

**KARLOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Specifika péče o seniory s demencí
Specifics of care for the elderly with dementia**

Vypracovala: Markéta Pérková DiS.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph. D.

Studijní program : Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Praha 2015

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika péče o seniory s demencí vypracovala samostatně pod odborným vedením Doc. PhDr. Jana Šišky, Ph.D. a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.“

Praha 10. 4. 2015

.....

podpis studenta

Mé poděkování patří Doc. PhDr. Janu Šiškovi, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytl jako vedoucí mé bakalářské práce.

Děkuji své rodině za trpělivost, podporu a pomoc po celou dobu mého studia.

ANOTACE :

Cílem bakalářské práce s názvem Specifika péče o seniory s demencí bylo popsat, jakým způsobem je dosahováno kvality péče u seniorů s demencí v konkrétním domově pro seniory. Dílčím cílem bylo zjistit, v čem pečující osoby spatřují největší problém při péči o seniory s demencí a návrh možného řešení pro dané zařízení. Z důvodu stárnoucí populace a zvyšujícího se procenta seniorů s demencí vidím toto téma jako velmi aktuální. Práce je členěna do deseti kapitol. Teoretickými východisky práce jsou klíčové pojmy, jako je stáří, demence, komunikace se seniory. Dále následuje představení aktuálního legislativního rámce zabývajícího se sociální péčí. Ve výzkumné části se zabývám případovou studií konkrétního zařízení. Pro dosažení stanovených cílů byl použit empiricko – analytický přístup, nestrukturované rozhovory a vlastní pozorování. Příklad péče o osoby s demencí v tomto zařízení je popsán na příkladu konkrétní seniorky.

Klíčová slova:

Stáří, stárnutí, demence, sociální služby, kvalita péče, legislativa, komunikace

ANNOTATION:

The object of the thesis titled Specifics of care of the elderly with dementia was to describe how is achieved quality of care for seniors with dementia in a particular home for the elderly. A secondary object was to determine what is the biggest problem for caregivers in the care of older people with dementia and proposal of possible solutions for the device. Due to the aging population and the increasing percentage of older people with dementia I see this as a very timely topic. The work is divided into ten chapters. Theoretical resources are key concepts, such as age, dementia, communication with the elderly. Followed by a presentation of the current legislative framework dealing with social care. In the research part I deal with a case study of a particular device. To achieve the objectives set has been used empirically - analytical approach, unstructured interviews and personal observations. Example of care for people with dementia in this device is described on a specific case of senior.

KEYWORDS:

old age, aging, dementia, social services, quality of care, legislation, communication.

Obsah:

1. ÚVOD.....	6
2. CÍLE.....	8
3. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	9
3. 1. STÁRNUTÍ.....	10
3. 2. STÁŘÍ.....	10
3. 2. 1. PERIODIZACE STÁŘÍ.....	11
4. DEMENCE.....	13
4. 1. DEFINICE POJMU DEMENCE.....	13
4. 2. DĚLENÍ DEMENCE.....	14
4. 2. 1. ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	15
4. 2. 1. 1. Základní příznaky.....	16
4. 2. 1. 2. Rizikové faktory.....	17
4. 2. 2. DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY.....	18
4. 2. 2. 1. Základní příznaky.....	19
5. PÉČE O SENIORY.....	20
5. 1. SOCIÁLNÍ PÉČE.....	20
5. 1. 1. DOMOV PRO SENIORY.....	22
5. 1. 2. DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	23
5. 1. 3. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	24
5. 1. 3. 1 STANDARD č. 5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	24
5. 2. PÉČE V RODINNÉM PROSTŘEDÍ.....	25
6. KOMUNIKACE.....	27
6.1. DĚLENÍ KOMUNIKACE.....	27
6.1. 1. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	27
6. 1. 2. NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	28
6. 1. 3. ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY.....	29
6. 2. SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY S DEMENCÍ.....	30
6. 3. PRAVIDLA PŘI KOMUNIKACI SE SENIOREM S DEMENCÍ.....	31
6. 3. 1. REMINISCENCE.....	32
6. 3. 2. VALIDAČNÍ METODA.....	33
6. 3. 3. REZOLUČNÍ TERAPIE.....	33
6. 4. BAZÁLNÍ STIMULACE.....	34
7. SPECIFIKA PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ.....	36
7. 1. CÍLE A METODY SBĚRU DAT.....	36
7. 2. CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ.....	37
7. 3. ROZHOVORY.....	38
7. 4. KONKRÉTNÍ PŘÍKLAD PÉČE O SENIORKU S DEMENCÍ.....	39
7. 4. 1. OBDOBÍ PŘED NÁSTUPEM DO DOMOVA PRO SENIORY.....	40
7. 4. 2. POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY.....	41
7. 4. 2. 1. HARMONOGRAM DNE PANÍ B.....	42
7. 5. SHRNUTÍ ŠETŘENÍ.....	43
7. 6. DOPORUČENÍ.....	44
8. ZÁVĚR.....	45
9. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	47
10. SEZNAM PŘÍLOH.....	50

1. ÚVOD

„Jarní čas nám představuje mládí, naznačuje nám plody, které můžeme od budoucnosti očekávat. Další období jsou přizpůsobena k žatvě a ke sklizni ovoce. Plody stáří, jak jsem již často řekl, tvoří bohaté vzpomínky a všechno dobré, co jsme dřív zakusili. Všechno pak, co se děje podle přírody, musíme pokládat za dobré a užitečné.“

(Marcus Tullius Cicero)

Nedílnou součástí našeho života a také jednou z nejsložitějších jeho etap je poslední jeho část, a tou je stáří. Pro většinu je stáří spojeno s představou velmi starého člověka s postupně ubývajícím silami, který si stále více uvědomuje svoji závislost na ostatních a v jeho doposud vitálním životě začínají hlavní úlohu přebírat únava, nemoc a v mnoha případech i samota.

Velkým aktuálním problémem seniorského věku je demence, která se řadí k nejčastěji se vyskytujícím onemocněním ve stáří. Lidé potřebují pomoc a podporu v základních životních dovednostech, v úkonech soběstačnosti, ale i v péči o vlastní osobu. Demence je velmi závažné a zhoršující se onemocnění postihující kognitivní funkce, které naruší celou osobnost jedince. S tím se pojí další velký problém, kdo a jak se o seniora postará. V minulých dobách bylo samozřejmé, že o seniora pečoval vždy někdo z rodiny, ale v dnešní uspěchané době to není zcela možné a samozřejmé.

Péče o seniora s demencí je velmi složitá nejen pro rodinné příslušníky, ale i jedince samotného. Většinou z důvodu celodenní péče musí opustit svůj domov a důvěrně známé prostředí a zvykat si na chod jiné domácnosti, kde je o seniora pečováno. Vlivem demence se osobnost seniora velmi mění a v některých případech se rodina domnívá, že zajištění základních potřeb seniora je dostačující k dosažení kvalitní péče.

Pokud je rodina vystavena dlouhodobé zátěži péčí o seniora, má to velký, ale hlavně negativní vliv na vztahy mezi pečující osobou a seniorem, ale už i zmíněnou kvalitu péče.

Kvalita péče ustupuje do pozadí, rodina se většinou snaží zajistit základní péči o seniora, ale na zajištění opravdu kvalitního života už jí nestačí síly. Většinou začíná řešit problém, jak z dané situace ven, kdo jim může pomoci. V této fázi začne rodina většinou hledat vhodné zařízení pro seniory. Situaci ztěžuje fakt, že zařízení pro seniory jsou mnohokrát přeplněné, s dlouhou čekací dobou na přijetí seniora, ale zdají se být jediným schůdným řešením. Zajištění kvalitní péče má svá specifika, jde nejen o zajištění základních životních potřeb, ale také je třeba dbát na individualitu každého seniora - co měl rád, jakým aktivitám se věnoval a jak žil, než se u něho začala demence projevovat.

S tématem seniorské demence jsem se poprvé seznámila před dvanácti lety, kdy jsem začala pracovat v domově pro seniory jako pracovník přímé péče. Během deseti let jsem měla možnost pozorovat změny v péči o seniory, které ovlivnil především zákon o sociálních službách. Více se začalo dbát na individualitu každého seniora, přihlížet k jeho zájmům a způsobu života, na který byl zvyklý do doby, než nastoupil do domova pro seniory.

S tím, jak naše populace stárne, začíná být téma seniorské demence velmi aktuální. Ne ve všech zařízeních, kde o seniory s demencí pečují, lze hovořit o kvalitní péči. Proto vidím přínosné se touto problematikou zabývat a rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat i svoji bakalářskou práci. Tu jsem rozčlenila do deseti kapitol. Ve stěžejní části práce vymezuji pojmy stáří a stárnutí. Dále se zabývám otázkou syndromu demence, jejími základními typy a příznaky, kde podrobněji rozvádím Alzheimerovu chorobu. Zmiňuji i legislativu sociální práce. Součástí této kapitoly je i popis pobytové péče pro seniory a péče v domácím prostředí. Následuje kapitola, v níž se zamýšlím nad komunikací se seniory s demencí. Specifika péče o seniory s demencí obsažena v sedmé kapitole představuje případovou studii v konkrétním domově pro seniory s cílem popsat, jakým způsobem je dosahováno kvality péče u seniorů s demencí v tomto konkrétním domově pro seniory. Dílčím cílem bylo zjistit, v čem pečující osoby spatřují největší problém při péči o seniory s demencí a návrh možného řešení pro dané zařízení. K dosažení stanovených cílů jsem využila metod polostrukturovaných rozhovorů, analýzu dokumentů a vlastního pozorování.

2. CÍLE

Péče o seniory s demencí má svá specifika. Toto téma je dle mého názoru velmi aktuální nejen pro pečující osoby v různých typech zařízení, ale i pro rodinné příslušníky, kteří mají ve své péči seniora s demencí. Z důvodu stárnoucí populace a tím i narůstajícího počtu seniorů s demencí by se tomuto tématu mělo věnovat více prostoru. Je nutné se zaměřit na kvalitu péče o tyto seniory, protože ta je mnohdy dosti opomíjena. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vypracovat případovou studii v jednom konkrétním zařízení pro seniory s níže uvedenými cíli.

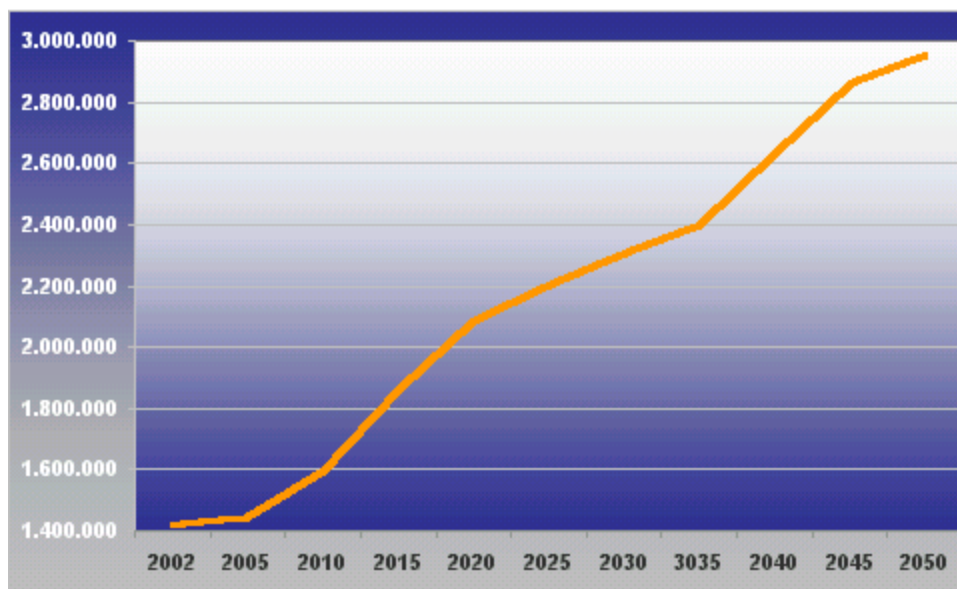
- Jakým způsobem je dosahováno kvality péče o seniory s demencí?
- Zmapovat, v čem pečující osoby spatřují největší problém při péči o osoby s demencí.
- Návrh možného řešení pro dané zařízení

3. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Náš život je vymezen životními etapami, které nám dávají určité možnosti, ale i limity. Na stáří však člověk nahlíží jinak než na ostatní etapy. Často si neuvědomuje, že tento podzim života může patřit mezi ta nejkrásnější období. Většina z nás si stáří představuje jako období plné bolesti, závislosti na druhých a samoty, ovšem neuvědomujeme si, že stárnutí a stáří je individuální proces. Záleží na každém z nás, jak se na toto období připravíme a jak ho přijmeme.

