

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální práce s klienty s demencí

Social work with clients with dementia

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová CSc.

Autorka:

Denisa Hrbková

Praha 2016

Poděkování

Děkuji paní profesorce PhDr. Beátě Krahulcové CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracovávání bakalářské práce, a také za její trpělivost a vstřícný přístup. Dále děkuji své drahé rodině a příteli za neutuchající psychickou podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce s klienty s demencí“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29. 6. 2016



Denisa Hrbková

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Sociální práce s klienty s demencí“ je zaměřena na cílovou skupinu seniorů. První část práce se zabývá popisem seniorské populace z hlediska demografie za užití statistických údajů. Dále informuje o odhadu budoucího vývoje počtu seniorů a konkrétním znění plánu přípravy na stárnutí v České republice. Věnuje se sociální práci a sociálním službám. Popisuje syndrom demence a způsoby, jak komunikovat s osobou trpící demencí. Následuje vyjmenování jednotlivých aktivizačních terapií. Druhá část se věnuje šetření v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček a zaměřuje se na popis aktivizačního programu péče a roli sociálního pracovníka v institucionálním zařízení v praxi.

Annotation

The bachelor thesis titled “Social work with clients with dementia” is focused on seniors as its target group. The first part covers the description of senior population from a demography perspective, and uses statistical data. Furthermore it informs about the estimate of future development of the number of seniors and covers the specific wording of the preparation plan for aging in Czech Republic. It deals with social work and social services. It describes the dementia syndrome and ways how to communicate with persons suffering dementia. It is followed by naming particular activation therapies. The second part covers the investigation at home with a special regimen Vršovický zámeček and focuses on the description of the activation care program and the role of a social worker in an institutional facility in practice.

Klíčová slova

Klient, senior, demence, sociální práce, sociální služby, aktivizace

Keywords

Client, senior, dementia, social work, social services, activation

Obsah

Seznam zkratk

Úvod

1. Demografická analýza seniorů.....	8
1.1 Věková struktura	8
1.2 Zdravotní stav starších osob.....	10
1.2.1 Nemocnost.....	10
1.2.2 Úmrtnost.....	11
1.2.3 Střední délka života.....	12
1.3 Projekce	13
1.3.1 Predikce osob s demencí.....	14
1.4 Příprava politiky na stárnutí	14
1.4.1 Národní akční plán pro období let 2013 – 2017.....	14
1.5 Sociální služby.....	17
2. Teoretické vymezení pojmu demence	19
2.1 Etiologie a klasifikace.....	19
2.2 Stádia demence	22
2.3 Vyšetřovací metody u demencí.....	24
3. Sociální práce	26
4. Péče o člověka s demencí	31
5. Aktivizační formy a postupy	34
6. Šetření v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček	39
6.1 Cíl	39
6.2 Metody.....	39
6.3 Metodika.....	39
6.4 Úkoly.....	40
6.5 Data a interpretace.....	41
6.6 Závěr šetření.....	49
Závěr.....	50
Seznam použité literatury	51
Summary	55
Přílohy	56

Seznam zkratek

CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computed Tomografie (Počítačová tomografie)
ČALS	Česká alzheimerská společnost
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DS	Domov pro seniory
DZR	Domov se zvláštním režimem
EEG	Elektroencefalografie (vyšetření elektrické aktivity mozku)
EKG	Elektrokardiografie (vyšetření elektrické aktivity srdce)
ISCH	Ischemická choroba srdeční
MKN – 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MMSE	Mini – Mental State Examination (test kognitivních funkcí)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NAP	Národní akční plán
SŠ	Střední škola
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZŠ	Základní škola

Úvod

Syndrom demence se může rozvinout již u dětí, u kterých se dá diagnostikovat nejdříve po druhém roce života, protože do té doby nelze diferencovat mezi vrozeným mentálním defektem a demencí. Dále se s tímto onemocněním můžeme setkat u adolescentů, dospělých a starších osob ve vyšším až vysokém věku, u nichž je procento výskytu nejvyšší. Ve své práci se budu zabývat seniory coby klienty s demencí.

