 mg 0-0-½ (kardiotonika), Isoptin tbl. 240mg 1-0-0 (antiarytmika), Furon tbl. 40mg ½-0-0 (diuretika), Metamizol tbl. 500mg 1-0-0 (analgetika), Lerivon tbl. 10mg 0-0-1 (antidepresiva), Warfarin orion tbl. 3mg 0-1-0 (antikoagulancia), Mantomed tbl. 10mg 0-0-1 (antagonisté NMDA receptorů), Mirzaten tbl. 30mg ½-1-0 (antidepresiva), Tiapra tbl. 100mg 1-0-0 (neuroleptika), Medrol tbl. 100mg ½-0-0 (antiastmatika), Omeprazol 20mg cps. 1-0-0 (inhibitory protonové pumpy), Cavinton 5mg tbl. 1-0-0 (vazodilatancia).

Participant 2:

Rozhovor probíhal v jídelně participanta, byla přítomna jeho manželka.

Vztah participant k seniorovi s demencí – manžel.

Participant je v důchodu a šest let pečuje o svoji manželku, která se léčí s Alzheimerovou nemocí. Bydlí spolu v rodinném domě na vesnici.

Manželka má 69 let. Dříve pracovala jako skladnice. Je v péči psychiatra, neurologa, gynekologa a praktického lékaře. Kompenzační pomůcky nevyužívá.

Farmakoterapie: Esprital tbl. 30mg 1-0-1 (antidepresiva), Prosulpin tbl. 50mg 0-1-0 (neuroleptika), Sertralin tbl. 50mg 1-0-1 (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), Donepezil tbl. 10mg 0-0-1 (inhibitory acetylcholinesterázy), Detralex tbl. 500mg 1-0-0 (venofarmaka), Emanera tbl. 20mg 1-0-0 (inhibitory protonové pumpy).

Participantka 3:

Rozhovor probíhal v pracovně participantky, nebyl ničím rušen.

Vztah participant k seniorovi s demencí – vnučka.

Pracuje jako vedoucí pečovatelské služby. Participantka je svobodná a má 2 děti. Tři roky se stará o svoji babičku, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. S babičkou bydlí spolu v rodinném domě na vesnici.

Babička má 85 let. Před důchodem pracovala jako provozní v hotelu. Je v péči gerontopsychiatra a praktického lékaře. K pohybu potřebuje hůlku.

Farmakoterapie: Mirzaten tbl. 15mg 0-0-1 (antidepresiva), Citalec tbl. 10mg 1-0-0 (antidepresiva), Buronil tbl. 25mg 0-0-2 (neuroleptika), Omeprazol cps. 20mg 1-0-0 (inhibitory protonové pumpy).

Participantka 4:

Rozhovor byl veden v jídelně participantky a nebyl ničím rušen.

Vztah participant k seniorovi s demencí – dcera.

Participantka žije s rodiči, o které se stará. Bydlí v rodinném domě na vesnici. Má 2 děti. Pracuje jako masérka. Stará se 6 let o maminku, kterou postihla stařecká demence.

Maminka má 89 let. Dříve pracovala jako kuchařka ve školní jídelně. Využívá kompenzační pomůcky: chodítko, francouzské hole, nástavec na záchod, invalidní vozík. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře a psychiatra.

Farmakoterapie: Stacyl tbl. 100mg 1-0-0 (antiagregancia), Monopril tbl. 20mg ½-0-0 (antihypertenziva), 1-0-1 Tiapridal tbl. 100mg (neuroleptika), Rivotril tbl. 0,5mg 1-0-0- (antiepileptika), Quetiapin tbl. 25mg 0-0-1 (antipsychotika).

Participant 5

Rozhovor byl veden v obývacím pokoji participanta, nebyl ničím rušen.

Vztah participant k seniorovi s demencí – syn.

Participant pracuje jako projektant. Pečuje o svoje rodiče a strýce. O maminku, kterou postihla v 71 letech Alzheimerova demence s pozdním nástupem, se stará 3 roky. Bydlí spolu v rodinném domě ve městě.

Maminka má 76 let, je vdaná. Před důchodem pracovala jako učitelka v mateřské škole. Je v péči praktického lékaře a psychiatra. Od března je upoutána na lůžko. Využívá kompenzační pomůcky: polohovací postel a mechanický invalidní vozík.

Farmakoterapie: Euthyrox 50mg tbl. ½-0-0 (hormony štítné žlázy), Citalopram tbl. 20mg ½- 0-0 (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), Memantine tbl. 20mg 1-0-0 (antagonisté NMDA receptorů), Betaloc ZOK tbl. 50mg 1-0-0 (antiarytmika), Enalapril Vitabalans tbl. 20mg 1-0-0 (inhibitory ACE), Sorvasta tbl. 20mg 1-0-0 (statiny), Donpethon tbl. 10mg 0-0-1 (inhibitory acetylcholinesterázy), Warfarin tbl. 3mg 0-0-1 (antikoagulancia), Keppra tbl. 500mg 1-0-1 (antiepileptika), Oxazepam tbl. 10mg 1-0-0 dle potřeby (anxiolytika).

6.2 Vyhodnocení a interpretace dat

Při rozhovoru byly pokládány připravené dotazy, které směřovaly k výzkumným otázkám. Odpovědi byly sumarizovány v komentářích.

Výzkumná otázka č. 1

Mají pečující osoby informace, jak pečovat o seniory s demencí v domácím prostředí před započítím?

Participantům byly položeny při rozhovoru otázky č. 1–4, které směřovaly k získání odpovědi k výše uvedené výzkumné otázce.

Otázka č. 1: Měl/a jste informace týkající se péče, než jste začal/a pečovat o příbuzného s demencí v domácím prostředí?

Tabulka 2 – Informovanost pečujících osob před započítím péče

Participant	Odpověď
P1	<i>„Ne, neměl jsem žádný. Potom jsem si zjišťoval informace, jak jsem to s charitou řešil, tak to bylo, tak nahonem.“</i>
P2	<i>„Neměl jsem nic, to přicházelo, jak to začínalo, a to jsem potom hledal i na internetu, a tak nějak všelijak, postupně. Protože mě to nikdy nenapadlo, že to tak dopadne.“</i>
P3	<i>„Myslím si, že jsem měla, protože jsem byla už sociální pracovníce.“</i>
P4	<i>„Neměla jsem žádné informace.“</i>
P5	<i>„V první fázi jsem neměl vůbec žádné informace.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 2. 4 participanté, P1, P2, P4 a P5, kromě participantky P3, se shodli, že informace získávali postupem času, jak se nemoc jejich příbuzného rozvíjela. Participantka P3 informace týkající se péče o příbuzného seniora s demencí měla, protože pracuje v sociálních službách a současně má vzdělání, které se týká problematiky péče.

Kódování: informace o pečování, informace před započítím péče, informace o péči, neměl jsem informace, měla jsem informace

Otázka č. 2: Kdo Vám poskytl informace o péči o seniora s demencí?

Tabulka 3 – Zdroje informací o péči o seniora s demencí

Participant	Odpověď
P1	<i>„Charita, přátelé.“</i>
P2	<i>„Internet, kamarád, který se staral o svoji manželku.“</i>
P3	<i>„Informace jsem měla už ze vzdělání.“</i>
P4	<i>„Dcera, ošetřující lékařka.“</i>
P5	<i>„Psychiatr, příbuzní, samostudium. Větší část ale zůstala na mé intuici a schopnostech si poradit.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 3. Participantů získávali informace z různých zdrojů. Participant P1 získal informace od pečovatelské služby z Charity, která mu s maminkou pomáhá a vozí ji do denního stacionáře. Participant P2 a P3 vyhledávali informace na internetu a také získali informace od blízkých a přátel. Participantka P4 uvedla, že informace získala od své dcery, která pracovala v denním stacionáři. A také od ošetřující lékařky její maminky, psychiatricky. Participant P5 získal informace od psychiatra, ošetřujícího maminku a ostatní informace získal samostudiem a péčí. Participantka P3 měla informace, protože vystudovala a pracuje jako sociální pracovníce.

Kódování: zdroje informací, dostupné informace, internet, vzdělání, příbuzní, přátelé a známí, ošetřující lékař, sociální služby

Otázka č. 3: Jak jste vnímala množství poskytnutých informací?

Tabulka 4 – Vnímání množství poskytnutých informací

Participant	Odpověď
P1	<i>„Ze začátku toho bylo hodně, ale díky mojí manželce jsme to zvládli.“</i>
P2	<i>„Díky tomu, že to přicházelo tak nějak postupně, tak sem to dokázal přijmout všechny ty informace.“</i>
P3	<i>„Už jsem to znala, měla jsem dost příběhů z práce, takže se dá říct, že mě nic nepřekvapilo.“</i>
P4	<i>„Myslím si, že informací bylo někdy i hodně, v tomto mi hodně pomohla dcera, takže když jsem něco nevěděla, ptala jsem se jí.“</i>
P5	<i>„V první fázi jsem neměl žádné informace, vyjma lékařských zpráv z různých vyšetření. Následně, po zahájení medikace psychiatrem, jsem díky skvělé paní doktorce mohl získat postupně veškeré informace, které potřebuji, včetně informací o tom, co nás čeká v dalších fázích.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 4. Participant P1 vnímal, že získal mnoho informací najednou. Velmi mu pomohla zvládnout situaci jeho manželka. Participant P2 a P5 postupně získávali informace, a tím je dokázali všechny přijmout. Participantka P4 někdy vnímala, že množství poskytnutých informací je hodně, pomohla se jí v nich orientovat její dcera. Participantka P3 už měla dostatek informací ze vzdělání a z práce, nic ji nepřekvapilo.

Kódování: vnímání množství informací, zvládnutí informací, postupně přicházející informace, přijmutí informací

Otázka č. 4: Jakých oblastí se týkali poskytnuté informace?