Období stáří a stárnutí je celospolečenským jevem. Statistické údaje udávají, že populace v Evropské unii včetně České republiky stárne. Stárnutí populace bude v dalších letech pokračovat. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6% obyvatel České republiky. „*Demografické prognózy zpracované pro Česko odhadují, že v roce 2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let.*“ (Malíková, 2011, s. 27)

Graf 2: Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let, ČR, 2002-2050



(http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34)

3. 1. STÁRNUTÍ

Proces stárnutí je přirozený biologický proces, který začíná u každého jedince ihned po narození. Avšak rychlost, kterou jedinec stárne, je u každého jiná. Je to proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti jedince. Za skutečné projevy stárnutí považujeme pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. (Kalvach, 2004)

Rozlišujeme dva typy stárnutí

- Fyziologické stárnutí** - probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince.
- Patologické stárnutí** - může se projevovat různými způsoby. Typické je předčasné stárnutí či nepoměr mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Projevuje se také sníženou soběstačností. (Vokurka, Hugo, in Malíková, 2011, s.15)

(Pacovský, 1990) popisuje proces stárnutí jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. Změny, které v tomto období nastanou, ať již funkční nebo strukturální, jsou nevratné a neopakují se. Jsou to změny v jednotlivých orgánech, které mají funkční, degenerativní nebo morfologický charakter. Můžeme tedy říci, že stárnutí je jakási cesta do období stáří.

3. 2. STÁŘÍ

Problematikou seniorského věku se zabývají obory, jako je gerontologie (věda o stárnutí a stáří), geriatrie, což je samostatný klinický medicínský obor. Další obory, které se k problematice seniorů vztahují, jsou gerontopsychologie (ta se zabývá psychickými změnami ve stáří a gerontopedagogika znamená výchova ve stáří a ke stáří. (Malíková, 2011)

Podle Světové zdravotnické organizace je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (Haškovcová, s. 20.) Tuto definici lze však aplikovat pouze u seniorů, u kterých je stáří nepřehlédnutelné. Na charakteru stáří se podílí řada faktorů například životní styl seniora, zdravotní stav, sociální vliv, ale i vliv ekonomický a psychický.

Hlavním kritériem pro stáří je věk seniora. Ten můžeme rozlišit na:

- **kalendářní (chronologický) věk**, lze jej přesně vymezit, určuje nám přesné stáří organismu. Jedná se o dobu uplynulou od narození jedince. Pro určení skutečného stáří je ale kalendářní věk nedostatečným kritériem, protože nevystihuje individuální rozdíly v rychlosti stárnutí u jednotlivců.
- **Biologický věk**, objektivní stav, který je dán aktuálním stavem našeho organismu a lze ho ovlivnit. Biologický věk může být vyšší i nižší než věk chronologický.
- **Sociální věk**, zachycuje změny životního stylu seniora, změny sociálních rolí a postavení ve společnosti. V České republice je sociální stáří vymezeno odchodem seniora do důchodu.
- **Psychologický věk**, jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku a poukazuje na psychický stav jedince. (Stárnutí organismu) [online]

3. 2. 1. PERIODIZACE STÁŘÍ

Jednou ze základních charakteristik člověka je jeho věk. Věkové kategorie jsou členěny několika způsoby. „Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující dělení“ (Malíková, 2011, s 14)

- 30 – 44 let dospělost
- 45 – 59 let střední věk (zralý věk)
- 60 -74 let senescence (časné stáří)
- 75 – 89 let kmetství (vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověčnost)

V současnosti je hodně užívané dělení podle Mühlpachra (2004)

- 65 – 74 let mladí senioři (adaptace na penzionování, volný čas, seberealizace)
 - 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob)
 - 85 a více velmi staří senioři (problémová soběstačnost a zabezpečení).
- (Mühlpachr, 2004, s. 9)

Jiné rozdělení uvádí **Hartl**:

- 60 – 74 počínající sénium
- 75 – 89 vlastní sénium
- 90 a více dlouhověkost

(Hartl, 1993, s.187)

Haškovcová ve své publikaci uvádí:

- 45 - 59 let je označováno jako střední nebo také zralý věk
- 60 - 74 let vyšší nebo rané stáří
- 75 - 89 let stařecký věk neboli sénium také nazvané jako vlastní stáří.
- 90 let a více, toto období je nazvané jako dlouhověkost

(Haškovcová, 2010, s. 20)

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje a senior je více závislý na svém okolí. (Mühlpachr, 2004, s. 39)

4. DEMENCE

4. 1. DEFINICE POJMU DEMENCE

Pojem „*dementia*“ pochází z latiny a jeho doslovný překlad zní „*bez mysli*“ a znamená pokles úrovně duševních činností seniora trpícího demencí. Demence je destruktivní nemoc, která ve své finální fázi změní člověka k nepoznání. Během první fáze na člověku nejsou znát žádné nápadné změny, naopak v konečné fázi demence je již člověk naprosto závislý na péči okolí ve všech svých potřebách. (Buijssen, H. , 2006)

Demence je označována jako syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Problematice demence se věnuje značné množství odborné literatury, vybrat tedy tu nejvhodnější definici není jednoduché. Dle Jiráka a Koukolíka : „*Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ JIRÁK, R. a F. KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*, s. 19.

Ve své publikaci definuje Hátlová, Suchá (2003, s. 102) demenci jako: „*syndrom, který vznikl následkem chronického onemocnění mozku, nebo onemocněním mozku progresivního rázu, u něhož dochází ke zhoršení vyšších kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeč a úsudek*“.

Demence vzniká na základě onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Vzhledem k tomu, že dochází k narušení vyšších korových funkcí, můžeme u osoby s demencí pozorovat zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Dále alespoň jeden z faktorů, kterými jsou: narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, změny osobnosti. Bývá narušeno sociální chování nebo motivace.

Diagnózu demence lze stanovit na základě psychiatrického a psychologického vyšetření. Pro všechny typy demence obecně platí několik kritérií, mezi něž řadíme zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, narušení abstraktního myšlení, narušení

soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti. Tyto příznaky se nemusí vyskytovat současně. (Pidrman, 2007)

Dle MKN -10 Lze demenci chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A- B – C

C – cognition: narušení kognitivních funkcí

A – activities of daily life: narušení aktivit denního života

B – behavior poruchy chování (Pidrman, 2007, str 9.)

A – aktivity denního života nebo také soběstačnost je první, co je demencí narušeno. Pro posouzení soběstačnosti jsou používány různé škály, například Lewyho, Katze nebo Barthelové. Pomocí nich se pak hodnotí soběstačnost v aktivitách potřebných k samostatnému životu. Řadíme sem například koupání, stravování, oblékání, použití toalety.

B – poruchy chování, většinou předchází narušení aktivit každodenního života. Jedná se o nápadné změny v chování - například nepřiměřené, netaktní chování.

C – narušení kognitivních funkcí bývá u demencí nejnápadnějším symptomem. Jedná se především o poruchy paměti, úsudku, myšlení, orientace, schopnosti se vyjadřovat. Většina odborníků řadí narušení kognitivních funkcí mezi primární symptomy demence. (Holmerová 2007)

Vzhledem ke klesající porodnosti a snižující se úmrtnosti dochází k prodlužování střední délky života a stárnutí populace. To je jeden z hlavních důvodů, proč počet případů lidí s demencí strmě přibývá a někoho možná ani nenapadne, že demence je jednou z nejčastějších příčin úmrtí lidí v seniorském věku. (Koukolík 2014)

4. 2. DĚLENÍ DEMENCE

„Demence má mnoho forem a je to hromadný termín podobně jako rakovina, revmatismus nebo dýchací nemoci.“ (Buissen,2006, s. 14) Dle Pidrmana je velmi důležité nejprve demenci správně diagnostikovat a tím ji odlišit od stavů, které demenci jen imitují. Těmito stavy mohou být například deprese, které se vyskytují často u seniorů. Také některé léky s toxickými účinky mohou vyvolat podobný stav demenci. Dovolím si uvést alespoň základní dělení demencí.

Demence můžeme dělit podle intenzity poškození kognitivních funkcí na lehké, střední a těžké. Dle věku dělíme demence na presenilní a senilní. Podle psychiatrických příznaků dělíme demenci na globální s přibližně rovnoměrným postižením kognitivních funkcí a ostrůvkovitou demenci s nerovnoměrným postižením kognitivních funkcí. Nejdůležitějším dělením demencí je základní dělení opírající se o etiologii a patogenezi demencí.

Podle etiologie a neuropatologie dělíme demence na:

- **primární** tzv. Atroficko – degenerativní, jejich příčinou jsou nemoci, které primárně zasahují mozek nemocného. Do této skupiny řadíme demence u Alzheimerovy choroby, demence s Lewyho tělísky, Frontotemporální demence, demence u Parkinsonovy nemoci, demence u Huntingtonovy nemoci.

- **Sekundární** demence, kde je postižení mozku způsobeno jinou extracerebrální chorobou nebo poruchou. Sem řadíme Ischemicko – vaskulární demence, metabolicko toxické - například způsobené alkoholem, poúrazové, infekční a ostatní sekundární demence. (Kolibáš 2005)

Sekundární skupina demencí je velmi nesourodá. Na těchto typech demencí se podílí celá řada příčin. Jde například o demence vzniklé po traumatu tzv. posttraumatické, metabolické při poruše jater, respiračního systému, demence při endokrinních onemocněních, tumorech nebo také při epilepsii. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. (Pidrman 2007)

4 2. 1. ALZHEIMEROVA CHOROBA

Prvním velmi závažným typem demence, který řadíme do primární skupiny demencí, je Alzheimerova nemoc. Tento typ demence zmiňují ve své práci z toho důvodu, že se pojí k seniorskému věku a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou má svá specifika oproti péči o seniory bez demence. Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, ztráta paměti a dalších intelektuálních schopností je natolik závažná, že zasahuje do každodenního života člověka. Alzheimerova choroba představuje 60 až 80 procent všech případů demence. (Alzheimer's Association)

Dle Pidrmana „*Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky.*“ (Pidrman, 2007, s. 37)

První zmínku o této nemoci popsal profesor Alois Alzheimer v roce 1906, kdy popsal případ své pacientky, jejíž příznaky se později staly nozologickou jednotkou pojmenovanou po profesoru Alzheimerovi.