Stárnutí populace je aktuální téma nejen v České republice, ale také v dalších zemích Evropské unie. Seniorů přibývá, mění se věková struktura a stárnutí bude i nadále demografickým trendem. Proto je nutné se tímto tématem zabývat a bude nezbytné na tuto skutečnost určitým způsobem reagovat. Stáří ale není hrozba, nýbrž přirozená skutečnost lidské existence, kterou Haškovcová (2010) popisuje jako nevyhnutelnou perspektivu každého živého tvora.

V důsledku demografického stárnutí lze očekávat vzrůst požadavků na sociální a zdravotní služby a vzhledem k prodlužujícímu se věku je třeba počítat s přibývajícím skupinou osob se syndromem demence a dostatečně nastavit systém péče o tyto klienty se zachováním co nejvyšší kvality jejich života.

Péče by měla zahrnovat podporu pocitu vlastní hodnoty a toho lze docílit nejen dostatečným a vhodným zajištěním prvků základní péče, ale též smysluplnou aktivitou, která se jeví jako velmi cenný prostředek v péči o klienty s demencí. Nejde pouze o vyplnění volného času, ale také o to, že navozuje pocit normality.

Hlavním cílem této práce je popsat a analyzovat aktivizační program péče pro klienty s demencí a roli sociálního pracovníka v institucionálním zařízení. V rámci praxí během svého bakalářského studia na Husitské teologické fakultě jsem poznala několik institucí pro seniory a nejvíce spokojená jsem byla v Domově Vršovický zámek, který jsem si vybrala jako objekt svého šetření. Úlohu sociálního pracovníka popisují proto, že bych ráda pracovala právě jako sociální pracovník v zařízení pro seniory.

1. Demografická analýza seniorů

Údaje pro tuto kapitolu byly použity převážně z Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ). Čerpala jsem hlavně z demografické publikace ČSÚ Seniori v ČR 2014 a z měsíčníku ČSÚ Statistika & My. Některá užitá data jsou z publikací a přehledů, které vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS). Dalšími důležitými prameny byla publikace Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a přehledový dokument Zpráva o stavu demence 2015, jež byla zveřejněna v lednu letošního roku Českou alzheimerskou společností. Ve Zprávě o stavu demence 2015 se jedná však spíše o kvalifikované odhady vycházející z evropských a světových studií, protože v České republice dosud bohužel neexistuje relevantní výzkum, který by otázky incidence či prevalence demencí validně mapoval. Všechny použité zdroje nebudou opomenuty v závěrečném seznamu literatury a pramenů.

Analytické vyhodnocování seniorů ČSÚ pracuje s přístupem, že za seniory jsou obecně považovány osoby ve věku 65 a více let a já se budu ve své práci rovněž držet této věkové hranice. Věkové rozmezí Světové zdravotnické organizace raného stáří začíná sice od 60 let, ale dle mého názoru hranice 65 let lépe vyjadřuje dnešní stav, vzhledem k prodlužujícím se věku.

Snažila jsem se čerpat z nejaktuálnějších údajů, ale bohužel podrobná data za rok 2015 ještě nejsou k dispozici. Informace a statistiky jsou převážně z roku 2014. Někde se objevují i data z roku 2013 a 2012, protože ČSÚ ani ÚZIS nemá vzhledem k systému postupného zpracování dat k dispozici kompletní údaje za rok 2014. Tato analýza je zaměřena na oblast demografie – věková struktura seniorů, zdravotní stav starších osob, nechybí informace o úmrtnosti a nemocnosti, zahrnuje projekci obyvatelstva, dále jak na přibývajícím seniorskou populaci reaguje MPSV a statistické pojetí sociálních služeb pro seniory.