Tabulka 5 – Oblasti týkající se poskytnutých informací

Participant	Odpověď
P1	<i>„Informace se týkali hlavně pečování.“</i>
P2	<i>„Informace jsem si hledal postupně jak jsem potřeboval. Bylo to hlavně o tom, co mě čeká, a ta finanční oblast.“</i>
P3	<i>„žádných, díky tomu, že s touto problematikou pracuji.“</i>
P4	<i>„Informace se týkali sociálních služeb, pečování a finanční podpory.“</i>
P5	<i>„Oblast pečování a finanční.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 5. Participanti P1, P2, P4 a P5 se shodli ve svých odpovědích, že informace, které obdrželi, se týkali pečování, zdravotního a psychického stavu nemocného seniora. Participanti P2, P4 a P5 získali také informace, které se týkaly finanční podpory. Participantka P3 neuvedla žádné oblasti, protože s touto problematikou pracuje, participantka P4 získal informace o sociálních službách.

Kódování: oblasti informací, pečování, informace o finanční podpoře, informace o zdravotním a psychickém stavu, informace o sociálních službách

Shrnutí k výzkumné otázce č. 1

Čtyři participanti získali informace o péči o seniora s demencí v domácích podmínkách postupně, jak se nemoc příbuzného rozvíjela. Jedna participantka informace již měla, protože pracuje v sociálních službách a má i potřebné vzdělání v sociální oblasti. Informace participanti získali z různých zdrojů, od přátel, od ošetřujícího lékaře psychiatra, z internetu. Informace, které participanti získali z různých zdrojů, se týkaly pečování, zdravotního a psychického stavu nemocných, finanční podpory a sociálních služeb.

Výzkumná otázka č. 2

Jakou formu pomoci využívá pečující osoba při péči v domácím prostředí o seniora s demencí?

Participantům byly položeny při rozhovoru otázky č. 5–7, které směřovaly k získání odpovědi k výše uvedené výzkumné otázce.

Otázka č. 5: Pomáhá Vám někdo s péčí z rodiny?

Tabulka 6 – Pomoc při péči od rodinných příslušníků

Participant	Odpověď
P1	<i>„Hlavně moje manželka, a taky můj bratr, který ji nachystá léky a občas ji nakoupí.“</i>
P2	<i>„Ne, zatím všechno zvládám sám.“</i>
P3	<i>„Ano, maminka a děda, tak nějak se doplňujeme.“</i>
P4	<i>„Částečně sestra, jednou za měsíc tři dny a občas dcera.“</i>
P5	<i>„Pomáhá, v rámci možností. Pokud jde o psychologickou podporu a podporu s drobnými úkony, a hlavně s tím že s mamkou tráví dost času, pomáhá tatka. S organizačními věcmi a s čímkoliv, o co si „řeknu“, zase pomáhá jeden z bratrů. Pokud jde o obědy o víkendech, pomáhá zase druhý z mých bratrů, který zajišťuje přípravu a dovoz obědů, abych ke všem povinnostem souvisejícím (nejen) s péčí o dvě blízké osoby nemusel navíc o víkendu ještě i vařit</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 6. Participanté P1, P3, P4, P5 uvedli, že rodinní příslušníci jim s péčí pomáhají. Participantovi P1 pomáhá manželka a také bratr, který mamince nachystá léky a občas nakoupí. Participant P2 zatím pomoc nepotřebuje a vše zvládá sám. Participantka P3 uvedla, že na péči není sama a pomáhají jí matka s dědečkem. Participantce P4 částečně pomáhá sestra, která se o rodiče stará tři dny za měsíc. Participant P5 uvedl, že mu občas pomohou jeho bratři a otec, ale udává, že 95 % všech úkonů vykonává sám, přesto vnímá, že pomoc je dostačující.

Kódování: forma pomoci, pomoc rodinných příslušníků, zvládání péče, dělení péče

Otázka č. 6: Využíváte pomoc sociálních služeb?

Tabulka 7 – Pomoc sociálních služeb

Participant	Odpověď
P1	<i>„Ano, maminku každé ráno ve všední den vyzvedává charita a vozí ji do denního stacionáře. Se sehnáním jsem neměl problém, tak to na sebe hezky navazovalo, když jsem si maminku dovezl domů.“</i>
P2	<i>„Ne, nevyužíváme pomoc sociálních služeb, s manželkou to zatím zvládáme sami.“</i>
P3	<i>„Ano, charita jí vozí oběd. A tuto pomoc vnímám za dostačující.“</i>
P4	<i>„Ano, osobní asistence čtyři odpoledne v týdnu od 13:30 do 17:00 hodin. Myslím si, že tato pomoc je dostupná a v rámci možností i dostačující.“</i>
P5	<i>„Zatím pomoc sociálních služeb v případě péče o mamku nevyužívám. Pomoc charity tak jak ji mám vyzkoušenou a prověřenou v případě péče o strýce je zcela dostačující a dostupná.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 7. Participant P1, P3 a P4 využívají sociálních služeb, osobní asistence, denní stacionář a dovoz obědů. Participant P1 udává, že maminka bývá ve všední dny v denním stacionáři od 8 hodin do 16 hodin. Odvoz do stacionáře zajišťuje sociální služba. Participant je s touto službou spokojený. Participantka P3 využívá sociálních služeb na dovoz obědů. Participantka P4 využívá osobní asistenci, kterou musela kvůli své práci prodloužit o delší dobu. Participant jsou se sociálními službami spokojeni a neměli problém tyto služby zajistit. Participant P2 sociální služby nevyužívá, protože manželka je v současnosti stále soběstačná.

Kódování: pomoc sociálních služeb, dostupnost sociálních služeb, spokojenost se sociálními službami, denní stacionář, osobní asistence, poskytnuté služby, poskytnutí služby

Otázka č. 7: Využíváte finanční dávky, kterými pečovatele podporuje stát?

Tabulka 8 – Využívání finančních dávek

Participant	Odpověď
P1	<i>„Teď dva měsíce zpět jsme si zažádali o příspěvek na péči, příspěvek využíváme na zaplacení sociálních služeb.“</i>
P2	<i>„Ano, zažádal jsem o příspěvek na péči. Využíváme ho na dopravu k lékařům.“</i>
P3	<i>„Ne, nevyužíváme.“</i>
P4	<i>„Ano, využíváme příspěvek na péči a mobilitu. Saturuje mi to příjem, protože jsem musela omezit zaměstnání.“</i>
P5	<i>„Využíváme příspěvek na péči, aktuálně řešíme i příspěvek na mobilitu. Podle mého bratra je příspěvek nedostačující, já si myslím, že s ohledem na všechny geopolitické okolnosti a možnosti státu je dostačující. Příspěvek využíváme především na všechny náklady potřebné na péči, ale také k úhradě nákladů na bydlení.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 8. Participant P1, P2, P4, P5 využívají příspěvek na péči. Participant uvádí, že tento příspěvek využívají na pomůcky, dopravu nebo poplatky za sociální služby. Participantka P4 si zažádala i o příspěvek na mobilitu. Participantka P3 uvedla, že žádné finanční dávky nevyužívá.

Kódování: druh příspěvku, využití finanční podpory, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu

Shrnutí k výzkumné otázce č. 2

Rodinní příslušníci (rodiče, sourozenci, partneři) participantům s péčí pomáhají, ale velká část péče na nich stále závisí. Pomoc sociálních služeb využívají tři participant. Mezi využívající služby patří denní stacionář, osobní asistence a dovážka obědů. Čtyři participant využívají příspěvek na péči. Jedna participantka si zažádala i o příspěvek na mobilitu. Tyto příspěvky využívají na pomůcky, dopravu a na poplatky za sociální služby.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké situace při péči o seniora s demencí v domácím prostředí pečující osoba vnímá za zatěžující?

Participantům byly položeny při rozhovoru otázky č. 8–10, které směřovaly k získání odpovědí k výše uvedené výzkumné otázce.

Otázka č. 8: Které oblasti v péči vnímáte za zatěžující?

Tabulka 9 – Zatěžující oblasti v péči o seniora s demencí

Participant	Odpověď
P1	<i>„Nic, zatím se maminka o sebe postará vcelku sama, ale když ji mám pomoc s umytím tak mi to nedělá problém.“</i>
P2	<i>„Ze začátku to bylo, když jsem měl jít k ženskému doktorovi, ale už jsem se otrkal.“</i>
P3	<i>„Obrovskou psychickou zátěž.“</i>
P4	<i>„Psychická stránka, komunikace, dezorientace v čase prostoru.“</i>
P5	<i>„To je těžké takto říci, protože nejvíc ubíjející je asi ta každodennost a ten počet úkonů a činností, který je stále zapotřebí, a v čase narůstá. Takže spíše fyzicky je už znát celková únava, bolesti kloubů, zad apod. Tělo si ale říká o každodenní regeneraci.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 9. Participant P1 sdělil, že v péči nic zatěžujícího nevnímá. Pro participanta P2 bylo ze začátku zatěžující jít s manželkou ke gynekologovi a na mamografické vyšetření. Participantky P3 a P4 uvedly psychickou zátěž a P4 ještě sdělila, že je velmi zatěžující pro ni komunikace se seniorem s demencí v domácím prostředí a vnímá jako náročnou situaci také matčinu dezorientaci v prostoru a čase. Pro participanta P5 je péče fyzicky náročná, kvůli počtu úkonů a činností, které péče o seniora s demencí v domácím prostředí vyžaduje.

Kódování: zatěžující péče, náročnost při péči, zátěž pečovatele, psychická zátěž, fyzická zátěž

Otázka č. 9: Kde hledáte pomoc v řešení problémových situací?

Tabulka 10 – Pomoc, při problémových situacích

Participant	Odpověď
P1	<i>„Maminka teď žádné výkyvy nálad nemá, takže jsem se zatím s žádnou problémovou situací neseťkal, která by mě mohla vykolejit.“</i>
P2	<i>„Doktor, děčka.“</i>
P3	<i>„Sdílíme to v rámci úzkého kruhu rodiny a také jsem to řešila v práci s kolegyněmi.“</i>
P4	<i>„Konzultace s doktorem, s dcerou, s pečovatelkou.“</i>
P5	<i>„Především v rodině, hlavně u jednoho z bratrů, a také u vzdálenější spřízněné rodiny. Jinak velmi dobře komunikuji s psychiatrem, kde paní doktorka dokáže a je ochotná nad rámec svých povinností dobře poradit v každé situaci, což je velmi důležité.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 10. Participant P1 uvedl, že s problémovou situací se u maminky ještě neseťkal, tak neměl důvod hledat pomoc. Ostatní participanti P2, P3, P4 a P5 uvedli, že pokud se problémová situace vyskytla, obrátili se na své příbuzné nebo ošetřujícího lékaře. Participantka P4 konzultovala problém také s pečovatelkou.