Podle Kolibáše Alzheimerova choroba vede vždy k demencí a výrazně zkracuje život nemocného.

Alzheimerova demence je nejčastějším typem demence. Tvoří asi 50 – 60 % všech demencí a dalších 15 % demencí má smíšenou atroficko vaskulární etiologii. Vyskytuje se u 2 – 3 % lidí ve věku 65 – 69 let a se zvyšujícím se věkem výskyt Alzheimerovy choroby prudce stoupá. (Kolibáš 2005) Je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. V průměru toto onemocnění trvá devět let a probíhá ve třech stádiích. První stádium je tzv. časné (mírné), druhé stádium je střední a poslední těžké, hluboké.

Alzheimerova nemoc je typická tím, že se rozvíjí nepozorovaně, pomalu a nevratně se zhoršuje. Od vaskulárních demencí se významně odlišuje tím, že osobnost jedince se začíná měnit velmi brzy. V první fázi se u nemocného začíná zhoršovat krátkodobá paměť a přestává být schopen se postarat o některé činnosti v domácnosti. Rychlost, kterou se toto onemocnění šíří a zhoršuje, je u každého individuální, ale poměrně brzy dochází k postižení osobnostních rysů. Lidé s touto nemocí tak ztrácejí základní estetická a etická pravidla a začínají být nápadní svým chováním. Nemocný má problémy s rozhodováním, nedokončuje myšlenky, začíná být zmatený a zároveň se mění celá jeho osobnost. V poslední fázi tohoto onemocnění už není vůbec schopen se o sebe postarat. (Pidrman 2007)

4. 2. 1. 1. Základní příznaky

1. Ztráta paměti – občas každý z nás zapomene na úkol, který měl splnit, nebo si nemůže vzpomenout na telefonní číslo, ale lidé s Alzheimerovou chorobou zapomínají mnohem častěji, a hlavně si ani později nevzpomenou. V počátcích nemoci lidé zapomínají jména, vytvářejí si pomocné seznamy s úkoly, zapomenou na domluvenou schůzku, později již nejsou schopni pomocné seznamy, které si vytvořili, použít. Zapomínají nedávné události, nejsou schopni dodržet čas jakékoliv schůzky. V pozdním stádiu již nepoznávají členy rodiny.

2. Problémy s vykonáním běžných činností - například nemocný neví jak uvařit pokrm, který běžně vařil.

3. Problémy s řečí – Řeč je obsahově chudá a stereotypní, časté bývají *perseverace* – časté opakování slov, objevuje se *afázie* – ztráta schopnosti mluvit, *apraxie* – neschopnost provádět účelné pohyby. Někdy se snaží nemocní nahradit slova nesprávnými a věty pak nedávají smysl. V časných stádiích se vyskytuje především snížená plynulost vyjadřování, později přechází ve velké problémy s konverzací, až po úplnou zabíhavost a perseveraci.

4. Časová a místní dezorientace – Tento příznak se projevuje již v časných stádiích onemocnění, stává se, že nemocný se ztratí ve známém prostředí a neví, kde je a jak se tam dostal.

5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek - Nemocní mají někdy problém se obléknout, mohou si obléci třeba několik halenek najednou.

6. Problémy s abstraktním myšlením - Myšlení se stává chudým, nemocní ztrácejí schopnost logického myšlení.

7. Změny osobnosti – Člověk s Alzheimerovou nemocí se stává podezřivým, objevují se známky deprese, egocentrismus, sobeckost, nemocní o sebe přestávají pečovat. (Pidrman 2007)

Kromě základních příznaků se mohou vyskytnout i přidružené příznaky, jako je například psychomotorický nepokoj, depresivní příznaky, poruchy spánku. V pokročilejších stádiích se mohou projevit poruchy vědomí tzv. delirium, které popisuje Pidrman (2007, str.62) jako „*syndrom s akutním začátkem, který vzniká v důsledku tělesné nebo psychické choroby nebo poruchy, které přesahuje adaptační schopnosti centrální nervové soustavy. Delirium je nejčastější porucha u akutně hospitalizovaných seniorů*“.

Podrobnější definici deliria podává Pokorná (2013, s. 20), která ve své publikaci uvádí: „*Poškození vědomí s poškozením pozornosti a poruchou myšlení (zmatenosti), které se rychle vyvíjí. Od demence se liší rychlým nástupem během hodin a kolísáním míry kognitivní poruchy (zhoršení paměti, dezorganizované myšlení, dezorientace) v průběhu dne.*“ Dalším přidruženým příznakem může být inkontinence nebo nemocní mohou být připoutáni na lůžko a potřebují celodenní péči. (Kolibáš)

4. 2. 1. 2. Rizikové faktory

Alzheimerova choroba je komplikované onemocnění, na které má vliv spousta faktorů. Mezi nejčastěji uváděné a nejvýznamnější rizikové faktory řadíme:

–**věk nemocného**: Většina nemocných je starších 65 let, ale jsou případy, kdy se toto

onemocnění projevilo i ve věku kolem 30 a 40 let.

–**pohlaví** : V tomto ohledu jsou ženy ohroženy o něco více než muži.

–**dědičnost**: Dalším z důležitých faktorů je dědičnost, ta zvyšuje riziko vzniku třikrát až čtyřikrát, zejména ve věku nad 80 let.

– **faktory genetické**: Především se týkají změn na čtyřech chromozomech 1, 14, 19 a 21. (Pidrman2007)

Mezi další rizikové faktory můžeme jmenovat například kouření, alkohol, nedostatek živin v dětství ale i dospělém věku, nižší vzdělání a poranění hlavy. *„Poraněním hlavy se rozumí jakýkoli úraz, jehož důsledkem je ztráta vědomí minimálně na 15 minut. V současnosti se považuje úraz hlavy za významný rizikový faktor vzniku demence.“* (Holmerová 2007, s.13)

Toto onemocnění zmiňují ve své práci proto, že je nejčastějším druhem demence v seniorském věku. Senior s tímto typem demence vyžaduje specifickou celodenní péči jiné osoby. Vzhledem k fyzicky i psychicky náročné péči je většinou nutné, aby pečující rodina vyhledala pomoc v zařízení sociálních služeb zajišťující zvláštní režim.

4. 2. 2. DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY

Mohli bychom říci, že tento typ demence by mohl být druhou nejčastější příčinou demence u seniorů. Demence s Lewyho tělísky má řadu synonym - například korová nemoc s Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho typu apod. Někteří odborníci toto onemocnění považují za součást Alzheimerovy nemoci nebo variantu Parkinsonovy nemoci. Jiní ho považují za samostatné onemocnění, které můžeme s Alzheimerovou nemocí zaměnit. (Koukolík 1998)

Onemocnění popsal poprvé v roce 1912 F. H. Lewy. Patologickým podkladem pro vznik tohoto typu demence jsou kulovitá intracelulární tělíska v neuronech - tzv. Lewyho tělíska. Tato tělíska se nacházejí v mozku také u lidí s Parkinsonovou chorobou.

4. 2. 2. 1. Základní příznaky

Mezi základní příznaky této demence můžeme zařadit například kolísající postižení kognitivních funkcí. Kolísání je tak výrazné, že se střídají epizody zmatenosti, lucidní intervaly i deliria. Toto kolísání můžeme pozorovat u seniora během každodenních činností. U této demence se mohou objevit i další příznaky, jako jsou například zrakové nebo sluchové halucinace, opakované nevysvětlitelné pády, zastření nebo ztráta vědomí. (Koukolík 1998)

Na rozdíl od Alzheimerovy nemoci má tento typ demence poměrně velmi rychlý začátek. V počáteční fázi nemoci nemusíme pozorovat výrazné poruchy paměti, které se v průběhu nemoci stávají zjevnými. Výrazné změny můžeme pozorovat například při pohybu. Je patrný zpomalený pohyb, svalová ztuhlost, šouravá chůze, častým příznakem je celková slabost končetin. (Holmerová 2007) Dalším velmi často udávaným příznakem, který se projevuje téměř u všech trpících demencí, je apatie, poruchy nálady až deprese. Onemocnění pokračuje velmi rychle až do konečného stádia těžké demence.

Stejně tak jako Alzheimerova nemoc, tak i tento typ demence je pro člověka velmi limitující a omezuje ho v běžném životě, v běžných aktivitách, na které byl doposud zvyklý. Najednou je odkázán na pomoc druhé osoby. Tím se dostávám k další kapitole své práce a tou je péče o seniory. (http://www.neurodegenerace.cz/os_demence.htm)

5. PÉČE O SENIORY

Péče o seniora s demencí je pro rodinné příslušníky velmi náročná. Aby tuto péči rodina zvládala co nejlépe, funguje zde síť sociálních služeb, kterých rodina může využít, ať již k podpoře péče v domácím prostředí, při které mohou využít příspěvku na péči, pečovatelské služby nebo respitní péče, tak i služeb, kdy o seniora nemůže rodina pečovat v domácím prostředí a je třeba vyhledat vhodné sociální zařízení pro celoroční ubytování.

5. 1. SOCIÁLNÍ PÉČE

Od roku 1989 prošly sociální služby procesem velkých změn. Tyto změny vychází především z práv a povinností každého občana České republiky. Sociální péče se proměnila v celou řadu služeb poskytovaných nejen státem, ale i nestátními neziskovými organizacemi, církví, samosprávou obcí a krajů, ale i soukromými osobami. *„Po fázi rozšíření druhů sociálních služeb, služeb sociální péče a prevence pro osoby v nepříznivé sociální situaci, bylo vnímání zacíleno na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na přístup ke klientům či uživatelům služeb a na odbornost pracovníků, kteří tyto zajišťují.“* (Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele, 2008) [online]

V současné době je systém poskytování sociální péče ukotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007. Nová podoba zákona garantuje pomoc a podporu těm, kteří ji potřebují a formou zaručující zachování lidské důstojnosti, cti, individuální lidské potřeby a současně posiluje individuální začleňování do společnosti, ale hlavně v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Prostředí sociálních služeb je charakteristické velkým množstvím vztahů mezi lidmi a to má velký vliv na kvalitu poskytované péče. Hlavním cílem tohoto zákona je vytvoření takových podmínek, aby docházelo k uspokojování přirozených potřeb lidí, především formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti a v situacích, které mohou způsobit sociální izolaci.

Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením účastnit se každodenního života ve společnosti. Míjí se tím především přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu. Zákon o sociálních službách nabízí zásadní nástroje:

- Každý má zajištěno bezplatné sociální poradenství.
- Každému, kdo je závislý na pomoci druhého při zvládnání každodenních aktivit, v péči o vlastní osobu a v soběstačnosti, bude státem poskytována sociální dávka příspěvek na péči.
- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny jiných blízkých, nabízí stát velmi pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.*
- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí a to vždy tak, aby v prvé řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.*
- Zákon také udává, že lidé se mohou spoluúčastnit rozhodování o rozsahu, dostupnosti, ale také druhích sociálních služeb v jejich regionu. (Stručný průvodce zákonem o sociálních službách MPSV) [online]

Existují mnohé příčiny, které způsobují nepříznivou životní situaci, a proto byla vybudována celá řada různorodých sociálních služeb.

Zákon o sociálních službách vymezuje tři základní oblasti.