1.1 Věková struktura

Dle údajů ČSÚ měla na konci roku 2014 Česká republika 10.538.275 obyvatel, z čehož 1,88 mil. čítaly osoby ve věku 65 a více let. Zastoupení obyvatelstva tohoto věku je z hlediska pohlaví, věku a rodinného stavu znázorněno v tabulce č. 1. Ve srovnání s Evropou se s tímto počtem seniorů (17,4%) nachází Česká republika zhruba kolem evropského průměru. Největší podíl osob ve věku 65+ má Německo, Itálie a Řecko, kde tvoří více než pětinu obyvatelstva. Státy, které jsou na tom lépe, mají takto staré obyvatelstvo pod hranicí 14% a konkrétně se jedná například o Slovensko nebo Kypr. Pro zajímavost, v Turecku se nachází pouze 7,7 % 65 a víceletých osob (Řezníčková, ČSÚ: Statistika & My [online], 01/2016).

Tabulka č. 1 - Věkové složení obyvatel podle pohlaví a rodinného stavu k 31. 12. 2014

MUŽI	svobodní	ženatí	rozvedení	ovdovělí	CELKEM
65 – 74 let	21 834	393 909	62 602	39 492	517 837
75 – 89 let	6 139	172 789	13 956	54 918	247 802
90 – 100+ let	302	4 818	371	6 895	12 386
CELKEM MUŽI OD 65 – 100+					778 025

ŽENY	svobodné	vdané	rozvedené	ovdovělé	CELKEM
65 – 74 let	16 850	339 678	89 924	188 805	635 257
75 – 89 let	9 265	102 800	35 115	281 490	428 670
90 – 100+ let	1 179	1 265	2 213	33 797	38 454
CELKEM ŽENY OD 65 – 100+					1 102 381

CELKEM SENIORŮ					1 880 406
-----------------------	--	--	--	--	------------------

Zdroj: vlastní výpočty, ČSÚ (2014)

Z tabulky je patrné, že v populaci seniorů převažují ženy. Nejpočetnější skupinou mužů seniorů jsou ženatí muži ve věku 65 – 74 let a na pomyslné druhé příčce jsou ženatí muži ve věkové kategorii 75 – 89 let. U žen rovněž vedou ženy, které jsou ve svazku manželském v letech 65 – 74 let. Druhou nejpočetnější skupinou žen seniorek jsou ale na rozdíl od mužů ženy ovdovělé ve věku 75 – 89 let. Podle údajů za rok 2013 začínají ženy ztrácet muže výrazněji ve věku 60 – 64 let a postupně s věkem se procento ovdovělých žen zvyšuje:

- 60 – 64 let – 15 % žen vdovy
- 70 – 74 let – již 39 % žen
- 80 – 84 let – 71 % žen postrádá svého manžela

Že se ženy dožívají vyššího věku, než muži, není žádnou novinkou a dokazuje to i **průměrná délka života**, která se neustále prodlužuje. V roce 2014 činila 75,8 roku u mužů a 81,7 let u žen (důkazem prodlužování střední délky života jsou hodnoty předešlých let, např. rok 2013 – muži: 75,2 let, ženy: 81,1 let a před 12 lety v roce 2004 – muži: 72,6 let, ženy: 79 let).

Jedním z ukazatelů věkového složení obyvatelstva je tzv. **index stáří**. Vyjadřuje kolik osob ve věku 65 a více let připadá na 100 dětí ve věku 0 – 14 let. V publikaci Senioři v ČR (2014) se uvádí, že vývoj indexu stáří má v ČR od roku 2006 stoupající tendenci a naposledy byl téměř v rovnováze právě v roce 2006, kdy dosahoval hodnoty 100,2.

Od té doby je v ČR více seniorů než dětí. V roce 2014 připadalo na 100 dětí ve věku 0–14 let 117 osob starších 65 let.

Dalším demografickým indikátorem je **průměrný věk**, který vyjadřuje aritmetický průměr věku určité skupiny jedinců, přičemž průměrný věk obyvatel ČR podle posledních údajů (r. 2014) dosáhl na 41,7 let.