Kódování: pomoc při problématických situacích, hledání pomoci, pomoc při problému od příbuzných, problémy při péči, problematická situace, řešení problému s ošetřujícím lékařem

Otázka č. 10: Jak zvládáte změny chování Vašeho příbuzného s demencí?

Tabulka 11 – Zvládání změn chování nemocné osoby

Participant	Odpověď
P1	<i>„Změny, chování maminka zatím žádné nemá.“</i>
P2	<i>„Změny chování u manželky zatím žádné nejsou, je to takový můj smíšek.“</i>
P3	<i>„Díky tomu, že na to nejsem sama, takže se to dá zvládnout.“</i>
P4	<i>„Špatně, musí mít člověk nadhled.“</i>
P5	<i>„Díky silnému citovému či psychologickému propojení jako nejmladšího syna s mamkou a díky mému optimismu to snáším dobře.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 11. Participant P1 a P2 se nesetkali se změnami chování u nemocných osob. Participantka P3 uvedla, že za podpory a pomoci své rodiny se změny v chování seniora s demencí dají zvládnout. Participantka P4 změny chování své matky zvládá obtížně a pečující osoba musí mít v dané situaci nadhled. Participant P5 uvedl, že má optimistickou povahu a zvládání změn chování jeho matky snáší dobře.

Kódování: změna chování, zvládání změny chování nemocného, potíže v chování při péči

Shrnutí k výzkumné otázce č. 3

Péče o seniory s demencí v domácím prostředí je pro pečující psychicky i fyzicky náročná. Dva participant vnímají péči o seniora za psychicky náročnou a jedna participantka vnímá za problematickou situaci komunikaci se seniorem a stavy dezorientace své příbuzné. Při problémových situacích participantům poskytli pomoc ošetřující lékaři (psychiatr), rodinní příslušníci a přátelé. Změny chování jsou pro dva participanty zvládnutelné, zatímco jedna participantka uvedla, že změny chování u své matky snáší špatně.

Výzkumná otázka č. 4**Jaké dopady má pečování o seniora s demencí v domácím prostředí na pečující osobu.**

Participantům byly položeny při rozhovoru otázky č. 11–17, které směřovaly k získání odpovědí k výše uvedené výzkumné otázce.

Otázka č. 11: Musel/a jste se něčeho vzdát kvůli pečujícím povinnostem?

Tabulka 12 – Omezení, kvůli pečujícím povinnostem

Participant	Odpověď
P1	<i>„Ne, zatím to není tak hrozný.“</i>
P2	<i>„Na zahradě jsem toho musel zmírnit.“</i>
P3	<i>„Soukromí.“</i>
P4	<i>„Práce, společenský život, je toho hodně.“</i>
P5	<i>„Samozřejmě, můj osobní život šel ze dne na den stranou. Dočasně jsem se vzdal opravdu téměř všeho, nebo lépe řečeno, už několik let svůj život věnuji primárně péči o své blízké.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 12. Participant P1 sdělil, že péče o maminku mu soukromý život nenarušila. Zatím co ostatní participanti P2, P3, P4, P5 sdělili, že museli opustit minimálně jednu aktivitu kvůli povinnostem o seniora s demencí. Pečující se museli vzdát svého soukromí, práce, společenského života a omezit práci na zahradě.

Kódování: omezení pečující osoby, narušení volného času a zájmů, omezení soukromí, omezení kariéry

Otázka č. 12: Ovlivnilo pečování Vaši kariéru?

Tabulka 13 – Ovlivnění pracovní kariéry pečujícími povinnostmi

Participant	Odpověď
P1	<i>„Neovlivnilo.“</i>
P2	<i>„Neovlivnilo.“</i>
P3	<i>„Neovlivnilo a dalo mě to pochopení pro pečující osoby.“</i>
P4	<i>„Ano.“</i>
P5	<i>„Ovlivnilo, ale snažím se udržet kontakt s klientelou, s kolegy a specialisty, se kterými spolupracuji, respektive s mojí prací projektanta jako takovou, protože je mi jasné, že nastane chvíle, kdy moje péče jednou skončí a já se budu moc vrátit zpět ke svému plnohodnotnému profesnímu i osobnímu životu.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 12. Participantům P4 a P5 ovlivnila péče o seniora s demencí kariéru natolik, že si museli zkrátit pracovní poměr. Participantce P3 péče kariéru neovlivnila, naopak získala pochopení pro pečující osoby. Tato zkušenost je přínosná pro její kariéru sociální pracovnice. Participant P1 a P2 sdělili, že pečování jejich kariéru neovlivnilo.

Kódování: kariéra, ovlivnění pracovní kariéry, pracovní poměr, profesní život

Otázka č. 13: Ovlivnilo pečování Váš volný čas?

Tabulka 14 – Omezení volného času kvůli pečujícím povinnostem

Participant	Odpověď
P1	<i>„Zatím nic nepociťuji.“</i>
P2	<i>„Ano, práce na zahradě, kde jsem si nechal jen skleník.“</i>
P3	<i>„Tím, že nás doma bydlí hodně, takže se v péči střídáme.“</i>
P4	<i>„Ano.“</i>
P5	<i>„Musel jsem se vzdát svých koníčků. Takže volný čas je u mě bez nadsázky na nule nebo třeba na hodině denně, kterou mám pro sebe, a pro drobnou údržbu domu, což není zrovna moc. Když do toho času navíc započítám i čas na svoji osobní hygienu, jídlo apod., tak žádný volný čas skutečně nemám. S tím se při péči o své blízké zkrátka musí počítat.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 14. Participant P2, P4 a P5 sdělili, že pečování narušilo trávení jejich volného času. Dokonce participant P5 kvůli pečování o více osob v domácím prostředí uvedl, že volný čas nemá vůbec. Participant P1 sdělil, že jeho volný čas narušený péčí není. Participantka P3, která se dělí o péči, s ostatními členy rodiny uvedla, že její volný čas není až tak narušen z důvodu střídání se v péči.

Kódování: volný čas, volnočasové aktivity, zájmy, ovlivnění volného času, nedostatek volného času

Otázka č. 14: Jak pocítujete náročnost péče o seniora s demencí v domácím prostředí po psychické stránce?

Tabulka 15 – Náročnost pečování po psychické stránce

Participant	Odpověď
P1	<i>„Nepocítuji žádnou zátěž.“</i>
P2	<i>„Já jsem asi hodně klidný na to, přijímám to, jak to jde. Já si vždycky říkám dneska žiju tak jak žiju a zítra co mi pán bůh nachystá, a tak to nějak pokračuje.“</i>
P3	<i>„Po psychické stránce to bylo velice náročné.“</i>
P4	<i>„Ta psychická stránka si myslím, že je nejhorší.“</i>
P5	<i>„Zatím se snažím být silný a psychickou náročnost péče si nepřipouštím. Ale ta péče zkrátka je velmi psychicky náročná, bez ohledu na to, jestli si to připouštím nebo ne.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 15. Participant P1 a P2 nepocítují náročnost pečování o seniora s demencí po psychické stránce, zatímco participantky P3 a P4 uvedly, že psychická zátěž je pro ně při péči o nemocného příbuzného velice náročná. Participant P5 uvádí, že se snaží být silný a náročnost péče po psychické stránce se snaží nepřipouštět, i přes skutečnost, že péče o seniora s demencí v domácím prostředí je psychicky náročná.

Kódování: psychická zátěž, náročnost péče, náročnost pečování, zátěž pečovatele

Otázka č. 15: Jak pociťujete náročnost pečování po fyzické stránce?

Tabulka 16 – Náročnost pečování po fyzické stránce

Participant	Odpověď
P1	<i>„Po fyzické stránce náročnost nepociťuji, maminka si zatím vše kolem sebe udělá sama.“</i>
P2	<i>„Nepociťuju, vykoupe se, oblékne se, prostě vše kolem sebe sama.“</i>
P3	<i>„Zůstává po ní velký chaos a nepořádek, takže se musí pořád uklízet.“</i>
P4	<i>„Necítím jako problém něco po fyzické stránce.“</i>
P5	<i>„Hlavně hygiena na lůžku, případně vynášení krabic s novými pleny při dodávce čtvrtletního balení pro obě opečovávané osoby. Náročné je také naložení a vyložení z lůžka na vozík a zpět. Už mi táhne na padesát, a ta fyzická zátěž při péči je i sama o sobě dost silná. Naštěstí stále ještě rychle regeneruji.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 16. Participantí P1, P2 a P4 sdělili, že fyzickou náročnost v péči nepociťují, jejich nemocní příbuzní nevyžadují fyzickou pomoc při péči. Participantka P3 uvedla, že babička neustále přemísťuje věci, a tím vzniká v domě chaos a nepořádek, a tak musí častěji uklízet. Participant P5 uvedl fyzickou zátěž za nejnáročnější oblast v pečování o seniora s demencí v domácím prostředí, je to dáno tím, že musí provádět hygienu nemocné na lůžku a přemísťovat maminku z lůžka na invalidní vozík a zpět.

Kódování: fyzická zátěž, fyzická náročnost pečování, fyzická zátěž pečovatele, fyzická pomoc

Otázka č. 16: Jakou formu odpočinku využíváte?