- „*Sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb*
- Služby sociální péče jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiného člověka.*
- Služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.*“(Stručný průvodce zákonem o sociálních službách MPSV)[online]

Podle místa, kde jsou sociální služby poskytovány, dělíme sociální služby na:

- Terénní služby**, které jsou poskytovány tam, kde člověk žije, pracuje, vzdělává se, tráví volný čas. Řadíme sem pečovatelskou službu, osobní asistenci nebo terénní programy pro ohroženou mládež.
- Ambulantní služby**, za těmito službami klient dochází do zařízení, které požadované služby nabízí. Mezi ambulantní služby řadíme například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- Pobytové služby**, ty jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk celodenně nebo spíše celoročně žije. Sem řadíme domovy pro seniory, domovy pro lidi se zdravotním postižením, chráněné bydlení, azylové domy.(tamtéž)

V současné době je při poskytování sociálních služeb kladen důraz především na lidská práva, individualitu a svobodnou vůli každého jedince, kterému je služba poskytována. „*Obecným cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu.*“ (Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele,2008) [online]

Jak jsem již zmínila výše, služby sociální péče se dělí do několika skupin. Vzhledem k zaměření mé práce jsem ambulantní a terénní služby zmínila jen okrajově a v této kapitole se budu blíže věnovat pobytové službě pro seniory a pobytové službě pro seniory s demencí, tedy domovy se zvláštním režimem.

5. 1. 1. DOMOV PRO SENIORY

Domovem pro seniory je míněna služba definovaná zákonem č. 108 Sb./ 2006, Zákon o sociálních službách, konkrétně § 49 Domovy pro seniory. Jde o typické pobytové zařízení pro seniory.

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (§ 49, zák. č. 108/ 2006 Sb.)[online]

Tato služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

5. 1. 2. DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

(§ 50, zákon č. 108/ 2006 Sb. Zákon o sociálních službách) definuje domovy se zvláštním režimem takto: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osob. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“

Domovy se zvláštním režimem musí poskytnout klientovi stejné základní služby jako v domově pro seniory. Řadí se sem ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu s okolím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv.

Základní činnosti, uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb., jsou podrobněji rozvedeny ve vyhlášce 505/2006 Sb., konkrétně část II. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb. § 15, 16. Vzhledem k charakteru onemocnění, kterým klient domova se zvláštním režimem trpí, je nutný specifický režim péče o tyto osoby.

V souvislosti se zákonem o sociálních službách je při poskytování péče kladen důraz především na individuální potřeby a kvalitu služeb poskytovaných seniorovi. Služba je sjednána tehdy, když poskytovatel společně s uživatelem uzavře smlouvu o poskytování sociální služby a tím jsou stanoveny základní práva a povinnosti nejen ze strany poskytovatele, ale i klienta. Konkrétní cíle služby vychází z individuálních potřeb, cílů a přání konkrétního klienta a jsou zjišťovány ihned po přijetí a zaznamenány do individuálního plánu klienta. (Hrozenská, 2013, s.67)

5. 1. 3. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Standardy kvality sociální péče jsou formou právního předpisu, znění jejich kritérií je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu

108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění. (Standardy kvality sociálních služeb, 2008)

Standardů kvality je celkem 15, v této práci zmíním podrobněji standard č. 5, který souvisí s kvalitou poskytované péče a individuálním plánováním.

5. 1. 3. 1 STANDARD Č. 5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Ve vyhlášce 505/2006 Sb. Je standard č. 5. definován takto:

„a) Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.“ (505/2006 Sb, online)

Na individuálním plánování služeb se podílí celý pracovní tým daného zařízení. Znamená to tedy neustálou komunikaci nejen mezi personálem, ale i klientem a dodržování jednotného přístupu ke klientovi. Důležitou roli v individuálním plánování hraje klíčový pracovník. Jedná se o pracovníka většinou přímé péče, který přebírá do své péče klienty, kteří mu byli určení koordinátorem péče. Jeho náplní je individuální plánování péče společně s klientem. Zjišťuje nedostatky v potřebách klientů, měl by umět využít augmentativní i alternativní komunikační techniky u nekomunikujících klientů. Při plnění individuálního plánu spolupracuje s ostatními pracovníky, zajišťuje realizaci a plnění individuálního plánu a také kontroluje jeho plnění.

Vykonávat funkci klíčového pracovníka je velmi náročné. Aby klíčový pracovník přijal tuto funkci, tak jak má, nejprve musí sám být přesvědčen o prospěchu

individuálního plánování, musí být ochoten zajistit klientům individuální péči. Měl by být ochoten se vzdělávat v oblasti individuálního plánování a měl by mít dobré komunikační schopnosti. (Malíková 2011)

Jak ve své knize uvádí Hrozenská (2013,s. 73, 74), hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva uživatelů, ale i pracovníků, kteří konkrétní službu poskytují. Jsou formulovány obecně, jelikož jsou zaměřeny na všechny typy služeb. „*Standardy kvality sociálních služeb mají být stimulem pro lepší uspokojování potřeb klientů. Mají přispívat k zachování lidské důstojnosti a k ochraně lidských i občanských práv. Zajišťují transparentnost v poskytování služeb a orientují se na uživatele služeb a jeho osobní potřeby.*“ (Hrozenská, 2013,s. 74)

O standardech kvality poskytovaných služeb se zmiňují především proto, že v péči o seniory s demencí je obzvlášť důležité tato pravidla dodržovat, dbát na individualitu každého seniora a na specifčnost péče, která je dána úplnou závislostí seniora na pomoci druhé osoby. Protože v těchto případech může velmi lehce docházet k porušování základních lidských práv.

5. 2. PÉČE V RODINNÉM PROSTŘEDÍ

Ve většině případů se na počátku nemoci o seniory s demencí stará jejich rodina. Péče o takto nemocného je však velkou fyzickou i psychickou zátěží. Ulehčením a podporou rodině mohou být v této situaci respitní - odlehčovací služby, které definuje (§ 44 zákona 108/ 2006 Sb.)[online] takto: „*Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.*“

Velkým pozitivem péče v rodinném prostředí je zcela individuální přístup k seniorovi. Člověk, o kterého je pečováno, tak nemusí naráz změnit všechny svoje zvyky, může například vstávat, tak jak byl doposud zvyklý a rodinou je plně podporován k nejvyššímu stupni soběstačnosti. Ti, kdo pečují o seniory s demencí, by měli plně akceptovat projevy, jednání i způsob nahlížení na svět nemocného s demencí. Důležité je zachování rituálů, na které byl senior zvyklý, úprava domácího prostředí a to především z důvodu bezpečnosti seniora. Jedním z nejdůležitějších faktorů v péči o seniora s demencí

je trpělivost. Netrpělivost a nervozita může vyvolat nejistotu, negativní pocity až úzkost.

Pokud pečující pochopí jednání seniora, které je demencí změněno, má to velmi dobrý vliv na kvalitu péče. Jak ve své knize uvádí Mühlpachr (2006, s. 65), psychická pohoda člověka je ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí a přítomností blízkých osob. A to má velký vliv na zdravotní stav člověka, o kterého je pečováno. Na druhé straně je důležité, aby pečující osoba také měla dostatek prostoru a soukromí pro relaxaci, jelikož péče o seniory s kognitivní poruchou je psychicky náročná. Bez odpočinku pečující osoby, jsou pak veškeré snahy o kvalitní domácí péči zbytečné. (Zgola, 2003)

6.KOMUNIKACE

Komunikace je pro člověka přirozený proces, který je důležitý k jeho životu. Potřebujeme s někým mluvit, potřebujeme, aby nám někdo naslouchal, abychom cítili sounáležitost s ostatními lidmi. Komunikace nám přináší pocit, že někam patříme a nejsme izolováni od ostatních. Oblast komunikace je při péči o seniora s demencí velmi narušena, proto je velmi důležité najít nejvhodnější způsob komunikace.

6.1. DĚLENÍ KOMUNIKACE

Nejjednodušším dělením komunikace je dělení na verbální a nonverbální. Jak již samotný název napovídá, jedná se o komunikaci na podkladě slovního vyjadřování.

6.1. 1. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Při verbální komunikaci dochází ke slovní výměně a sdělování informací při ústním projevu. Je ovlivněna mnoha okolnostmi, např. věkem, vzděláním, výchovou, konkrétní situací, prostředím, předchozími zkušenostmi apod. (Malíková, 2011, s. 223)

(Zacharová 2007, in Malíková, 2011, s. 223) uvádí základní složky komunikace, na které se podílí **komunikátor** neboli mluvčí. Je to osoba, která sděluje dané informace. Osoba, která dané informace přijímá, se nazývá **komunikant**, neboli příjemce. Potom je důležitý předmět, zpráva, kterou komunikátor sděluje a tu nazýváme **komuniké**.

Při úspěšné verbální komunikaci musíme dodržovat určitá kritéria, jako jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a přizpůsobivost, ale také určité verbální dovednosti. Mezi tyto dovednosti řadí Malíková (2011) :

- Rezonanci**, jde o jakousi formu zpětné vazby. Tím potvrdíme aktivní naslouchání. Dáváme najevo, že víme, co bylo řečeno.
- Reflexi** (odezva), jde o formu stručného vyjádření podstaty sdělení.
- Sumarizace**, jde o podrobnější formu, než je reflexe. Snažíme se shrnout podstatu veškerého sdělení.
- Povzbuzování**, jde o aktivní naslouchání a pobízení k dalšímu vyjádření. Využíváme otázek, které nám umožní další komunikaci. Této metody lze využít především u osob nesmělých.

- Empatie** (soucítění), vědomé porozumění jiné osobě. V komunikaci znamená to, že je komunikant naladěn na daný problém komunikátora a tím mu pomáhá zvládnout situaci.

- Mlčení**, v některých situacích spojené s aktivním nasloucháním, bývá nejvhodnějším způsobem pomoci.

6. 1. 2. NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Nonverbální komunikace je komunikace bez využití slov nebo také řeč našeho těla. Tento druh komunikace je hůře ovlivnitelný myslí než komunikace verbální. Jak uvádí (Pokorná, 2006, in Malíková, 2011, s. 226), neverbální komunikace se skládá z několika složek.

- Vizika**, neboli řeč očí, řadíme sem délku pohledu, koncentrace pohledu do jednoho bodu, mrkání, uhýbání pohledem. Zornice našich očí se při radosti většinou rozšiřují a při zlobě zužují.

- Mimika**, jde o projevy mimických svalů obličeje. Mimikou projevujeme především naše emoce.

- Gestika**, jde o projevy vyjádřené pohyby rukou, nohou, hlavy.

- Haptika**, způsob komunikace pomocí doteků a podávání rukou. Tento způsob komunikace je v práci se seniory s demencí velmi důležitý.

- Chronemika**, označuje dovednost nakládat s časem, což může vést ke zkvalitnění způsobu života. Umění komunikovat i při provádění jiné činnosti. Chronemika má své využití především v zařízeních pro seniory, kdy počet pečujících osob je velmi malý, ale popovídat si s klienty je velmi důležité. Proto pracovníci musí umět efektivně využívat čas.

- Proxemika**, určité udržování vzdálenosti mezi komunikujícími osobami. Proxemika je dána několika zónami, které se dělí podle vzdálenosti přiblížení se k tělu jiné osoby. Patří sem zóna intimní, osobní, společenská, veřejná. Při komunikaci se seniory často dochází k narušení především osobní a intimní zóny, proto je velmi důležitý taktní, citlivý a ohleduplný přístup.

- Posturologie** znamená vyjádření postoje či vztahu naším fyzickým postojem. Postoj

může být vědomý nebo změněný po úraze, nemoci a psychikou.