1.2 Zdravotní stav osob vyššího věku

Mezi základní ukazatele zdravotního stavu patří nemocnost, úmrtnost a střední délka života. (Zavázalová a kol., 2001)

1.2.1 Nemocnost

S přibývajícím věkem se zvyšuje prevalence chronických nemocí a vzrůstá polymorbidita. Příznaky nemocí jsou ve stáří netypické, mnohdy nevýrazné, mají sklon ke komplikacím a jedna nemoc podněcuje vznik řady dalších. Dle Zavázalové (2001) jsou nejčastější subjektivní zdravotní stesky u seniorů bolesti, dušnost, nespavost, závratě a celková slabost. Z chronických chorob se nejčastěji vyskytují:

- nemoci kardiovaskulární (stavy po infarktu myokardu, ISCH, hypertenze, CMP)
- nemoci pohybového ústrojí (osteoporózy, artrózy, vertebrogenní syndromy)
- nemoci endokrinní (především diabetes mellitus)
- nemoci respirační
- nemoci trávicího ústrojí
- poruchy smyslových orgánů (zraku, sluchu)
- duševní poruchy (demence, deliria, deprese)
- poruchy kontinence
- úrazy

Ze zmiňovaných chorob je pro mou práci nejvýznamnější statistika nemocnosti na duševní poruchy, konkrétně demence. ÚZIS vydal v roce 2013 přehled „Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008 – 2012“, v němž mapuje i stav demence v ČR. Bohužel rozlišuje pro statistiku léčení osob s demencí pouze dvě věkové kategorie; 0 – 14 let, 20 a více let a nevíme tedy, kolik pacientů je z celkového počtu osob starších 65 let.

V roce 2012 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózou F00 (demence u Alzheimerovy nemoci) celkem 15 352 pacientů, z toho bylo 67 % žen. Jeden pacient byl ve věku 0 – 14 let, ostatní pacienti spadali do věkové kategorie 20 a více let.

S diagnózami F01 – F03 (vaskulární a ostatní demence) bylo léčeno 21 279 pacientů, ženy tvořily téměř dvě třetiny těchto pacientů a všichni pacienti byli starší 20 let.

Co se týče hospitalizací, bylo zaznamenáno celkem 8 669 umístění pacientů v lůžkových zařízeních pro demence, tj. se základními diagnózami F01, F03 a G30. Podíl hospitalizací pro diagnózu F01 – vaskulární demence byl 36 % (3 129 hospitalizací), z nichž měla největší procento vaskulární demence nespecifikovaná (F01.9), a to téměř 40 % (1 250 případů). Pro diagnózu G30 – Alzheimerova nemoc byl podíl 44 % (3 815 hospitalizací) a nejčastěji byly hospitalizovány případy s diagnózou G30.1 – Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem (více než 38 % z této skupiny diagnóz; 1 468 případů). Pětina hospitalizací byla pro diagnózu F03 – neurčená demence (1 725 hospitalizací).

Do 65 let věku měli muži více než 1,4 krát vyšší počty hospitalizací než ženy, s rostoucím věkem se tato tendence obrátila, kvůli většímu podílu žen ve vyšších věkových skupinách.

- 65 – 69 let, počet hospitalizací – muži: 334, ženy: 297
- 75 – 79 let, počet hospitalizací – muži: 603, ženy: 962
- 80 a více let, počet hospitalizací – muži: 1489, ženy: 3537

(Nechanská, ÚZIS ČR: Aktuální informace č. 57, Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008 – 2012 [online], 2013)

1.2.2 Úmrtnost

Podle demografické statistiky ČSÚ umírá polovina seniorů v ČR na nemoci oběhové soustavy, téměř čtvrtina na nádorová onemocnění (novotvary). Nemoci dýchací soustavy jsou příčinou úmrtí 6,2% seniorů a na vnější příčiny (tj. dopravní či jiné nehody, vraždy, sebevraždy, pracovní a jiné úrazy, otravy, apod.) umírá 3,1% seniorů (Dušková, ČSÚ: Statistika & My [online], 01/2016).