Tabulka 17 – Forma odpočinku

Participant	Odpověď
P1	<i>„Maminka je zatím soběstačná, takže díky pečování žádnou zátěž nemám.“</i>
P2	<i>„Odpočinek mám zhruba od pěti hodin odpoledne, kdy si sedne k televizi, okoupe se a chodí brzo spát.“</i>
P3	<i>„S dětmi výlety nebo s kamarádkou na kafe.“</i>
P4	<i>„Procházky, wellness víkendy, malování.“</i>
P5	<i>„Především dlouhý spánek, nebo přes den si musím i na chvíli usednout do křesla a natáhnout si nohy. Občas si pohraju se psem.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 17. Participant P1 nevnímá pečování jako zátěž, protože jeho příbuzná s demencí je soběstačná a formu odpočinku nevyhledává. P2 má kvůli pečujícím povinnostem prostor na odpočinek v odpoledních a večerních hodinách, kdy jeho manželka trpící demencí odpočívá a spí. Participantky P3 a P4 volí formu odpočinku pomocí výletů, procházek, trávení času s přáteli a věnování se jejich zálibám. Pro participant P5 je formou odpočinku dlouhý spánek a trávení času se psem, v průběhu dne využívá ke krátké relaxaci posezení v křesle.

Kódování: odpočinek při péči, forma odpočinku, zájmy, volný čas, záliby

Otázka č. 17: Ovlivnila péče o seniora s demencí v domácím prostředí Váš zdravotní stav?

Tabulka 18 – Ovlivnění zdravotního stavu

Participant	Odpověď
P1	<i>„Neovlivnila.“</i>
P2	<i>„Péče neovlivnila můj zdravotní stav.“</i>
P3	<i>„Vyčerpanost psychicky.“</i>
P4	<i>„Je to hodně vyčerpávající.“</i>
P5	<i>„Začínám mít trochu vyšší hladinu cholesterolu, a pociťuji hlavně nedostatek hořčíku. To se projevuje svěděním nebo jakýmsi brněním v konečcích prstů především na ruce, někdy i na nohou. Hořčík jsem začal asi před půl rokem užívat v tabletách, a od té doby je to výrazně lepší.“</i>

Zdroj: Autorka práce, 2022

Komentář: Odpovědi zaznamenány v Tabulce 18. Zdravotní stav participantů P1 a P2 péče o seniora s demencí v domácím prostředí nebyl ovlivněn. Participantky P3 a P4 péče o seniora vyčerpává psychicky, ale jejich zdravotní stav péče neovlivnila. Participant P5 uvádí, že pociťuje občasné brnění v horních a dolních končetinách a svědění kůže, o kterém si myslí, že je projevem nedostatkem hořčíku kvůli fyzické vyčerpanosti.

Kódování: ovlivnění zdravotního stavu, nemoci, choroby, psychické obtíže

Shrnutí k výzkumné otázce č. 4

Čtyři participanty se museli vzdát minimálně jedné aktivity kvůli pečujícím povinnostem. Pečující udávali, že jejich soukromí, společenský život, zájmy a záliby byly narušeny pečováním příbuzného s demencí se museli vzdát svého soukromí, společenského života, zájmů a zálib. Pečování o seniora s demencí ovlivnilo také dvěma participantům pracovní kariéru, kteří si museli zkrátit pracovní poměr. Jedné participantce pečování kariéru neovlivnilo, naopak získala pochopení pro pečující osoby. Náročnost pečování po psychické stránce uvedly dvě participantky, jeden participant si náročnost péče po psychické stránce snaží nepřipouštět, přesto, že je péče psychicky náročná. Fyzickou zátěž uvedli dva participanty. Pro jednoho participanta je nejnáročnější ze všech oblastí. Formu odpočinku si participanty volí dle svých zájmů a zálib. Ovlivnění zdravotního stavu uvedl jen jeden participant, který pociťuje občasné brnění v horních a dolních končetinách.

7 DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1 Mají pečující osoby informace, jak pečovat o seniory s demencí v domácím prostředí před započítím péče?

Praktický a ošetřující lékař (např. psychiatr, geriatr) by měl rodinu i osobu, u které byla diagnostikována demence, poučit o tom, co je to za nemoc, jaký má průběh a prognózu. Praxe však ukazuje, že tento doporučený model ne vždy funguje. Osoby s demencí a jejich rodiny zjišťují, že nemají žádnou představu, co je čeká, protože je nikdo neinformoval. A tak někteří tápou a jsou zděšení a snaží se hledat potřebné informace na internetu a mezi známými (Hauke a kol., 2017, s. 58). Obdobné zkušenosti mají i čtyři participanti z našeho výzkumu, kteří uvedli, že žádné informace před započítím péče neměli a současně sdělili, že informace o péči a pečování zjišťovali postupně, jak se nemoc u jejich příbuzných rozvíjela. Z našeho výzkumu vyplynuly obdobné informace, které uvádí ve své práci i autorka Škarabalová (2016), že pečující získávají prvotní informace o péči většinou až po stanovení diagnózy, a velká část jejich respondentů uvedla, že informace o péči o seniory s demencí si museli vyhledávat sami. K podobným závěrům dospěla ve své práci i autorka Vavřínová (2015, s. 38), uvádí, že informovanost pečujících osob o nemocné s demencí na počátku onemocnění byla velmi nízká až nulová.

Pečující osoby uvádějí, že se mnohdy velmi složitě, spíše náhodně, dostávají k potřebným informacím o péči, protože informovanost od existující institucí buď nefunguje, nebo nejsou poskytovány úplné informace (Tomášková a kol., 2015, s. 15)

Naši participanti získávali informace o péči o seniora s demencí z různých zdrojů, od ošetřujícího lékaře psychiatra, pracovníků sociálních služeb, příbuzných a známých nebo z internetu. Množství informací, které získali, se pečující osoby snažily zpracovat a využít. Čtyřem participantům se pomohli orientovat v množství informací členové rodiny nebo známí. U všech participantů se informace týkaly především ošetrovatelské péče o seniory s demencí. Tři participanti uvedli, že jim byly poskytnuty informace i z oblasti finanční podpory. Jedna participantka uvedla, že informace o péči získala během svého studia a pracovního úvazku v sociální oblasti, byla dobře obeznámena s uvedenou problematikou. Z výzkumu autorky Prausové (2015) vyplynulo, že pro pečující osoby byl důležitým zdrojem informací praktický lékař, který jim poskytl informace o pomůckách potřebných k poskytování péče, a také sociální pracovníci, kteří jim podali informace o příspěvku na péči.

Výzkumná otázka č. 2 – Jakou formu pomoci využívá pečující osoba při péči v domácím prostředí o seniora s demencí?

Pomoc pečujícím přichází, jak ze strany profesionálů, tak i z okruhu jejich přátel, rodiny a známých. Drobné přátelské služby značně usnadňují pečující osobě její nelehký úkol (Lange, 2019, s. 33). Tři participanti udávali, že jim s péčí o seniora s demencí pomáhali rodinní příslušníci, ale jejich pomoc nebyla dostatečná, a proto využívali také sociálních služeb. Obdobné výsledky uvádí i autorka Bartáková (2015) ve své práci. Participanti uváděli, že ve většině případů závisí pečování pouze na jedné osobě. Uvedená autorka ve svém výzkumu také zjistila, že primárním pečovatelem je většinou žena. V našem výzkumu byl u tří seniorů s demencí primárním pečovatelem muž a dvou seniorů žena. Participanti muži uvedli, že se dostávají při péči do situací, které vnímají jako náročné, např. návštěva se seniorkou u gynekologa nebo na mamografickém vyšetření, anebo celková koupel, výměna plen a hygienická péče o nemocnou. Pro mnohé rodiče je obtížně akceptovatelné, že jim pomoc v intimních záležitostech poskytují vlastní děti. Někdy je proto vhodné zajistit, že tyto činnosti budou vykonávat cizí osoby, např. pracovník v sociálních službách nebo osobní asistent (Hauke a kol., 2017, s. 262).

Pomoc sociálních služeb při péči využívali tři participanti, spolupráce jim vyhovovala a byli s ní spokojeni. Neměli problém se zajištěním těchto služeb. Mezi sociální služby, které naši participanti pro své seniory využívali, byla osobní asistence, denní stacionář a donáška obědů. Autorka Vavřínová (2015) ve své práci uvádí, že pečující osoby by uvítaly v blízkosti jejich bydliště denní stacionář, který v mnoha místech chybí, a tak je tato služba nedostupná. Náš participant, který využívá denního stacionáře pro svou matku, je s touto sociální službou velmi spokojen. Služba je dostupná, vzdálena asi 10 km od bydliště a nabízí dovoz a odvoz seniorů v určitou hodinu, což vnímá participant jako velmi nápomocné. Denní stacionář zajišťuje společenský kontakt, péči, stravu a hygienu. Uvedené sociální služby usilují o zachování soběstačnosti člověka a snahou pracovníků je udržet osobu ve svém domově, tedy tam, kde se cítí dobře. Obnovení nebo zachování životního stylu je předpokladem pro saturovaný život (Holmerová a kol., 2014, s. 180).

Čtyři participanti využívají finanční pomoc od státu, zažádali si o příspěvek na péči a získali ho. Tento příspěvek se uděluje jedincům závislým na pomoci jiné fyzické osoby (Křiváková, 2021, s. 56). Participanti uvedli, že tento příspěvek využívají na dopravu k lékaři, na pomůcky a sociální služby. Příspěvek na péči je zatím pro pečující osoby dostačující. Jedna participantka sdělila, že využívá i příspěvek na mobilitu.

Výzkumná otázka č. 3 – Jaké situace při péči o seniora s demencí v domácím prostředí pečující osoba vnímá za zatěžující?

Péče o seniora s demencí je náročná a vyčerpávající. Pacienti i jeho příbuzní se musí vypořádat s nejistou budoucností. Největší nároky klade péče na pečující osobu. Osobní a emoční zátěž je při péči vysoká. Některé z pocitů, které může pečující osoba zaznamenat, jsou například smutek, lítost, stud, vztek, rozpaky, osamělost a mnoho dalších (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 383). Tři participanti uvedli, že péče o seniora s demencí je pro ně velkou psychickou zátěží, jejich příbuzní jsou dezorientovaní a zmatení, nesoběstační. Participanti, kteří se starali o stále soběstačného seniora s demencí v domácím prostředí, zatěžující situace neuváděli. Autorka Gruberová (2011) ve své práci uvedla, že více než 80 % pečujících se při péči o seniory s demencí setkala s psychicky náročnými a unavujícími situacemi.