- Kinetika**, jedná se o pohyb celého našeho těla včetně chůze. Může být ovlivněna vědomě, nebo také úrazem, nemocí a psychikou.

- Teritorialita**, potřeba každého jedince udržet si osobní prostor.

6. 1. 3. ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY

Využití způsobu alternativní a augmentativní komunikace umožní vyjádřit se osobám, které mají problém s komunikací a tím zvyšuje jejich socializaci. Jedná se o formu komunikace, která využívá předmětů, obrázků, písmen, slov. Tato metoda komunikace má široké uplatnění. Využívá se například u osob s autismem, kombinovanými vadami, s Downovým syndromem, ale také u seniorů s Alzheimerovou či Parkinsonovou chorobou. Jak uvádí Malíková (2011, s 251), alternativní a augmentativní komunikace zahrnuje využití těchto prostředků a způsobů:

- Piktogramy**, jsou to útvary vytvořené psaním, kreslením, tiskem, ale i jinak. Při využívání piktogramů vše doprovázíme slovně.

- Piktogramy Mayer – Johnson**, obsahují asi 3000 jednoduchých i složitějších piktogramů. V současné době jsou hojně využívány a zpracovány v počítačové formě.

- Komunikační systém Bliss**, umožňuje komunikaci na vyšší úrovni, včetně vyjádření pocitů. Tento systém komunikace mohou využít osoby, které mají jen mírně sníženy kognitivní funkce. Blissovy symboly jsou založeny na významu, nikoli na zvucích. Počáteční slovní zásoba je většinou obrázková a postupně se mění na obecné symboly.

- Znaková řeč Makaton**, jde o pohybový systém, kdy jednotlivá slova jsou vyjadřována převážně pohybem ruky, hlavy apod. Makaton využívá znaků, symbolů a řeči. Je využíván na podporu mluvené řeči. Znaky a symboly jsou doprovázeny mluvenou řečí a to ve správném slovosledu. Používání symbolů usnadní komunikaci těm, jejichž řeč je úplně, ale i částečně omezena. Ti, kteří chtějí tuto metodu využívat při komunikaci, se nejprve musí naučit slovník symbolů. (<https://www.makaton.org/aboutMakaton/>)

- Augmentativní komunikace osob s afázií** – metoda, která připraví komunikačního

partnera osobám s afázií. Nejen osoba s afázií, ale i její komunikační partner jsou proškoleni jak společně komunikovat. Tato metoda využívá tzv. Komunikační knihy, která slouží k uspořádání piktogramů, fotografií, obrázků nebo symbolů, které se využívají při náhradní komunikaci.

Využití alternativní a augmentativní komunikace u seniorů s demencí nám umožní lépe pochopit osobní přání seniora, umožnit tak jeho nejvyšší spokojenost a zabránit izolaci od okolního světa.

6. 2. SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY S DEMENCÍ

Při komunikaci se seniory s demencí je velmi nutné vědět, ve kterém stádiu se senior s demencí nachází, jak je schopen komunikovat a podle toho s ním pak jednat.

Tímto způsobem se můžeme vyhnout situacím, kterým člověk s demencí nerozumí, není schopen je pochopit a to u něj vyvolává stres a nervozitu. Vedle verbální komunikace můžeme využít další druhy nonverbální komunikace. Pro lepší orientaci bych použila rozdělení dle Rheinwaldové.

Lidé s Alzheimerovou nemocí, pokud komunikují verbálně, je jejich řeč velmi zmatená, zapomínají jména, nejsou schopni pojmenovat věci, osoby. Lidé jsou velmi nerozhodní, jejich myšlenky jsou zpřeházené, nedokážou číst a psát. U komunikace neverbální nejsou schopni rozeznat dotek, často se u těchto lidí vyskytují náhodné pohyby.

U špatně orientovaných seniorů je verbální komunikace bezproblémová, lidé čtou a píšou, rozumí humoru, používají komplexní věty a slova. Při neverbální komunikaci jsou schopni udržet oční kontakt, ale k vyjádření minulosti využívají různých symbolů, vyhýbají se dotekům. Často špatně orientovaní senioři obviňují druhé z krádeží a jiných špatností.

Třetí skupinu tvoří dezorientovaní senioři, kteří při komunikaci využívají různých zvuků, míchají zvuky. Nemají snahu komunikovat v přítomnosti, využívají citově zabarvených slov a zvuků. Nedokážou logicky vyvozovat a neumí ani přirovnávat nebo využívat metafor. U této skupiny seniorů můžeme říci, že komunikace je spíše neverbální. Známé předměty, dobře známí lidé se stávají jen předměty a lidmi kolem seniora. Při

komunikaci je důležitý oční kontakt, trpělivost a laskavost. Napojit se na neverbální rytmus seniora a snažit se opakovat, co nám senior sděluje, to navodí klid při komunikaci a sníží stres. Měli bychom se snažit napodobit i neverbální složku vyjadřování seniora a tím dosáhnout kontaktu s ním. (Rheinwaldová 1999)

6. 3. PRAVIDLA PŘI KOMUNIKACI SE SENIOREM S DEMENCÍ

Při vyslovení pojmu komunikace většinu z nás napadne řeč, dialog, diskuze, ale komunikace se seniorem s demencí je specifická. Nemůžeme hovořit o dialogu, ale spíše o způsobu komunikace, který není založen na slovech.

Jestliže nám situace dovolí se seniorem komunikovat verbálně, musíme se držet určitých pravidel, i když to někdy není pro komunikátora jednoduché, ale pro seniora je to nezbytně důležité. Podpoříme tím tak jeho důstojnost a pomůže nám to k vzájemnému respektu. V první řadě musíme jednat trpělivě, hovořit klidně, pomalu a při rozhovoru navodit uvolněnou atmosféru. Na začátku rozhovoru se musíme snažit navázat oční kontakt, abychom získali pozornost seniora. Snažíme se neskákat seniorovi do řeči, nedokončovat věty za něj. Důležitým bodem v komunikaci je podpora seniora v konverzaci. Užíváním krátkých, jednoduchých vět docílíme lepší zpětné vazby. (Callone a kol. 2008)

Tato pravidla v komunikaci můžeme využít u seniorů s Alzheimerovou chorobou, tedy v její počáteční fázi, ale i u seniorů s jiným typem demence, kde je verbální komunikace ještě možná. Jestliže již nejsme schopni navázat verbální kontakt, musíme využít různé techniky alternativní komunikace.

Další pravidla, která jsou velmi důležitá pro komunikaci, uvádí Pichaud.

- Pokud chceme se seniorem s demencí komunikovat, je třeba, aby byl v dobrém fyzickém stavu.
- Musíme mu zanechat jeho osobní prostor, vyzdobit pokoje fotografiemi dětí, nechat mu jeho oblíbené křeslo, polštář. Vše, co měl rád a co zná, co mu nějakým způsobem

připomene minulost.

- Nesmíme seniora nutit mluvit.
- Zabránit sociální izolaci. I seniorovi upoutanému na lůžko musíme umožnit kontakt s ostatními lidmi.
- Zachovat v co nejvyšší míře jeho autonomii. Nedělat veškeré aktivity místo něj, ba naopak podpořit ho v aktivitách, které sám zvládne, i když velmi špatně.
- Pečovat o vzhled seniora, starat se o jeho účes, nehty, vousy.
- Pokud je to možné a senior byl zvyklý na přítomnost zvířete, umožnit mu to i nadále, přítomnost živého tvora je pro seniora přínosem.

Při komunikaci musíme myslet na fakt, že i se seniorem s demencí lze určitým způsobem komunikovat, i když je jeho stav vážný. Komunikujeme především zrakem, dotykem nebo tělesným vyjádřením. (Pichaud 1998) Jednou z těchto možností je například reminiscence.

6. 3. 1. REMINISCENCE

Reminiscence je technika, při níž se využívá řízeného vyvolání a vedení vzpomínek. Tato metoda je hojně využívána u seniorů s demencí, ale lze ji využít při aktivizaci osob imobilních, nesoběstačných a dlouhodobě upoutaných na lůžko. Při reminiscenci využíváme vzpomínek seniora na důležité události v jeho životě. Vhodnou pomůckou při reminiscenci jsou především fotografie, staré časopisy, předměty, které jsou seniorovi blízké a známé. Při reminiscenci empaticky nasloucháme a necháme seniora hovořit o svém životě. Jde nám především o vybavení si krásných zážitků a navodit tak příjemné emoce u seniora. Dle (Holmerové, 2009, in Malíková 2011 s. 239) musíme být při reminiscenci opatrní, nejde o psychoterapii a neměli bychom zasahovat do citlivých témat, *„při uvolnění silného nezpracovaného prožitku do vědomí vyžaduje specifické odborné postupy pomoci. Pokud nedošlo ke zpracování bolestných prožitků, klient znovu aktivně prožívá stav utrpení.“*

6. 3. 2. VALIDAČNÍ METODA

Validační metoda je další využívanou metodou v práci se seniory. Vypracovala ji sociální pracovnice Naomi Feilová. Tato metoda vychází ze zásad humanistické psychologie, v níž je ke každému člověku přistupováno tak, aby si uvědomil, že má svoji cenu. Každá etapa našeho života má smysl, a proto je velmi důležité být empatičtí a tolerantní k ostatním lidem. Validovat znamená hodnotit, potvrdit platnost pocitů druhých. Přijímáme i fantazie druhých, protože i ty mají smysl. „*Tím, že těmto fantaziím pomáháme najít smysl, vracíme dezorientovaným lidem vážnost.*“ (Rheinwaldová, 1999)

Validační metoda se využívá především u seniorů nad 80 let. Prvním krokem je vyhledat vzpomínky a uvědomit si dřívější události v životě seniora a následně seniorovi pomoci se s nimi vyrovnat. Validační metodou směřujeme především k tomu, aby senior našel úctu sám k sobě, abychom u něj snížili stres způsobený životními ztrátami, ale především zlepšili kvalitu života seniora. (Malíková 2011)

Důležitým krokem pro využití validační teorie je změna postojů pečující osoby. K seniorovi by měl přistupovat s úctou, uznáním a pokorou. Jen tak je možné dosáhnout zlepšení kvality života seniora, zachovat jeho důstojnost a hodnotu. Podle (Wirthové, 2009, in Malíková 2011, s. 245) „*Validace je o tom, aby měl člověk na sklonku života vše v sobě vyřešeno, nic ho tu nedrželo a mohl v klidu a pokoji odejít.*“

6. 3. 3. REZOLUČNÍ TERAPIE

Tato metoda je využívána na opačném principu než metoda validační. Využívá se u seniorů v opravdu pokročilém stadiu demence, kde vzpomínky a uvádění seniora do minulosti nemá žádný význam. Rezoluční teorie vychází z momentálního stavu seniora s pokročilým stadiem demence, jak se projevuje nyní v reálném čase a na tom místě, kde se právě nachází a snaží se plně tyto projevy respektovat. I při této metodě je velmi důležité znát minulost seniora, protože prožitky z minulosti se odrážejí do jeho chování v různých podobách, jako například křik, agrese, neklid a další. Hlavním významem rezoluční terapie je zvýšení spokojenosti a vnitřního klidu seniora, a to především tím, že budeme respektovat jeho vnímání světa, nebudeme ho přesvědčovat, že realita je jiná než ji vidí on sám. Nesouhlas a odporování může vést jen ke zvýšení neklidu a nespokojenosti u seniora.