Počet zemřelých za rok 2014 činil ve všech věkových kategoriích 105,7 tisíce osob. Tabulka č. 2 vyjadřuje, jaký počet zemřelých tvořili osoby 65 a více let.

Tabulka č. 2 – Zemřelí 2012 – 2014

	2012	2013	2014
Zemřelí muži ve věku 65+	38 450	39 733	39 267
z toho 80+	17 204	17 631	17 444
Zemřelé ženy ve věku 65+	46 188	46 867	45 231
z toho 80+	30 656	31 118	30 053
Zemřelí muži + ženy CELKEM ve věku 65+	84 638	86 600	84 498

Zdroj: Vývoj obyvatelstva ČR, úmrtnost, vlastní zpracování, ČSÚ (2014)

Od roku 2007 je součástí hlášení o úmrtí i kolonka pro místo úmrtí. Nejčastěji docházelo v roce 2014 k úmrtí osob starších 60 let ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (62 328 lidí). Výrazný podíl tvořila úmrtí doma (18 399 osob) a v na pomyslném třetím místě byla nejčastější smrt v zařízeních sociálních služeb (6 454 osob), (ČSÚ: Vývoj obyvatelstva ČR, 6. Úmrtnost [online], 2014).

Ve Zprávě o stavu demence za rok 2015 se udává, že ÚZIS již nesbírá informace od neurologů (poslední mapování demence je za rok 2012), což komplikuje nejen zjištění počtu osob zemřelých v důsledku demence (další obtíží v tomto ohledu je, že ne všichni lidé mají demenci diagnostikovanou), ale také kolik osob s demencí podle nejaktuálnějších informací v ČR vlastně žije. Podařilo se mi dohledat statistiku “Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech – 2005 až 2014”, z níž jsem zpracovala tabulku č. 3, za léta 2012 – 2014.

Tabulka č. 3 - Zemřelí podle vybraného seznamu příčin smrti a věku v ČR - 2012 až 2014

Zemřelí	Věk 65–74			Věk 75–89			Věk 90+		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
F101 Vaskulární demence	62	81	80	425	581	608	134	219	196
F103 Neurčená demence	13	19	14	95	68	96	22	24	22
G10 Huntingtonova choroba	1	14	7	4	3	4	–	–	–
G20 Parkinsonova choroba	48	65	73	190	182	164	6	15	10
G30 Alzheimerova choroba	162	182	181	905	902	946	121	157	210
G31 jiné degenerativní nemoci nervové soustavy, nezařazené jinde	21	21	21	27	29	20	5	2	9

Zdroj: vlastní výpočty, ČSÚ (2014)

1.2.3 Střední délka života

Střední délka života neboli naděje na dožití je jedním z výstupů úmrtnostních tabulek a udává průměrný počet let, který má x – letá osoba naději ještě prožít při zachování řádu úmrtnosti sledovaného období. Naděje na dožití se rok od roku zvyšuje, pro zajímavost, střední délka života ženy narozené v roce 1920 se pohybovala okolo 50 let, roku 1990 to bylo více než 75 let a v roce 2013 již přes 81 let (Košťáková, ČSÚ: Statistika & My [online], 03/2015). Vývoj střední délky života ukazuje tabulka č. 4.

O kvalitě zdraví vypovídá tzv. **zdravá délka života**, neboli délka života prožitá ve zdraví (tj. průměrný počet let, které podle statistik prožijí osoby určitého věku bez

postizení), jež může sloužit např. k měření zaměstnatelnosti starších pracovníků a definici pojmu kvalita života. V roce 2011 činila 63,6 let u žen a 62,2 let u mužů (Kačerová, ČSÚ: Statistika & My [online], 05/2013).

Je potřeba podporovat zdravý životní styl a zdravé a aktivní stárnutí, aby prodlužování naděje na dožití nespočívalo ve zvyšování počtu let prožitých v nemoci.