Autorka Nováková (2016) ve své práci uvádí, že pro pečující osobu, která se stará o seniora s demencí jsou velmi fyzicky náročné neustále se opakující činnosti, které nedovolí pečující osobě možnost regenerace. Dva naši participanti vnímali při pečování za zatěžující fyzickou námahu např. hygienu na lůžku nebo přesun seniora z lůžka na invalidní vozík.

Osoby, které pečují o blízkého člověka s demencí, vnímají za užitečné a úlevné, pokud mohou s někým o své situaci promluvit. Při řešení problémových situací se pečující osoby obrací nejen na blízké rodinné příslušníky, ale také na ošetřujícího lékaře, krizové linky, duchovní osoby, psychoterapeuty a další odborníky (Lange, 2019, s. 143). Participanti v našem výzkumu uvedli obdobné odpovědi jako výše zmíněná autorka, nejčastěji problémové situace řeší v úzkém kruhu rodinném nebo s přáteli a problémové situace v oblasti zdraví konzultují s ošetřujícími lékaři nemocných. Péče o seniory s demencí v domácím prostředí je pro pečující psychicky i fyzicky náročná. Změny v chování seniorů někteří participanti zvládají, jiní ho snášejí špatně. Převládající silné citové propojení mezi pečující osobou a nemocným pomáhá pečující osobě problémové situace lépe zvládnout. Autorka Machová (2011) ve své práci zjistila, že i když jsou změny chování zatěžující situací, snaží se pečující vlastní strategií situaci zvládnout.

Výzkumná otázka č. 4 – Jaké dopady má pečování o seniora s demencí v domácím prostředí na pečující osobu.

Péče o seniora s demencí je náročná a představuje pro pečovatele značnou zátěž, a ne každý rodinný příslušník je tuto péči schopen zvládnout. Úloha pečující osoby je zásadní životní změnou, která je často spojena se stresem a s fyzickým i psychickým vyčerpáním (Kozáková a kol., 2017, s. 2).

Tři participanti uvedli, že trávení volného času bylo narušeno povinnostmi pečování o seniora s demencí. Jeden participant uvedl, že žádný volný čas kvůli pečujícím povinnostem nemá. Participanti se museli vzdát svých zájmů i soukromí. Autorka Škrabalová (2016) ve své práci uvádí, že více než 60 % pečujících se muselo vzdát kvůli pečování o seniora s demencí svých volnočasových aktivit. K obdobným výsledkům dospěla i autorka Zemanová (2015), která uvádí, že pečujícím se od okamžiku, kdy začali pečovat o své blízké, výrazně změnil jejich život a mají méně času na své záliby.

Náročnost po psychické nebo po fyzické stránce nepociťovali všichni participanti stejně. Tři participanti uvedli, že pečování o nemocné vnímají jako psychickou zátěž. Pro pečující, kteří se starají o nemocné v lehkém stádiu nemoci, není péče zatím fyzicky a ani psychicky náročná.

Pečujícím participantům zasáhla péče i do jejich pracovní kariéry, dvěma participantům péče negativně ovlivnila kariéru, protože museli svoji práci omezit, ale snaží se ji stále udržet.

Pro participantku, která pracuje v sociálních službách je péče přínosná, protože jí to dalo pochopení pro pečující osoby. Dvěma participantům zasáhla péče do kariéry negativně, protože museli svoji práci omezit. Participanti se ale snaží svoji kariéru stále udržet.

Participanti nevnímají pečování jako zátěž, tam, kde jejich příbuzní s demencí jsou stále docela soběstační a odpočinek kvůli péči nevyhledávají. Někteří participanti mají kvůli pečujícím povinnostem prostor na odpočinek jen v určitou denní dobu, např. v odpoledních a večerních hodinách, kdy senioři trpící demencí odpočívají a spí, nebo v průběhu dne využívají ke krátké relaxaci posezení v křesle. Jiní participanti volí odpočinek formou výletů, procházek, trávení času s přáteli a věnování se zálibám. Pro participanty je forma odpočinku dlouhý spánek a trávení času např. s domácím zvířetem (pes).

Autorka Bartáková (2015) ve svém výzkumu uvádí, že péče seniory ovlivňuje také zdravotní stav pečujících. V našem souboru žádný z participantů neuvedl vážné ovlivnění zdravotního stavu z důvodu pečování o seniora s demencí.

7.1 Praktický výstup – informační materiál pro pečující osoby

Praktickým výstupem práce bylo vytvoření stručného informačního materiálu pro pečující osoby, které začínají s péčí o seniory s demencí v domácím prostředí (Příloha P III). Cílem bylo podpořit začínající pečující osoby a poskytnout jim základní informace potřebné k péči. V informačním materiálu jsou uvedeny údaje o sociálních službách, které mohou pečujícím osobám pomoci, o půjčovných kompenzačních pomůckách, o úpravě domácího prostředí, o finančních příspěvcích a zásadách při péči o seniora. Informační materiál je v tištěné podobě, aby se mohli pečující k informacím kdykoliv vrátit.

Péče o seniora s demencí je fyzicky i psychicky náročná. Při potřebě pravidelné nebo dočasné pomoci se pečující osoba může obrátit na pečovatelské služby, osobní asistenci, tísňovou péči, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem odlehčovací pobytové služby, týdenní stacionáře, denní stacionáře a centra denních služeb ve svém okolí.

V případě, že nemocná osoba potřebuje jakoukoliv kompenzační pomůcku je mnoho způsobů, jak si ji zapůjčit nebo zakoupit. Kompenzační pomůcky jako je například invalidní vozík, polohovací postel nebo toaletní křeslo je možné si půjčit u poskytovatelů sociálních služeb, agentur domácí zdravotní péče, půjčoven kompenzačních pomůcek nebo také zakoupit přímo od výrobce. Většina pomůcek je plně nebo částečně hrazena zdravotní pojišťovnou.

Domov je místo, kde nemocný s demencí tráví nejvíce času, a proto by měl být bezpečně a prakticky zařízený. S úpravami je vhodné začít co nejdříve a pozvolna, aby se nemocný nestresoval a nebyl ještě více dezorientovaný. Aby se nemocný v domácím prostředí cítil dobře, musí se správně orientovat; mohou to pomoci zajistit nápisy na dveřích, vypínačích a skříních. U pacientu se sníženou pohybovou schopností mohou být nebezpečné vyvýšené prahy, volně položené koberečky, kabely a šňury.

Mezi doporučení pro pečujícího starajícího se o nemocného s demencí patří trpělivost, komunikace v jednoduchých větách, je nutno dbát na správnou výživu a pitný režim, nekritizovat nemocného a nehádat se s ním, pochopit a vcítit se do nemocného, nastavit denní režim, zajistit vhodné aktivity. Úkolem pečujícího je doprovázet nemocného světem, ve kterém se cítí ztracený.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali péči o seniory s demencí v domácím prostředí. Demence patří mezi nejčastější onemocnění v seniorském věku, je nevyлéčitelné. Jedinci postupně ztrácí intelekt, dochází ke změnám jejich chování, zhoršuje se jejich orientace i schopnost rozhodovat se. Při včasné diagnostice a zahájení vhodné léčby se může průběh onemocnění zpomalit.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány základní typy demence, charakterizován senior, stáří a změny spojené se stářím, specifikovány potřeby seniorů s demencí, dopad pečování na pečující osoby a specifika péče o seniory s demencí v domácím prostředí. V praktické části jsme využili kvalitativní výzkum, kde jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru, pomocí kterého jsme získali informace týkající se péče o seniora s demencí v domácím prostředí.

Z výzkumu vyplynulo, že pečující osoby neměli znalosti o péči o seniory s demencí v domácím prostředí před započatím péče. Participanti je zjišťovali postupně, jak se nemoc u příbuzných rozvíjela. Potřebné poznatky k pečování získali pečující osoby od ošetřujícího lékaře psychiatra, pracovníků sociálních služeb, příbuzných a známých nebo z internetu. Poskytnuté informace se týkali především ošetrovatelské péče, finanční podpory (příspěvek na péči, na mobilitu) a sociálních služeb. Pomoc pečujícím osobám přichází, jak z okruhu rodiny a přátel, tak ze strany profesionálů. Pomoc rodinných příslušníků je pouze částečná, ve většině případů záviselo pečování na jedné osobě, a proto pečující využívali pomoc sociálních služeb, osobní asistence, denního stacionáře a donášky obědů. Všem participantům se od okamžiku, kdy začali pečovat o své blízké, výrazně změnil jejich život a mají méně času na své volnočasové aktivity a domácnost. Péči o seniory s demencí vnímají za psychicky i fyzicky náročnou. Vzniklé problémové situace řeší pečující nejčastěji v úzkém rodinném kruhu nebo s přáteli. Málokdo si umí představit, jaké nasazení, kolik energie a času péče o člověka s demencí vyžaduje. Tato péče není v naší společnosti doceněná, pečujícím osobám by se mělo dostávat více podpory a pochopení.

Praktickým výstupem práce bylo vytvoření informačního materiálu pro pečující osoby, které začínají s péčí o seniory s demencí v domácím prostředí.

Zjištěním výše uvedených informací jsme shledaly výzkumné otázky bakalářské práce naplněné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALTY, Jane a et al., 2020. Exercise and dementia prevention. *Practical Neurology* [online]. 20(3), 234-240 [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <https://pn.bmj.com/content/20/3/234>
- AMES, D., J. T. O'Brien and A. Burns, 2017. *Dementia. 5th edition*. Boca Raton: CRC Press. 915 s. ISBN 9781498703109
- BANG, J., Spina, S., & Miller, B. L., 2015. Frontotemporal dementia. *Lancet (London, England)*, 386(10004), 1672–1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00461-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00461-4)
- BARTÁKOVÁ, Hana, 2015. *Péče o seniory v domácím prostředí z pohledu rodinných pečovateliů*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové.
- BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina, 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.
- ČEVELA, Rostislav a kolektiv, 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9290-3.
- ČEVELA, Rostislav a kolektiv, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2019. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-4410-3.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a kolektiv, 2020. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
- DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-182-4.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch* [online]. 2. vydání. Praha: Grada [cit. 2022-04-13]. ISBN 978-80-247-9854-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/diagnostika-a-terapie-dusevnych-poruch-564634/>
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7891-4.