6. 4. BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je již neodmyslitelnou součástí péče o seniory s demencí. Pracovníci, kteří bazální stimulaci využívají při své práci, by nejprve měli absolvovat kurz bazální stimulace. Měli by mít znalosti z více oborů a disponovat velkou dávkou empatie. Pečující osoba by měla věnovat pozornost zachovalým schopnostem klienta, které i nadále rozvíjí a udržují. Koncept bazální stimulace je určen všem, kteří mají narušenou schopnost vnímání, pohybu, ale i komunikace. Péče s prvky bazální stimulace je zcela individuální, zohledňuje osobnost nemocného, jaký byl dříve, proto je nutná spolupráce s rodinou, aby pečující získal veškeré informace o nemocném. Co měl rád, jak trávil volný čas.

Při bazální stimulaci se využívá mnoha technik, které stimulují rovinu somatickou, haptickou, taktilně kinetickou, orální a další. Podporuje klienta v každodenních aktivitách bez nadstandardních, finančně náročných pomůcek. Pečující by měli především chápat potřeby klienta, jeho způsob komunikace a toho využít pro jeho další rozvoj a orientaci. Pokud klient není schopen verbální komunikace, využíváme komunikace pomocí doteků. Tento způsob je velmi důležitý při bazální stimulaci, jelikož nemocnému umožňuje uvědomit si vlastní tělo, jaké doteky jsou mu příjemné. Na pečující osobě je, aby pečlivě sledovala reakce nemocného na určitý dotek a pohyb. Měla by se vyvarovat zbytečných, rychlých pohybů, které mohou u nemocného vyvolat neklid, chaos, ale i zvýšené svalové napětí.

V ošetrovatelské péči využívající bazální komunikaci se využívá tzv. Iniciálního doteku, tedy cíleného doteku. Je to druh doteku, kterým, jak popisuje (Friedlová, 2006, s. 71), „*dáváme pacientovi jasně najevo, kde začíná a kde končí naše přítomnost a činnost u něho. Dotek by měl být zřetelný a vyvinutý silou přiměřeného tlaku, bez násilného vtlačení pacienta do matrace.*“

Pokud začneme v ošetrovatelské péči využívat iniciálního doteku, nesmíme zapomenout tento dotek doprovázet slovně. Následně je velmi důležité, aby tuto formu komunikace využívaly i ostatní pečující osoby. Předpokladem iniciálního doteku je především klid, způsob a význam kontaktu, síla, která dotek doprovází, rytmus a opakování doteků. Tento způsob komunikace umožňuje pacientovi především orientaci na svém těle, poté i ve svém okolí. V konceptu Bazální stimulace se v somatické stimulaci využívá nejen doteků, ale i mnoha způsobů polohování, koupelí celého těla, ale také

podpoře dechových aktivit.

Z neznámějších druhů polohování využívaných při bazální stimulaci je například **poloha mumie**, která se využívá mimo jiné u pacientů neklidných, agresivních, ale i dlouhodobě upoutaných na lůžko, u kterých došlo ke změně vnímání vlastního těla. Využíváme srolovaných dek, perličkových polštářů nebo srolovaných prostěradel, kterými obložíme pacienta ležícího na zádech a s rukama překříženýma na prsou. Poté pacienta postupně zatahujeme od nohou až po trup do prostěradla. Vždy musíme sledovat reakce pacienta, zda je mu to příjemné, či nikoli. V této poloze jej necháme asi tak 20 minut.

Dalším často využívaným druhem polohování je **poloha hnízdo**. Tuto polohu využíváme k odpočinku a navození příjemných pocitů u pacienta. Aplikujeme ji v poloze, která je pacientovi příjemná. K uvědomění si vlastního těla u pacienta využijeme opět srolovaných dek či kuličkových polštářů. (Friedlová, 2006)

Koncept Bazální stimulace je otevřeným, neustále se vyvíjejícím konceptem, který se neustále mění a přizpůsobuje každému jednotlivému pacientovi.

7.SPECIFIKA PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ

Každý senior, ať již zcela soběstačný nebo úplně odkázaný na pomoc jiné fyzické osoby, má právo na kvalitní a plnohodnotný život. Impulsem pro moji práci byl fakt, že ne v každém zařízení je o seniory s demencí pečováno tak, aby byla naplňována kvalita života tohoto seniora, ne všichni pracovníci jsou připraveni přijmout změny v chování seniora, u něhož se v průběhu pobytu rozvinula demence a akceptovat specifika péče o tohoto seniora v plné míře. Proto je přínosné empiricky se zaměřit na specifika péče o seniory s demencí, především na způsob jak dosáhnout nejvyšší možné kvality péče.

V předchozích kapitolách jsem věnovala pozornost stárnutí jedince, projevům demence. Byla představena pobytová zařízení pro seniory, způsoby komunikace a aktivizace pro seniory s demencí. V této části práce bych ráda teoretické poznatky převedla do praxe.

7. 1. CÍLE A METODY SBĚRU DAT

V bakalářské práci je zpracována případová studie v konkrétním domově pro seniory, kde jsem se zaměřila především na otázku kvality péče o seniory s demencí. Tato případová studie je doplněna podpřípadem seniorky s demencí, kde názorně demonstrují péči o tyto seniory.

Výzkumnou část jsem vzhledem k primární otázce pojala jako kvalitativní výzkum, pro který je dle P. Gavory (2000) hlavním rysem dlouhodobost, intenzivnost a podrobný popis. Na začátku jsem si stanovila primární a dílčí cíle.

Primární cíl: Jakým způsobem je dosahováno kvality péče u seniorů s demencí?

Dílčí cíl: 1. V čem pečující osoby spatřují největší problém v péči o seniory s demencí?

2. Vyvodit návrhy přispívající ke zkvalitnění péče o seniory s demencí.

Ke zjištění daného problému jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Dle Hendla (2005) se jedná o rozhovor podle návodu s jasným cílem, ale volnějším vedením, aby respondenti měli více prostoru pro vyjádření svých zkušeností a postojů. Tyto rozhovory byly vedeny po získání informovaného souhlasu se dvěma pracovníci přímé péče, dvěma aktivizačními pracovníci a blízkou osobou seniora s demencí. Záměrně jsem volila tuto skupinu respondentů, protože především tyto pracovníci zajišťují,

jakou kvalitu péče bude mít. Další využitou metodou sběru dat bylo přímé pozorování prostředí, především pro doplnění informací z rozhovorů a třetí metoda pro sběr dat, kterou jsem využila, byla analýza dokumentů. Přístup personálu k osobě s demencí uvádím na konkrétním případu seniorky s demencí.

7. 2. CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření pro vypracování případové studie bylo vedeno v konkrétním domově pro seniory ve východních Čechách se souhlasem pana ředitele. Název tohoto zařízení ve své práci neuvádím, ale veškeré informace a údaje jsou reálné. Šetření v tomto zařízení probíhalo od ledna 2014 do února 2015 se svolením pana ředitele.

Domov seniorů, kde moje šetření probíhalo, se nachází v klidné části malého města ve východních Čechách. Je to poměrně nové zařízení, které bylo vybudováno v roce 2007. V tomto zařízení jsou poskytovány sociální služby dle zákona 108/ 2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Poskytuje celoroční pobytovou službu seniorům z východních Čech, pokud to kapacita dovolí, tak i z jiných částí republiky.

Budova domova je bezbariérová, rozdělena na pět podlaží. Již při vstupu do budovy na vás dýchne příjemná atmosféra tohoto zařízení. Zdi jsou vyzdobeny obrázky od dětí, ale i díly samotných seniorů. V přízemí se nachází recepce a malá kavárna spojená s kantýnou, kde si senioři mohou posedět nebo si nakoupit drobné zboží. Také zde najdeme místnost pro pedikúru a kadeřnictví. V každém patře budovy jsou klientům k dispozici klubovny s televizí, kuchyňky s ledničkou, mikrovlnou troubou, varnou konvicí. Na každém patře jsou vyhrazena místa pro kuřáky.

Kapacita zařízení je 87 lůžek. Pokoje jsou jednolůžkové a dvoulůžkové s balkonem. Všechny pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením se sprchou. Pokoje jsou prostorné s dostatkem denního světla. Vlastní pokoj si může klient dovybavit svým nábytkem, obrázky a doplňky, které mu byly blízké a přizpůsobit si pokoj tak, aby se cítil jako doma.

Při plánování služby je dbáno na individuální vlastnosti a zdravotní stav klienta. Pracovníci i klient sám se podílí na plánování služby. Každému klientovi je přidělen klíčový pracovník, který je jakýmsi prostředníkem mezi klientem a ostatními pracovníky.

Klienti tohoto domova mají možnost využít služeb praktického lékaře, který sídlí přímo v budově domova, ale i služeb klinického logopeda a psychiatrické ambulance. Domov spolupracuje i s nutriční terapeutkou, která dohlíží na způsob stravování klientů.

Obyvatelé domova seniorů mají možnost se zapojit do chodu domova, například péčí o květiny v domově, psaním příspěvků do časopisu, který domov vydává. Nebo sám senior může zorganizovat besedy na různá témata.

V blízkosti domova je vybudován multifunkční park, který mohou využít klienti pro zpříjemnění pobytu, ale i široká veřejnost. Konají se zde různé sportovní akce, kde se setkávají klienti domova s klienty z jiných zařízení z okolí.

7. 3. ROZHOVORY

Pro zjištění, jakým způsobem pracují v tomto zařízení se seniory s demencí, rozhodla jsem se tedy vést polostrukturované rozhovory se dvěma pracovníci přímé péče a dvěma aktivizačními pracovníci. Oslovení respondenti s rozhovorem na téma „specifika péče o seniory s demencí“ souhlasili. Své otázky jsem zaměřila především na zjištění kvality péče o seniory s demencí v tomto zařízení.

Respondenti byli seznámeni s tématem mé bakalářské práce a jaké metody sběru dat budu ve své práci využívat. U rozhovorů, které byly vedeny v domově pro seniory, jsem si se svolením pracovníků i blízkých osob pořídila audio záznam. Na začátek rozhovoru byli pracovníci seznámeni se záměrem mé práce a ujistila jsem je, že rozhovory jsou zcela anonymní. Protože jsem chtěla zjistit co nejvíce informací, zvolila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje respondentovi popsat vlastní postoje a zkušenost s daným problémem. Chtěla jsem, aby respondenti měli co nejvíce prostoru pro vyjádření. Otázky jsem tedy volila v náhodném pořadí.

Jednalo se o polostrukturované rozhovory, které probíhaly po telefonické domluvě, vždy v prostředí domova. Některé z rozhovorů byly vedeny během odpoledního klubu pro seniory, kdy senioři sledovali promítání filmu a aktivizační pracovníci tak měli více času na náš rozhovor. Jednalo se vždy o rozhovor s jednotlivcem.

S pracovníky přímé péče jsem hovořila v době poledního klidu, kdy se pracovníci přímé péče schází na odpolední poradu. Rozhovory byly vedeny v přátelské atmosféře. Většinou jsme na rozhovor měli vyhrazené klidné místo, kde byl dostatek prostoru pro vyjádření. S dcerou klientky, jejíž studii uvádím později a v níž chci demonstrovat péči o

seniory s demencí v tomto zařízení, jsem hovořila také v domově pro seniory, jelikož za svoji matkou dochází každý den. Nestrukturované rozhovory byly vedeny v kavárně, která se nachází v přízemí budovy. Je uzpůsobena tak, že i zde jsme měly dostatek prostoru pro rozhovor.