Tabulka č. 4 - Naděje dožití ve vybraném věku podle pohlaví, 2004–2014

Věk	Muži							Ženy						
	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0	72,55	74,19	74,37	74,69	75,00	75,23	75,78	79,04	80,13	80,60	80,74	80,88	81,13	81,69
20	53,18	54,69	54,86	55,19	55,48	55,71	56,24	59,52	60,53	60,99	61,11	61,24	61,45	62,01
30	43,66	45,09	45,27	45,59	45,84	46,11	46,61	49,67	50,69	51,14	51,27	51,38	51,60	52,15
40	34,21	35,57	35,73	36,05	36,31	36,55	37,02	39,92	40,92	41,35	41,50	41,60	41,81	42,36
50	25,32	26,53	26,65	26,94	27,20	27,42	27,87	30,51	31,46	31,87	32,00	32,10	32,28	32,83
60	17,59	18,59	18,69	18,94	19,09	19,21	19,59	21,64	22,52	22,91	23,02	23,11	23,28	23,78
65	14,21	15,17	15,26	15,47	15,59	15,68	16,02	17,49	18,33	18,71	18,82	18,91	19,09	19,54
70	11,16	12,05	12,11	12,31	12,45	12,54	12,84	13,60	14,37	14,77	14,87	14,94	15,15	15,54
80	6,12	6,68	6,62	6,84	6,97	7,19	7,33	7,08	7,52	7,91	7,94	7,97	8,20	8,47

Zdroj: Vývoj obyvatelstva ČR, úmrtnost, ČSÚ (2014)

1.3 Projekce

V roce 2013 vydal ČSÚ projekci obyvatel České republiky, která vycházela z dat ze Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011 a populačního vývoje posledních let. Představuje odhad budoucího rozvoje počtu obyvatel a složení obyvatelstva podle pohlaví a věku, ve třech variantách: nízké, střední, vysoké. Přičemž střední varianta vyjadřuje nejpravděpodobnější směr vývoje. Střední varianta projekce počítá s mírným zvýšením úrovně plodnosti, snižováním úrovně úmrtnosti, předpokládá zisky osob zahraniční migrací a prodlužování střední délky života. Podle projekce jsou očekávány i úbytky obyvatelstva, hlavně v letech 2050 – 2080. „Do konce století by se tak měla početní velikost populace zredukovat na 6,095 až 9,083 mil. osob“ (Štyglarová, ČSÚ: Statistika & My [online], 09/2013, [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/05/starnuti-se-nevyhneme/>).

Projekce také počítá se změnou věkové struktury a ze současného stavu je zřejmé, že největší změny se odehrají v kategorii seniorů. V průběhu první poloviny 21. století se podle všech variant demografického vývoje zastoupení 65 a víceletých osob zhruba zdvojnásobí a jejich počet by měl kulminovat na konci 50. let – na 3,2 milionu osob oproti 1,8 mil z roku 2013 a průměrný věk obyvatel ČR se zvýší na 50 let. Vývoj velikosti dětské a seniorské složky povede k výraznému růstu indexu stáří. Podle projekce vyvrcholí k 1. 1. 2063, kdy na sto

dětí podle očekávání případně 277 seniorů (v roce 2013 – 113 seniorů). „Stav, kdy seniorů bude 2,5krát více než dětí, by měl trvat celou druhou polovinu století“ (Štyglerová, ČSÚ: Statistika & My [online], 09/2013, [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/05/starnuti-se-nevyhneme/>).

1.3.1 Predikce osob s demencí

Ve Zprávě o stavu demence 2015 se píše, že na celém světě žilo v roce 2015 dle odhadů organizace Alzheimer's Disease International 46,8 miliónů lidí s demencí. Očekává se, že v roce 2030 bude na světě 74,7 miliónů lidí s demencí a v roce 2050 dokonce 131,5 miliónů osob s tímto syndromem. Podle dostupných srovnání organizace Alzheimer's Disease International se Česká republika pohybuje v počtu lidí s demencí níže, než je průměr všech zemí Evropské unie, přesto je u nás rovněž očekáván příbytek takto nemocných osob.