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.

Florence: Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese, 2013. Akontext, 9(10). ISSN 1801-464X.

FRANKOVÁ, Vanda, 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Praktické lékařství* [online]. Dobřany, 16(3), 50-53 [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2016/02/03.pdf>

FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 18(1), 30-33 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/01/07.pdf>

GDOVINOVÁ, Zuzana, 2017. Vybrané kapitoly zo špeciálnej neurológie. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-499-8.

GOPAKULMAR, Rakesh, 2017. Strategies for dementia prevention: latest evidence and implications. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* [online]. 8(8-9), 121-136 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546647/>

GRUBEROVÁ, Monika, 2011. *Demence a její vliv na život osob pečujících o takto nemocné rodinné příslušníky*. Brno. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

HÁLOVÁ, Alice a kolektiv, 2020. Genetická predispozice Alzheimerovy choroby. *Profese online* [online]. 13(1), 10-16 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2020/01/06.pdf>

HAUKE, Marcela a kolektiv, 2017. *Když do života vstoupí demence: aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 8073670402.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 437 s. ISBN 9788026209829.

- HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv, 2013. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2(3), 158-164 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>
- HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv, 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HOLMEROVÁ, Iva a Michala PEŠKEOVÁ, 2014. Zdravotnické a sociální služby. In: *Neurodegenerativní onemocnění*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta. s. 308-314. ISBN: 978-80-204-3300-8.
- HOLMEROVÁ, Iva et al., 2015. Neformální péče o pacienty s demencí. *Geriatric a gerontologie* [online]. 4(3), 117-124 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2015-3-3/vysledky-pilotni-studie-neformalni-pece-o-pacienty-s-demenci-55836>
- HOLMEROVÁ, Iva et al., 2017. Costs of dementia in the Czech Republic. *The European Journal of Health Economics* [online]. 18(8), 979-986 [cit. 2022-05-18]. ISSN 1618-7598. Dostupné z: [doi:10.1007/s10198-016-0842-x](https://doi.org/10.1007/s10198-016-0842-x)
- HOLMEROVÁ, Iva, 2018. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-031-4.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANDOUREK, Jan, 2013. *Úvod do sociologie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-644-5.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9542-8.
- JAROLÍMOVÁ, E.; GRAMPPOVÁ-JANEČKOVÁ, K.; HOLMEROVÁ, 2014. I. Rodinný pečující o seniora s demencí, pečovatelská zátěž a psychosociální intervence In H. Štěpánková, C. Höschl, & L. Vidovičová. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*.
- JIRÁK, Roman a kolektiv, 2013. *Gerontopsychiatrie* [online]. Praha: Galén [cit. 2022-03-10]. ISBN 978-80-7262-960-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/gerontopsychiatrie-565248/>

JIRÁK, Roman, 2013. Demence s Lewyho tělisky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha, 4(14), 158-160 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/05.pdf>

KANTORKOVÁ, Marie, 2011. Demence - vývojová stadia a doporučení. *Sestra (Praha)*, roč. 21, č. 2 (Tematický sešit 306 - Neurologie, psychiatrie), s. 71-74. ISSN: 1210-0404.

KISVETROVÁ, Helena, 2019. Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti. *Profese online* [online]. 12(1), 30-31 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2019.004

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN, 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1184-6.

KOZÁKOVÁ, Radka, 2017. Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících. *Profese online* [online]. 10(1), 1-7 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2017.001

KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-764-5.

KROMBOLZ, Richard, 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 12(3), 196-200 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>

KŘIVÁKOVÁ, B., 2021. *Syndrom demence v systému sociálního zabezpečení České republiky*. Revision & Assessment Medicine/Revizni a Posudkove Lekarstvi.

KUBOVÁ, Lucie, 2016. Komunikace jako nástroj zlepšení kvality péče o pacienty trpící demencí. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, roč. 18, s. 214-219.

KULIŠŤÁK, Petr a kol., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.

KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevládně nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

KURUCOVÁ, Radka, Katarína ŽIAKOVÁ a Jana NĚMCOVÁ. 2017. *Vybrané kapitoly z paliativnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-457-5.

LANGE, Elisabeth, 2019. *Demence: Trpělivá péče a pomoc*. Praha: Jan Vašut. ISBN 978-80-7541-142-6.

LÜDECKE, Daniel a et al., 2018. For better or worse: Factors predicting outcomes of family care of older people over a one-year period. A six-country European study. *PLoS One* [online]. 13(4), 1-18 [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29614108/>

LUŽNÝ, Jan a Blanka SKOPALOVÁ, 2014. Selhává sekundární prevence u demencí. *Hygiena: Časopis pro ochranu a podporu zdraví* [online]. Kroměříž, 52(2), 56-59 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/cz/artkey/hyg-201402-0002_Selhava-sekundarni-prevence-u-demenci.php

MACE, Nancy L. a kolektiv, 2018. *Alzheimer: Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7553-583-2.

MACHOVÁ, Martina, 2011. *Péče o člověka s demencí jako zátěžový faktor v rodině*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

MARCINIAK, Rafał et al., 2014. "Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases." *Frontiers in behavioral neuroscience* vol. 8 17. 27 Jan. doi:10.3389/fnbeh.2014.00017

MARTINÁKOVÁ, Jana, 2017. *Prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978-80-568-0022-5.

MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9

MAUK, Kristen, 2018. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. 4 th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN ISBN 9781-284-10447-9.

MENŠÍKOVÁ, Kateřina a kolektiv, 2016. Atypický parkinsonismus a frontotemporální demence – klinické, patologické a genetické aspekty. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Olomouc, 79/112(3), 275-286.

MIRANDA-CASTILLO, Claudia a et al., 2013. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* [online]. 13(43), 1-10 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6963-13-43.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NOVÁKOVÁ, Alena, 2016. *Specifika rodinné péče o seniora s demencí*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

OLSSON, Annakarin et al., 2011. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 26(1), 104-112 [cit. 2022-05-18]. ISSN 02839318. Dostupné z: doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00916.x

ONDŘIOVÁ, Iveta a kolektiv, 2014. *Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. *Sestra (Praha)*, roč. 24, č. 1, s. 27-29. ISSN: 1210-0404.

PEŠLOVÁ, Eva, Milan BRÁZDIL a Irena REKTOROVÁ, 2017. Demence s Lewyho tělísky s klinickým obrazem sporadické Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. Brno, 18(6), 415-421 [cit. 2022-02-17].

PEŠLOVÁ, Eva, Milan BRÁZDIL a Irena REKTOROVÁ, 2019. Demence s Lewyho tělísky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Brno, 20(2), 69-71 [cit. 2022-02-17].

PRAUSOVÁ, Lenka, 2015. *Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniora*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1417-7.

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Ostrava: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-16-7.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 96 s. Jessenius. ISBN 978-80-734-5437-1.

ROBERTS, Emily, 2018. The Impact of Respite Programming on Caregiver Resilience in Dementia Care: A Qualitative Examination of Family Caregiver Perspectives. *Inquiry* [online]. 55(12), 1-11 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: doi:10.1177/0046958017751507.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SUCHÁ, Jitka a Iva HOLMEROVÁ, 2019. *Praktický rádce pro život seniora: trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* [Brno]: Edika. ISBN 978-80-264-2709-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRABALOVÁ, Monika, 2016. *Informovanost pečujících rodin o Alzheimerově demenci*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9917-9.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kolektiv, 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra, et al. Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých. 2015.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana et al., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

VALIŠ, Martin, Jiří MASOPUST a Zbyšek PAVELEK, 2020. Farmakoterapie nealzheimerovských typů demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 21(1), 41-45 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2020/01/08.pdf>

VAVŘINOVÁ, Martina, 2015. *Možnosti podpory rodin pečujících o člověka s demencí*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.

VOJTOVÁ, Hana, 2020. *Musíme si pomáhat: aneb Domácí péče o seniora s demencí*. Frýdek Místek: JOKL. ISBN 978-80-88070-01-6.

VYHNÁLEK, Martin a kolektiv, 2021. Změny kognice ve stáří: jak poznat, že stárneme normálně a jak stárnout úspěšně. *Neurologie pro praxi* [online]. 22(1), 21-26 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2021/01/04.pdf>

VYHNÁLEK, Martin, 2017. Frontotemporální demence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 18(3), 140-142 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2017/03/10.pdf>

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0

WERNEROVÁ, Julie a kolektiv, 2016. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 19(2), 68-73 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2016-2/starnuti-dlouhodobenepriznivy-zdravotni-stav-a-zavislost-senioru-60260>

Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách

ZEMANOVÁ, Jitka, 2015. *Péče o seniory v domácím prostředí*. Čelákovice. Absolventská práce. Vyšší odborná škola, střední škola, jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky a základní škola MILLS, s.r.o.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2015. Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 111(2), 59-63 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <https://adoc.pub/zvova-m-vliv-alzheimerovy-demence-na-psychosocialni-zdravi-p.html>

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	A kolektiv
apod.	A podobně
EEG	Elektroencefalografické vyšetření
et al.	Et alii
mg	Miligram
NMDA	N-methyl-D-aspartátové receptory
P1	Participant 1
P2	Participant 2
P3	Participant 3
P4	Participant 4
P5	Participant 5
PET	Pozitronová emisní tomografie
%	Procenta
s.	Strana
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
tbl.	Tableta
tzn.	Tak známo

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Charakteristika participantů	38
Tabulka 2 – Informovanost pečujících osob před započítím péče	43
Tabulka 3 – Zdroje informací o péči o seniora s demencí	44
Tabulka 4 – Vnímání množství poskytnutých informací	45
Tabulka 5 – Oblasti týkající se poskytnutých informací	46
Tabulka 6 – Pomoc při péči od rodinných příslušníků	47
Tabulka 7 – Pomoc sociálních služeb	48
Tabulka 8 – Využívání finančních dávek	49
Tabulka 9 – Zatěžující oblasti v péči o seniora s demencí	50
Tabulka 10 – Pomoc, při problémových situacích	51
Tabulka 11 – Zvládání změn chování nemocné osoby	52
Tabulka 12 – Omezení, kvůli pečujícím povinnostem	53
Tabulka 13 – Ovlivnění pracovní kariéry pečujícími povinnostmi	54
Tabulka 14 – Omezení volného času kvůli pečujícím povinnostem	55
Tabulka 15 – Náročnost pečování po psychické stránce	56
Tabulka 16 – Náročnost pečování po fyzické stránce	57
Tabulka 17 – Forma odpočinku	58
Tabulka 18 – Ovlivnění zdravotního stavu	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