Položené otázky aktivizačním pracovníkům a pracovníkům přímé péče:

- Máte dostatek informací o zájmech uživatelů, o které pečujete?
- Jak zjišťujete cíle a přání klienta do individuálního plánu, když většina seniorů s demencí má problém s komunikací?
- Využíváte některé prvky alternativní komunikace?
- Využíváte některé moderní techniky v péči o seniory s demencí?
- Máte vy jako zaměstnanci možnost dalšího vzdělávání?
- Jakým způsobem se dozvídáte o nových technikách, které se dají využít při práci se seniory s demencí?
- Zapojuje se rodina do péče o seniora s demencí a jak?
- Jakým způsobem se snažíte zvyšovat kvalitu poskytované péče?
- S jakými problémy, překážkami se v péči o seniory s demencí potýkáte nejčastěji?
- Přizpůsobujete denní harmonogram péče uživatelům?
- Kolik času je ve vašem zařízení věnováno individuálním aktivitám seniorů?
- Co je z vašeho pohledu v péči pro seniora s demencí nejdůležitější?
- Co si představujete pod pojmem kvalitní péče o seniory s demencí?

Relevantní informace z rozhovorů s pracovníky uvádím ve shrnutí šetření na konci této kapitoly.

7. 4. KONKRÉTNÍ PŘÍKLAD PÉČE O SENIORKU S DEMENCÍ

Pro ucelenější představu o péči o seniory s demencí v zařízení, které jsem si zvolila pro svůj výzkum, jsem se rozhodla vytvořit podpřípad případové studie a to konkrétní příklad péče o seniorku s demencí. Pro zjištění informací o seniorce jsem využila neřízený rozhovor s blízkou seniorky, analýzu dokumentů a vlastního pozorování prostředí.

Vzhledem k tomu, že seniorka má stanoveného opatrovníka (svoji dceru), před zahájením pozorování péče o tuto seniorku a analýzou dokumentů, jsem požádala dceru o souhlas.

Dvaadevadesátiletá seniorka paní B. byla přijata do domova pro seniory 17. 2. 2013. Z důvodu neschopnosti péče o vlastní osobu o ní do té doby pečovala dcera. Paní B. má dvě dcery a jednoho syna, o maminku však pečovala pouze jedna dcera po dobu 11 let. Vzhledem k tomu, že paní B. je již šest let upoutána na lůžko a komunikace s ní je velmi obtížná, dcera již péči o svoji maminku fyzicky ani psychicky nezvládala, proto požádala o přijetí maminky do domova pro seniory. Na přijetí do domova čekala paní B. čtyři roky.

7. 4. 1. OBDOBÍ PŘED NÁSTUPEM DO DOMOVA PRO SENIORY

Paní B. Je již 17 let vdova. Žila sama v rodinném domě na vesnici. Dcera ji navštěvovala pravidelně dvakrát týdně. Zajišťovala jí nákupy, protože ve vesnici nebyl obchod. V roce 2000 se přestěhovala k dceři do 20 km vzdáleného města do panelového domu, protože její zdravotní stav se zhoršil natolik, že již nebyla schopna se o sebe postarat. Paní B. byl diagnostikován normotenzní hydrocefalus, což je druh rychle progredující demence, projevující se u osob starších 60 let a Diabetes mellitus II. stupně.

Tato demence však způsobila celkové zhoršování stavu. U paní B. se začala zhoršovat chůze, od nejisté chůze s častými pády, až byl nakonec samostatný pohyb zcela nemožný. Co se týče psychické stránky, dle výpovědi dcery začala paní B. nejprve zapomínat běžné úkony. Například když jí dcera přinesla umyvadlo s vodou na ranní hygienu, tak paní B. nevěděla, co po ní dcera chce, aby udělala. Zapomněla, jak použít ručník a co má dělat s hygienickými potřebami. Paní začala být dezorientovaná, nevěděla, kde se nachází, co je za den, nedokázala si vzpomenout na jméno dcery, která o ni pečovala.

Verbální komunikace s ní začala být velmi obtížná, protože paní B. přestala mluvit. Dcera si myslela, že paní přestala slyšet a to způsobilo neschopnost komunikace. Postupně došlo i ke zhoršení příjmu potravy. Dle slov dcery zpočátku byla paní B. schopna připravené jídlo sníst s menší dopomocí sama. Postupem času, když jí například dala dcera při obědě lžici do ruky, paní B. nevěděla, co po ní dcera chce, aby udělala. Nakonec jí musela dcera krmit. Jeden oběd tak trval někdy i hodinu a půl. Tento stav trval přibližně dva roky, kdy dcera byla již psychicky i fyzicky vyčerpána. Jak vyplynulo z rozhovoru s dcerou, největším problémem při domácí péči byly prostorové podmínky, ve kterých o svoji maminku pečovala. Dle jejích slov mají velmi malý byt a velmi málo prostoru. Proto,

když paní B. již nedokázala vstát z postele a manipulace s ní byla pro dceru fyzicky nevladatelná, byl to rozhodující moment, kdy dcera požádala o přijetí maminky do domova pro seniory. Po dobu, než paní B. byla přijata do domova, dcera využívala pomoc charity, která paní B. zajišťovala především hygienu a prevenci dekubitů (proleženin).

Jak vyplynulo z rozhovoru s dcerou, paní B. byla zajišťována pouze péče o vlastní osobu. Co se týče psychické stimulace, ta byla minimální, dcera alespoň mamince pouštěla hudbu, kterou měla ráda nebo televizní pohádky. Vzhledem k velmi omezenému prostoru v bytě nebylo možné, aby dcera mohla jezdit s maminkou ven, protože se s vozíkem nedostala až k lůžku a neměla nikoho, kdo by jí pomohl.

7. 4. 2. POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY

Jak jsem již uvedla výše, paní B. nastoupila do domova pro seniory 17. 2. 2013. Z analýzy dokumentů jsem zjistila, že sociální pracovnice navštívila dvakrát paní B. u dcery doma, kde provedla sociální šetření a zmapovala zhoršující se stav seniorky. Paní B. byla přijata na žádost dcery na dvoulůžkový pokoj. Ihned po nástupu byl paní B. přidělen klíčový pracovník. Z důvodu neschopnosti paní B. verbálně komunikovat, klíčový pracovník spolupracoval na začátku především s rodinou a získané informace zanesl do individuálního plánu paní B., kde je například uvedeno, že měla ráda dechovou hudbu, do doby, kdy žila sama, tak chovala psa, ráda sledovala kreslené pohádky a velmi často si prohlížela časopisy. Doma vstávala velmi brzy a ke snídani byla zvyklá na velkou kávu.

Dcera jí pokoj vyzdobila květinami a postupně jí přináší dekorace podle ročního období. Dle jejích slov „*Aby maminka věděla, jestli je zima nebo léto.*“

Po přijetí do domova pro seniory se po dvou měsících zdravotní stav paní B. velmi zhoršil a byla nutná hospitalizace z důvodu nepřijímání potravy. Paní B. byla zavedena sonda s umělou výživou do břicha. Od té doby je vyživována uměle. Dle vyjádření ošetřujícího personálu se paní B. od zavedení umělé výživy velmi zlepšila. Začala komunikovat slovně, i když jen v omezeném rozsahu. Ale dokáže již slovně vyjádřit libost, či nelibost.

7. 4. 2. 1. HARMONOGRAM DNE PANÍ B.

Ranní hygiena začíná v sedm hodin, poté následuje aplikace inzulínu, protože jak jsem již uvedla výše, paní B. je diabetička. Snídaně se v tomto domově pro seniory podávají od půl osmé. Vzhledem k tomu, že paní B. je na umělé výživě, která jí je aplikována sondou přímo do břicha, stravování tedy probíhá na pokoji klientky. Při snídání je tato dávka výživy většinou vynechána, protože paní B. má zachován polykací reflex, a tak je jí ke snídání podán termix nebo tvaroh, který je klientka bez problémů schopna přijmout. Po snídání následuje klid na lůžku.

V devět hodin přichází pečovatelka, umyje paní B. ruce teplou vodou a pomocí masážního oleje provede jemnou masáž dlaní, které má paní B. téměř většinu času sevřené. Nebo provede částečnou bazální stimulaci pomocí malého měkkého míčku. Z výrazu tváře paní B. bylo patrné, že je jí to velmi příjemné. Po celou dobu se usmívala a neustále pečovatelku pozorovala při každém jejím pohybu. Při otázce pečovatelky: „*Jak se cítí?*“ paní B. odpověděla: „*Dobře.*“ Po masáži je klientka ponechána na lůžku.

Po desáté hodině přicházejí aktivizační pracovníce a vysazují paní B. na vozík, vezou jí do klubovny, kde se od půl jedenácté koná program pro klienty vyžadující zvýšený dohled a péči. Program je většinou zahájen modlitbou, protože většina klientů je věřících. Paní B. „dle slov dcery, věřící není, ale z pozorování je patrné, že přítomnost ostatních klientů jí nevadí a modlitbu poslouchá v klidu a se zaujetím.

Následně aktivizační pracovníce přečte, kdo slaví svátek, upozorní klienty na významná výročí, která se k danému dni vážou, dále přečte klientům zajímavosti z novin. Sdělí klientům, jaký bude odpolední program. Paní B. odváží aktivizační pracovníce z klubu dříve, protože je vidět, že poloha v sedě už jí není zcela příjemná.

O půl dvanácté je paní B. aplikován inzulín a následně podán oběd ve formě umělé výživy. Poté následuje polední klid. Ve dvě hodiny odpoledne přichází aktivizační pracovníce a jde paní B. předčítat z knihy. Většinou se jedná o knihy pohádkové. Jednou za čtrnáct dní dva dny v týdnu dojíždí do domova pro seniory pracovníce zajišťující canisterapii. S sebou vozí dva psy, jednoho psa velké rasy a jednoho malé rasy. Za paní B. pracovníce se psy dochází přímo na pokoj. Z výrazu obličeje paní B. je čitelné, jakou má radost z přítomnosti zvířete.

Každý den za paní B. dochází její dcera, která bydlí nedaleko domova pro seniory.

Většinou si s paní B. prohlíží staré fotografie. Z výrazu tváře seniorky je čitelné, že osoby na fotografiích poznává, dokáže je i pojmenovat. Harmonogram dne seniorky je velmi variabilní. Pracovnice přímé péče i aktivizační pracovníci plně respektují její celkové rozpoložení a dbají na to, aby vykonávané aktivity byly paní B. příjemné. Svým přístupem se snaží respektovat osobnost paní B.

Z rozhovoru s dcerou klientky vyplynulo, že stav paní B. se mnohonásobně zlepšil po umístění do domova pro seniory. Paní B. začala komunikovat a začala projevovat zájem o okolí. Další fakt, který vyplynul z rozhovoru, byl ten, že dcera klientky se bránila umístění paní B. do domova. Myslela si, že jí nemůže být poskytnuta lepší péče než v domácím prostředí, ale s odstupem času sama vidí, že i sociální část péče, jako je kontakt s okolím, je velmi důležitý při péči o osobu s demencí.

7. 5. SHRnutí ŠETŘENÍ

Cílem šetření bylo popsat, jakým způsobem je dosahováno kvality péče u seniorů, u kterých se během pobytu v Domově rozvinula demence? Dílčím cílem bylo zjistit, v čem pečující osoby spatřují největší problém v péči o seniory s demencí? A nakonec vyvodit návrhy přispívající ke zkvalitnění péče o seniory s demencí.

Zaznamenané rozhovory jsem nejprve transkribovala do souhrnného protokolu. Po zredukování dat jsem vybrala ústřední poznatky vztahující se k tématu.