Již v úvodu této kapitoly jsem uváděla, že v současné době není v ČR fakticky podložená studie ohledně problematiky demencí, a tak informace o počtu osob trpících některou z forem demence zůstávají nadále kvalifikovanými odhady. Počet osob s demencí v ČR se odhaduje na 152,7 tisíc za rok 2014, ve všech věkových kategoriích. Do 65 let věku trpí demencí každý 866. člověk, nad 65 let je to každý 13. člověk. U věkové kategorie nad 80 let každý 5. občan a ve věku 90 a více let dokonce téměř každý druhý člověk. Počet lidí s neurodegenerativními onemocněními stále roste a tato tendence bude nadále přetrvávat. V roce 2020 bude v ČR žít téměř 183 tisíc lidí se syndromem demence, v roce 2050 pak pravděpodobně 383 tisíc lidí (Mátl, Mátllová, ČALS: Zpráva o stavu demence 2015 [online], 2015).

1.4 Příprava politiky na stárnutí

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) je národní koordinátor politiky přípravy na stárnutí v rezortní i mezirezortní úrovni. Politika přípravy na stárnutí je uskutečňována skrze platformy národních programů a plánů, které jsou aktualizovány vždy jednou za pět let. Poslední verze, jejíž celý název zní „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017“, byla aktualizována k 31. 12. 2014 a je výchozím mezirezortním strategickým dokumentem. Soustředí se na osm prioritních okruhů, strategické cíle, specifické cíle a opatření (MPSV [online]).

1.4.1 Národní akční plán pro období let 2013 – 2017

Dále jen „Národní akční plán“ = NAP. Jedná se o v pořadí třetí dokument, který navazuje na Národní programy přípravy na stárnutí, zpracovávané od roku 2003 do roku 2012. Národní programy na stárnutí byly vytvořeny v návaznosti na stěžejní dokument OSN

– Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, z roku 2002. Na vzniku NAP se podílelo spousta účastníků (Asociace univerzit třetího věku, o. s., Centrum kvality bydlení, o. s, Elpida, o. p. s, Filosofická fakulta University Karlovy – Prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc., Charita česká republika, c. p. o, Státní zdravotní ústav, Život 90, o. s, a další) s cílem definovat hlavní cíle pro určené období.

Nyní bych ráda shrnula osm prioritních okruhů, protože je osobně považuji za dobré návrhy a řešení v problematice přibývání starší populace.

1. Realizace politiky přípravy na stárnutí v ČR

Spočívá ve strategickém cíli - zajištění plnění opatření NAP, který obsahuje další specifické cíle. Každoročně se bude zpracovávat na základě podkladů od jednotlivých rezortů “Zpráva o plnění NAP podporujícího pozitivní stárnutí”. Tato zpráva se předkládá ke schválení vládě. Cílem je vytvoření hodnotícího mechanismu, jenž bude sloužit k plánování dalších nezbytných opatření v otázkách politiky přípravy na stárnutí.

2. Zajištění a ochrana lidských práv starších osob

V tomto okruhu jde o zvýšení povědomí o potřebách a právech seniorů ve společnosti, a také o zajištění ochrany starších osob před diskriminací a všemi projevy nedůstojného zacházení. Specifické cíle zahrnují například mapování neregistrovaných sociálních služeb, vedení a vyhodnocování statistiky případů domácího násilí na seniorech, nebo podporování dostupnosti různých forem pomoci a poradenství pro seniory (právní, sociální, zdravotní, finanční). „Aby bylo dodržování lidských práv účinné, musí sami seniori znát svá práva a rozeznat špatné zacházení ze strany rodiny či širší veřejnosti. Ke zvýšení ochrany práv seniorů je proto nezbytné posílit jejich samostatnost a zvýšit informovanost o možnostech obrany a vymahatelnosti jejich práv“ (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online], s. 10).