Příloha P II: Transkripce vybraného rozhovoru

Příloha P III: Informační materiál

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Měl/a jste informace týkající se péče, než jste začal/a pečovat o příbuzného s demencí v domácím prostředí?
2. Kdo Vám poskytl informace o péči o seniora s demencí?
3. Jak jste vnímala množství poskytnutých informací?
4. Jakých oblastí se týkali poskytnuté informace?
5. Pomáhá Vám někdo s péčí z rodiny?
6. Využíváte pomoc sociálních služeb?
7. Využíváte finanční dávky, kterými pečovatele podporuje stát?
8. Které oblasti v péči vnímáte za zatěžující?
9. Kde hledáte pomoc v řešení problémových situací?
10. Jak zvládáte změny chování Vašeho příbuzného s demencí?
11. Musel/a jste se něčeho vzdát kvůli pečujícím povinnostem?
12. Ovlivnilo pečování Vaši kariéru?
13. Ovlivnilo pečování Váš volný čas?
14. Jak pociťujete náročnost péče o seniora s demencí v domácím prostředí po psychické stránce?
15. Jak pociťujete náročnost pečování po fyzické stránce?
16. Jakou formu odpočinku využíváte?
17. Ovlivnila péče o seniora s demencí v domácím prostředí Váš zdravotní stav?

PŘÍLOHA P II: TRANSKRIPCE VYBRANÉHO ROZHOVORU

Měl/a jste informace týkající se péče, než jste začal/a pečovat o příbuzného s demencí v domácím prostředí?

„V první fázi jsem neměl vůbec žádné informace“.

Kdo Vám poskytl informace o péči o nemocného s demencí?

„Informace jsem získával postupně, především za pomoci psychiatra, a taky radami příbuzných, a dost i samostudiem (internet apod.). Větší část ale zůstala na mé intuici a schopnostech si poradit“.

Jak jste vnímal/a množství poskytnutých informací?

„V první fázi jsem neměl žádné informace, vyjma lékařských zpráv z různých vyšetření. Následně, po zahájení medikace psychiatrem, jsem díky skvělé paní doktorce mohl získat postupně veškeré informace, které potřebuji, včetně informací o tom, co nás čeká v dalších fázích. Myslím si, že přístup psychiatra je pro mě v celém procesu péče o mamku od začátku, i v tuto chvíli, naprosto stěžejní“.

Jakých oblastí se týkaly poskytnuté informace?

„V předchozí otázce jsem reagoval na informace stran potřeby péče jako takové, resp. na potřeby v souvislosti s postupující progresí nemoci. Pokud jde o informace stran finanční podpory, tu jsem dostal v rámci rodiny od svého bratra a jeho ženy, která má právnické vzdělání, a v těchto věcech se také vyzná. Pokud jde o sociální služby, tak vzhledem k tomu, že pečuji i o svého strýce, mamčina bratra, který už je třetím rokem upoután na lůžko, a třetím rokem k němu zajíždí dvakrát denně i Charita, tak tyto informace mám už i prakticky dobře zažitě, a vím, co to obnáší. U strýce, vzhledem k jeho nepohyblivosti a těžké váze, bych bez Charity péči zvládal jen s vypětím všech sil, které ale potřebuji také na péči o mamku. Zatím se snažím péči o mamku zvládat bez pomoci Charity. Všechny informace jsou samozřejmě přínosné, tedy ty, které jsou pro mě relevantní, a podle kterých jsem mohl u obou opečovávaných blízkých osob vždy postupovat. Především ale jde taky o intuici, životní zkušenosti a schopnost poradit si s každou životní situací, ať už je jakkoliv nenadálá a těžká... Dnes už jde především o rutinu, a také o zajištění kvalitní péče a pocitu klidu a lásky v domácím prostředí, pro obě opečovávané blízké osoby, aby i v jejich těžké zdravotní situaci mohly dožít s úctou a láskou v prostředí a v blízkosti lidí, které mají rády“.

Pomáhá Vám někdo s péčí z rodiny?

„Pomáhá, v rámci možností. Pokud jde o jakousi psychologickou podporu a podporu s drobnými úkony, a hlavně s tím, že s mamkou tráví dost času, pomáhá nejvíce taťka.“

S organizačními věcmi a s čímkoliv, o co si „řeknu“, zase pomáhá jeden z bratrů. Pokud jde o obědy o víkendech, pomáhá zase druhý z mých bratrů, který zajišťuje přípravu a dovoz obědů, abych ke všem povinnostem souvisejícím (nejen) s péčí o dvě blízké osoby nemusel navíc o víkendu ještě i vařit... Myslím si, že ta pomoc v rodině je dostatečná, i když samozřejmě na mně visí cca 95 % všech úkonů především ve smyslu té pečovatelské každodennosti, komplexní zabezpečení chodu domácnosti a k tomu dodávání i psychické podpory opečovávaným. Mám pocit, že je to takto zcela v pořádku“.

Využíváte pomoci sociálních služeb?

„Jak jsem uvedl výše, zatím pomoci sociálních služeb v případě péče o mamku nevyužívám. Mám na mysli služby Charity. Ta funguje skvěle, a pokud fyzicky přestanu sám zvládat především hygienické úkony, tzn. až mamka bude zcela bezvládná a přestane spolupracovat natolik, abych to fyzicky mohl dále zvládat sám, máme v záloze v takovém případě také optání služby Charity i pro ni, to je jasné. Pomoc Charity tak, jak ji mám zkušenou a prověřenou v případě péče o strýce, je zcela dostačující a dostupná. Vzpomínám si v počátku (u strýce), že jsme čekali cca 1 měsíc od podání žádosti, než nám služba začala být fyzicky poskytována, ale předem jsme na to byli upozorněni, že byl v té době přetlak nových žadatelů“.

Využíváte finanční dávky, kterými pečovatelé podporuje stát?

„Využívám příspěvek na péči, který spravuje Úřad práce. Poté, co se mamka zcela čerstvě dostala do fáze imobility, aktuálně řešíme i příspěvek na mobilitu, resp. zdravotní průkaz. Podle mého bratra je příspěvek nedostačující, já si myslím, že s ohledem na všechny geopolitické okolnosti a možnosti státu je dostačující. Příspěvek využívám(e) především na všechny náklady potřebné na péči, ale také k úhradě nákladů na bydlení apod. výdaje Nově (aktuálně) také řešíme přes pojišťovnu polohovací lůžko a mechanický vozík pro imobilní. Zatím máme tyto záležitosti zapůjčeny z komerční půjčovny v rámci doby, než se vyřídí dlouhodobé bezplatné pronájmy přes pojišťovnu“.

Které oblasti v péči vnímáte za zatěžující?

„To je těžké takto říci, protože nejvíc ubíjející je asi ta každodennost a ten počet úkonů a činností, který je stále zapotřebí, a v čase narůstá. Samozřejmě nejhorší je asi hygiena na lůžku, kdy při přebalování plen často musím i klečat na zemi, byť si kolena podkládám. Takže spíše fyzicky je už znát celková únava, bolesti kloubů, zad apod. Tělo si ale říká o každodenní regeneraci, tzn., že na rozdíl od své předchozí životní etapy „před péčí“ spím denně i 12 hodin, což pro mě dříve byla běžně doba spánku regulérně za dvě noci“.

Která oblast při péči představuje největší zátěž?

„Jak jsem uvedl, hlavně hygiena na lůžku, případně vynášení krabic s novými pleny (na půdu) při dodávce čtvrtletního balení pro obě opečovávané osoby. Náročné je také naložení a vyložení z lůžka na vozík a zpět, tady sám nestačím, a musím si vždy zavolat posilu (bratra) nebo využít ochoty řidiče sanitky apod. Už mi táhne na padesát let, a ta fyzická zátěž při péči je i sama o sobě dost silná. Naštěstí stále ještě rychle regeneruji a tělo se zatím dokáže dobře a rychle odbolet“.

Kde hledáte pomoc v řešení problémových situací?

„Především v rodině, hlavně u jednoho z bratrů, a také u vzdálenější spřízněné rodiny (bratrance apod.). Jinak jak jsem uvedl, velmi dobře komunikuji s psychiatrem, kde paní doktorka dokáže a je ochotná nad rámec svých povinností dobře poradit v každé situaci, což je velmi důležité“.

Jak zvládáte změny chování vašeho příbuzného s demencí?

„Díky silnému citovému či psychologickému propojení jako nejmladšího syna s mamkou a díky té každodennosti to snáším dobře. Nemám naštěstí příležitost být vyděšen z pocitu nějakého zdání šokujícího skokového zhoršení jejího stavu, protože to zhoršení vnímám jako pozvolné, kontinuální. Je to dáno tím, že s ní jsem stále, a vidím ji dnes a denně. Mamka je pořád pozitivní člověk, vyzařuje lásku a vděčnost, je nenáročná a pořád na to všechno dobře komunikuje, poznává nás, dobře nás i vnímá, pořád má i smysl pro humor, a mám pocit, že se cítí šťastná. I když ji ta nemoc postupně pohlcuje, a způsobuje její celkovou únavu a postupnou degradaci. Víím, že bratři, a hlavně tatka, to zpočátku brali velmi špatně, a samozřejmě i s poslední aktuální poprvé docela skokovou progresí mamčiny Alzheimerovy choroby to berou ještě hůře. Ale já tam vidím naopak po poslední hospitalizaci, v souvislosti s nástupem této fáze nemoci, kdy jsme měli strach, že mamka odejde z tohoto světa, za poslední dva týdny naopak velké zlepšení jejího fyzického stavu, stavu mysli, schopnosti komunikovat, mluvit, jíst a pít apod. Takže já se svou optimistickou povahou vidím pořád i stávající stav jako dost pozitivní, protože po šílených dnech, asi přede dvěma týdny, se mamčin stav opravdu viditelně zlepšil, i když samozřejmě v rámci aktuálně již podstatně omezených možností“.