Z rozhovorů vedených s pracovníky domova pro seniory na téma specifika péče o seniory s demencí vyplynulo, že pečující osoby v domově pro seniory mají dostatek informací o klientovi ještě před jeho nástupem a to z aktivizačních dotazníků, který vyplní klient nebo jeho rodina. Tento dotazník poskytne na začátek dostatek informací o klientovi. Ve třech rozhovorech zaznělo, že pečujícím osobám někdy chybí více informací ze zdravotní karty, do které nemají přístup.

Další způsob předávání informací o klientech v pracovním týmu probíhá na každodenních odpoledních poradách. O individuální cíle a přání klientů se starají klíčoví pracovníci, kteří zajišťují, aby docházelo k jejich naplňování. Pokud klient není schopen verbálně se vyjádřit, snaží se klíčový pracovník zjistit co nejvíce informací od rodiny klienta. Tři respondenti shledávají největší problém v komunikaci s rodinou. Rodina má možnost se podílet na péči o seniora, například si rodina může vzít seniora na určitý čas

domů, ale ve většině případů se tak neděje a rodina většinou ani seniora s demencí nenavštěvuje.

Dva respondenti ze čtyř se snaží využívat ve své práci prvky alternativní komunikace ve formě komunikačních karet a piktogramů. V tomto zařízení jsou tři proškolení pracovníci pro využívání Konceptu Bazální stimulace.

Nové poznatky v péči o seniory s demencí získávají zaměstnanci tohoto zařízení z množství přednášek, seminářů, stáží v jiných zařízeních, internetových stránek a odborné literatury. Mají dostatek možností se vzdělávat a nově získané informace uplatnit v péči o seniory s demencí. Jeden respondent uvedl, že sám vyhledává příležitosti pro samovzdělávání a nově nabyté zkušenosti převést do péče o seniory s demencí.

Co se týče kvality péče o seniory s demencí, respondenti se shodli, že nejdůležitější je vnímat seniora jako osobnost, respektovat jeho projevy. V péči využívat především empatii a snažit se zachovávat důstojnost seniorů. Z rozhovorů také vyplynulo, že je určitě velice důležité, aby pracovník byl vzdělaný a proškolený v problematice péče o seniory s demencí, aby věděl, jak má jednat s lidmi s demencí. Je důležité, aby pracovníci předcházeli syndromu vyhoření a pokud je tato práce vyčerpává a „nebaví“, aby si dokázali přiznat, že bude lepší pro ně a hlavně i pro lidi s demencí, když půjdou pracovat jinam.

7. 6. DOPORUČENÍ

Na základě rozhovorů a vlastního pozorování bych nejprve doporučila, aby vedení zařízení častěji dohlíželo, jakým způsobem pracovníci přímé péče přistupují k seniorům s demencí a to nejen kontrolou dokumentů, ale i pozorováním pracovníků při jejich práci. V rámci výběrových řízení na pozice pracovníků přímé péče bych využila praktické zkoušky, pro ověření, jak uchazeč o tuto pozici přistupuje k seniorovi s demencí.

Dále bych doporučila zvýšit počet aktivizačních pracovníků, aby bylo možné naplňovat individuální aktivizační péči o seniory s demencí. A využít tak vyšší časovou dotaci pro každého klienta.

8. ZÁVĚR

Na závěr své bakalářské práce bych ráda své poznatky shrnula. Jak jsem již zmínila, stáří je etapa, která k životu neodmyslitelně patří se vším, co nám přináší. Někteří své stáří prožijí aktivně, jiní takové štěstí nemají. Ale díky péči a ochotě pečujících osob mohou dožít svůj „podzim“ života důstojně.

Ve své práci jsem se zabývala specifiky péče o seniory s demencí. Práce byla primárně zaměřena na péči o seniory s demencí v jednom konkrétním zařízení ve východních Čechách. Cílem případové studie bylo zjistit, jakým způsobem je zajišťována kvalita péče o tyto seniory. V čem pečující osoby spatřují největší problém při péči o tyto seniory. Příklad péče jsem zmapovala na případu jedné konkrétní seniorky, která v domově žije.

Nejprve jsem pomocí odborné literatury popsala oblasti a témata potřebné k orientaci v péči o seniory s demencí. Stručně jsem nastínila druhy demence, pojmy vztahující se ke stáří. Neodmyslitelnou součástí péče o seniory je také orientace v sociálních službách a legislativním rámci, který tyto služby upravuje. Proto jsem jednu kapitolu věnovala i tomuto tématu. Dalším důležitým bodem při péči o seniory s demencí je i komunikace, proto ji ve své práci též zmiňuji. Následně jsem se zaměřila na konkrétní zařízení pro seniory ve východních Čechách a klientku, jež v tomto zařízení žije. Při případové studii bylo využito neřízených rozhovorů se zaměstnanci tohoto zařízení, dále rozhovory s dcerou klientky, vlastního pozorování prostředí a analýzu dokumentů.

Z této studie mi vyplynulo, že ačkoliv je toto zařízení, zařízením pro seniory a ne domov se zvláštním režimem, o klienty, u kterých se rozvinula demence, se pracovníci snaží pečovat s maximální trpělivostí a ochotou, a tak se snaží dosáhnout vyšší kvality péče. Jak mi však bylo sděleno respondenty, pokud dojde u seniora k takovému zhoršení stavu, že již v tomto zařízení nejsou provozně schopni zajistit bezpečí klienta, případně jeho spolubydlícího, rodině je doporučeno, aby si zažádali o místo pro svého blízkého v zařízení se zvláštním režimem.

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem zjistila, že pečující osoby o seniory s demencí spatřují největší problém ve spolupráci s rodinou. Ta ve většině případů odmítá přemístit seniora do jiného zařízení a jakkoliv se dále spolupodílet na péči o seniora s demencí.

Další zásadní problém, který vyplynul z rozhovorů, je špatná komunikace s těmito klienty. Aktivizační pracovníci se snaží vzdělávat v této problematice a do své práce s klienty zařazovat i prvky alternativní komunikace, ale většina pracovníků spíše spoléhá na rodinu, protože ti seniora znají nejlépe a dokážou odhadnout jeho potřeby. Ze svého pozorování i rozhovorů mi vyplynulo, že někteří pracovníci využívají prvky alternativní komunikace, aniž by věděli, že tuto techniku využívají. Další větší problémy při práci s těmito klienty pečující osoby neuvádějí.

Vzdělávání zaměstnanců v problematice péče o seniory s demencí je velkým přínosem k dosažení vyšší kvality péče o tyto seniory. Tři pracovníci přímé péče jsou proškoleni v Konceptu Bazální stimulace. Aktivizační pracovníci využívají při své práci komunikační karty a piktogramy. Během pozorování jsem zaznamenala využívání iniciativního doteku například při modlitbě.

Z mého pozorování vyplynul problém, který má zásadní vliv na kvalitu poskytované péče, a tím je malé personální zajištění. To má za následek nedostatek času pro individuální aktivizační práci s klientem. Větší zastoupení mají v tomto zařízení skupinové aktivity. Jsem přesvědčena, že navýšení počtu aktivizačních pracovníků by přispělo ke zkvalitnění individuální péče o klienty s demencí a tím i získání větší časové dotace na využití alternativního způsobu komunikace.

Další problém, který vyplynul nejen z rozhovorů, ale i z mého pozorování, je malá míra empatie u některých pečujících osob a to má za následek neochotu pracovat se seniory, kteří vyžadují specifickou péči.

Dle mého názoru tedy nejvíce záleží na přístupu a empatii pečující osoby. Pokud svoji práci vykonávají jako určité poslání, pak i specifčnost péče o seniory s demencí není pro ně žádným problémem a na seniora pohlíží jako na osobnost se všemi jeho osobitými projevy.

9. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- BUIJSSEN, Huub. 2006. 132 s. *Demence*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-081-X.
- CALLONE, P., a kol. 2008. 118 s. *Alzheimerova nemoc*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2320-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2006. 100 s. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I. a 2. díl*, Frýdek – Místek, Institut Bazální stimulace, 2. vyd. ISBN 80-239-6132-2
- GAVORA, Peter. 2000. 207 s. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, ISBN 80-85931 – 79-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. 416 s. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, ISBN 80-7038-158-2
- HÁTLOVÁ, B. a SUCHÁ, J. 2005. *Kinezioterapie demencí*. Praha, Triton s.r.o., ISBN 80-7254-564-7
- HENDL, J. 2005. 407s. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMEROVÁ, IVA. A kol. 2007. 279 s. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, Praha. ISBN 978-80-254-0177-4
- HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. 190 s. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANOVCOVÁ, Zora. 2010. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno, Masarykova univerzita,
- JIRÁK, R.; KOUKOLÍK, F. 2004. 335 s. *Demence*, Prtaha, Galén, ISBN 978-80-7262-268-9
- KALVACH, Z., a kol. 2004. 861 s. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. 208 s. *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2169-9
- KOUKOLÍK, František. 2014. 217 s. *Metuzalém, o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, ISBN 798-80-246-2464-8.
- ABOUT MAKATON, Dostupné z: <https://www.makaton.org/aboutMakaton/>, [cit 14.2. 2015], [online]
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. 319 s. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha:

Grada, ISBN 978-80-247-3148-3.

MÜHLPACHR, Pavel. 2005. 302 s. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, Pavel. 2006. 220 s. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, ISBN 80-86633-62-4.

PACOVSKÝ, V. 1990. 136 s. *O stárnutí stáří*. Praha: Avicenum, ISBN 80-201-0076-8

PIDRMAN Vladimír; KOLIBÁŠ, Eduard. 2005. 181 s. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-363-X.

PIDRMAN, Vladimír. 2007. 181 s. *Demence*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1490-5.

PICHAUD, Clément; THAREAUOVÁ, Isabelle. 1998. 156 s. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, Andrea. 2013. 202 s. *Ošetřovatelství v geriatрии*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4316-5

RECTOROVÁ, Irena, et al. 2007. 172 s. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-017-1.

RHEINWALDOVÁ, Eva. 1999. 86 s. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, ISBN 80-7169-828-8.

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf, [cit. 23. 2. 2015], [online]

STÁRNUTÍ ORGANIZMU, publikováno 27.12.07, [cit 14.2. 2015], Dostupné z:

<http://www.tretivek.cz/200712/starnuti-organismu-2/>, [online]

STÁRNUTÍ POPULACE PODLE VÝSLEDKŮ PROJEKCE ČSÚ, Dostupné z :

http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34, [cit 12. 1. 2015], [online]

STRUČNÝ PRŮVODCE ZÁKONEM O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, MPSV, 2006, Dostupné

z : <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>, [cit 26. 12. 2014], [online]

VENGLÁŘOVÁ, M. 2006. 144 s. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, ISBN 978- 80- 247- 1262- 8.

WEHNER, Lore; SCHWINGHAMMER, Ylva. 2013. 144 s. *Smyslová aktivizace*. Praha: Grada, ISBN 978-40-247-4423-0.

WHAT IS DEMENTIA?, Dostupné z: <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>,

[cit. 20. 2. 2015] [online]

WHAT IS AZHEIMERŮ?, Dostupné z:

http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp, [cit. 3.1. 2015] [online]

VYHLÁŠKA 505/2006 Sb. Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf, [cit. 3.1. 2015] [online]

ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 108/2006 Sb., Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf, [cit. 23. 2. 2015] [online]

ZGOLA, Jitka, M. 2003. 224 s. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0183-9.

10. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Test kognitivních funkcí