Musel/a jste se něčeho vzdát kvůli pečujícím povinnostem?

„Samozřejmě, můj osobní život šel v podstatě ze dne na den stranou, a profesní život se omezil postupně tak ze 70 %, a samozřejmě je pro mě čím dál tím těžší dělat jakoukoliv jinou práci, mimo péči. Po této stránce jsem se dočasně vzdal opravdu téměř všeho, nebo lépe řečeno, už několik let svůj život věnuji primárně péči o své blízké. I když je to velmi těžké a

fyzicky i psychicky náročné, člověk v tom zase nachází nový rozměr svých schopností, a posouvá ho to dál, jak v životě, tak rozhodně i v rovině uspořádání hodnot, uvažování o smyslu života, a také co do zdravotnických a pečovatelských znalostí. To vše při maximální snaze o zajištění důstojné poslední fáze života svých nejbližších, jako mé aktuální hlavní životní prioritě“.

Ovlivnilo pečování Vaši kariéru?

„Jak jsem uvedl, ovlivnilo. Ale snažím se udržet kontakt s klientelou, s kolegy a specialisty, se kterými spolupracuji, resp. s mojí prací projektanta jako takovou, protože je mi jasné, že nastanou chvíle, kdy moje péče jednou skončí, a já se budu muset (a chtít) vrátit zpět ke svému plnohodnotnému profesnímu i osobnímu životu“.

Ovlivnilo pečování Váš volný čas?

„Co to je volný čas? Musel jsem se vzdát i svých koníčků, třeba jsem hrával závodně minigolf, což jsem musel ukončit už před několika lety. Možná se k tomu v důchodě vrátím, což je obrovská výhoda tohoto sportu... Takže volný čas je u mě bez nadsázky aktuálně na nule nebo třeba na hodině denně, kterou mám pro sebe, a pro drobnou údržbu domu, což není zrovna moc. Když do toho času navíc započítám i čas na svoji osobní hygienu, jídlo apod., tak žádný volný čas skutečně nemám. S tím se při péči o své blízké zkrátka musí počítat“.

Jak pocítujete náročnost pečování o seniora s demencí v domácím prostředí po psychické stránce?

„Zatím se snažím být silný, a psychickou náročnost péče si nepřipouštím. Ale ta péče zkrátka je velmi psychicky náročná, bez ohledu na to, jestli si to připouštím nebo nepřipouštím. Podle mě to není pro „slabé povahy“. Nemohu ale deklarovat, jak dlouho pod tímto trvalým psychickým tlakem vydržím fungovat a pečovat o své blízké dál. Bez dovolené, bez vystřídání kýmkoliv jiným, třeba na určitou jen krátkou dobu apod. Zatím to ale zvládám, protože člověk má velké možnosti a potenciál psychických i fyzických sil, pokud něčeho opravdu chce dosáhnout, resp. pokud někomu svůj život chce v nejlepším slova smyslu obětovat“.

Jak pocítujete náročnost pečování po fyzické stránce?

„Jak jsem uvedl, zatím se s tím snažím bojovat především dlouhým spánkem, odpočinkem a regenerací. Na kompenzační cvičení nemám bohužel prakticky žádný časový ani psychický či fyzický prostor. Když mám silné bolesti, namažu si bolestivé části těla mastí nebo alpou, a do rána jsem fit. Ale o velké fyzické náročnosti péče o blízké není žádných pochyb“.

Jakou formu odpočinku využíváte?

„Především dlouhý spánek, nebo i přes den musím někdy i na chvíli třeba usednout do křesla, natáhnout si nohy na taburet a buďto na půl hodiny „klimbat“ nebo se podívat na televizi nebo pobrouzdat po internetu apod., abych nabral sílu a trochu se uklidnil, vypnul a „srovnal si čakry“, resp. abych přišel na chvíli i na jiné myšlenky. Nebo si pohraju se psem, naším labradorským retrievem, který i mamce je dosti silnou oporou a terapií, skoro i canisterapií. Aktivní odpočinek je mi v současné době bohužel zapovězen, hlavně z hlediska absence času i sil“.

Ovlivnila péče o seniora s demencí v domácím prostředí Váš zdravotní stav?

„Zatím mám pocit, že nikoliv zásadně, i když tělo dostává pořádně zabrat. Začínám mít trochu vyšší hladinu cholesterolu, a pociťuji hlavně nedostatek hořčíku. To se projevuje svěděním nebo jakýmsi „brněním“ v konečcích prstů především na ruku, někdy i na nohu. Hořčík jsem začal asi před půl rokem užívat v tabletách, a od té doby je to výrazně lepší. Je to zvláštní, kolik hořčíku tělo při takovém záprahu spotřebuje, a když si někdy zapomenu užít tabletu, jak se okamžitě dostaví ono svědění, a je jasné, že tělo jednoduše potřebuje dodat hořčík. Hlídaní přísunu dostatečného množství hořčíku pro tělo považuji za zcela zásadní v tom, abych fyzicky a zdravotně odolal, a aby tak tělo, pokud možno, po celou dobu, kdy bude poskytování péče nutné, nesehalo“.

PŘÍLOHA P III: INFORMAČNÍ MATERIÁL

Péče o seniory s demencí v domácím prostředí

Demence

Je syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku, zejména mozkové kůry. Získaná porucha narušuje kognitivní funkce např. paměť, rozhodování, plánování, rozpoznávání osob a předmětů. Onemocnění v raném stádiu může uniknout pozornosti nejbližšího okolí z důvodu pomalé a postupné progresse. Příznaky se často považují za projev přirozeného stárnutí. Demence je nevléčitelné onemocnění, ale včasnou a vhodnou léčbou můžeme průběh zpomalit a těžké stádium choroby oddálat.

Na péči o nemocného s demencí nemusíte zůstat sami, s péčí Vám mohou pomoci tyto sociální služby:

- pečovatelská služba a osobní asistence;
- domovy s pečovatelskou službou;
- tísňová péče;
- odlehčovací pobytová služba;
- týdenní stacionáře;
- denní stacionáře a centra denních služeb.

Vypůjčení kompenzačních pomůcek

- Kompenzační pomůcky (invalidní vozík, chodítko, polohovací lůžko, toaletní křeslo) si můžete zapůjčit u poskytovatelů sociálních služeb, agentur domácí zdravotní péče, půjčoven kompenzačních pomůcek nebo přímo od výrobce za poplatek.
- Některé kompenzační pomůcky (chodítko, francouzské hole) lze získat na poukaz praktického nebo odborného lékaře (neurolog, ortoped, rehabilitační lékař) a získáte je v lékárně nebo v prodejnách zdravotnických potřeb. Většina pomůcek je plně nebo částečně hrazena zdravotní pojišťovnou.
- O zapůjčení některých pomůcek (schodolez, schodišťová plošina a zvedák) je možné požádat na Úřadu práce ČR.

Užitečné internetové zdroje:

<http://www.socialniradce.cz/>

<http://www.alzheimer.cz/>

<http://www.pecujdoma.cz/>

<http://www.apsscr.cz/>

<http://www.parkinson-help.cz/>



Informační materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce Péče o seniory s demencí v domácím prostředí. Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová
Autor: Martina Olivíková, studentka oboru Všeobecná sestra, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2022.



Finanční příspěvky

Péče je náročná i v oblasti financí, a proto je dobré si zmapovat finanční situaci. Kromě základního finančního zabezpečení (starobní, invalidní, vdovský a vdovecký důchod), lze využít i tyto dávky:

- příspěvek na péči;
- ošetřovné;
- příspěvek na mobilitu;
- příspěvek na zakoupení zvláštní pomůcky;
- příspěvek na bydlení;
- doplatek na bydlení;

Zdroj: Autorka práce, 2022

Úprava domácího prostředí

- snížit a odstranit prahy;
- místnosti, kde se nemocný pohybuje se světlou výmalbou;
- popsat dveře a vypínače slovem nebo obrázkem kam vedou
- čističí prostředky a léky, uchovávat z dosahu nemocného;
- porádít spotřebiče se samočinným vypínáním po delší době;
- umístit madla a držadla;
- nahradit vanu sprchovým koutem;
- schody opatřit zábrany;
- vybavit byt požárním hlásičem;
- zabezpečit vchodové dveře (řetízek na dveře, brzdička);
- odstranit položené koberečky, káble a šnury
- odstranit nebo uzamknout všechny zahrádkové nástroje a přístroje, kterými by si nemocný mohl ublížit;
- oplotit zahrádku u domu;

Zásady při péči o seniora s demencí

- trpělivost;
- komunikace v jednoduchém jazyce;
- vytvořit bezpečnou domácnost;
- používání gest a jemných dotyků;
- pochopit a vctit se do nemocného;
- nastavení denního režimu;
- zajistit vhodné aktivity;
- trénování paměti;
- dbát na správnou výživu a pitný režim nemocného;
- doprovázet (přítomný okamžik);

„Dobrá péče znamená přijímat pomalost a snášet nezday.

Dobrá péče znamená především jedno: trpělivost.“

(Lange, 2019, s. 57)

Zdroje

- HAUKE, Marcela a kolektiv. 2017. *Když do života vstoupí demence: aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
- LANGÉ, Elisabeth. 2019. *Demence: Trpělivá péče a pomoc*. Praha: Jan Vašut. ISBN 978-80-7541-142-6.
- Demence není hloupost, ale nemoc. 2017. In: *Vitalia.cz* [online]. Koln [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/demence-neni-hlouposti-ale-nemoc/>
- Kroměřížané pečující o své blízké najdou podporu ve vznikající skupině, 2021. In: *Novinky kraje* [online]. Kroměříž [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: <https://www.novinykraje.cz/svetprace/2021/06/16/kromerizane-pecujici-o-sve-blizke-najdou-podporu-ve-vznikajici-skupine/>