3. Celoživotní učení

Součástí kontinuálního procesu celoživotního učení by mělo být rozvíjení programů univerzit třetího věku a podpora vzdělávacích aktivit, ve kterých seniori nacházejí svoje alternativní uplatnění po odchodu z trhu práce. „Zapojení seniorů do zájmového vzdělávání významně přispívá k prodlužování jejich plnohodnotného, aktivního života, má pozitivní dopad na jejich celkové zdraví a zvyšování jejich nezávislosti“ (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online], s. 15).

4. Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů

Vizi tohoto okruhu je využití celoživotních zkušeností starších pracovníků, případná

podpora jejich samostatného podnikání. Strategickými a specifickými cíli jsou; prodloužit pracovní kariéru pracovníků s motivací odkladu odchodu do penze skrze úpravy legislativy, zvýšení informovanosti starších osob o možnostech uplatnění na trhu práce, podporovat zavádění principů Age Managementu (neznevýhodňuje pracovníky kvůli jejich věku) např. na úřadech práce – proškolení tamních vedoucích pracovníků a poradců pro práci s věkově staršími uchazeči o zaměstnání, akceptování Age Managementu zaměstnavateli, bojovat proti věkové diskriminaci na trhu práce, revidování systému důchodového pojištění.

5. Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce

V období let 2013 – 2017 se NAP chce zaměřit na posilování stabilních mezigeneračních vztahů, formovat pozitivní postoj k problematice stáří a stárnutí od nejtělejšího věku výchovou v rodině a ve školách, aby byli senioři vnímáni jako nedílná, aktivní a samozřejmá součást společnosti. Dále eliminovat existující stereotypy o negativním zobrazování seniorů jako ekonomické zátěže. Konkrétně chce postupovat např. podporováním dialogu a spolupráce mezi žáky a seniory na ZŠ a SŠ, rozvojem mezigeneračních komunitních center, „zapojením seniorů do dobrovolnické činnosti a překonat mýtus, že senioři mohou být pouze „příjemci“ dobrovolných aktivit“ (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online], s. 28).

6. Kvalitní prostředí pro život seniorů

Kvalitní a bezpečné prostředí s odpovídající dostupností dopravních prostředků a vyhovující nabídkou bydlení a občanské vybavenosti, které umožní aktivní zapojení seniorů do komunitního života, je vizí tohoto okruhu. Činné zúčastňování seniorů je úzce spojeno s dobrým zdravím a vyšší spokojeností, což se odráží na výdajích zdravotní péče (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online], s. 30). Mezi strategické cíle patří jiné koncipování bytové politiky – zdůraznění populačního stárnutí a vytvoření nového investičního nástroje na podporu výstavby domů pro bydlení seniorů – komunitní bydlení seniorů, vytváření podmínek pro bezpečný život seniorů a usilování o snížení sociální a územních rozdílů v přístupu k veřejným službám (podpora dostupnosti kulturních událostí apod.).

7. Zdravé stárnutí

Zdraví znamená zásadní předpoklad pro aktivní život seniorů a zapojování se do společenských a dobrovolnických činností. „Investice do zdraví se pozitivně odráží na zvyšování ekonomického potenciálu starších pracovníků a seniorů i na sociální soudržnosti“ (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období

let 2013 až 2017 [online], s. 35). Strategickými cíli tohoto okruhu jsou; zvyšování informovanosti nejen seniorů o zdravém životním stylu a motivování je k odpovědnosti za své zdraví, včetně podpory výzkumu na téma zdraví a zdravého stárnutí, který by přinesl relevantní statistický přehled o seniorech, a podpory rehabilitace i následné péče. Dále vytváření dostatečné nabídky preventivních programů ve společnosti, jež by měly být místně dostupné a rozmanité vzhledem k různorodosti starších osob.

8. Péče o seniory s omezenou soběstačností

Důsledkem demografického stárnutí bude zvýšený nárůst požadavků na sociální a zdravotní služby, které stále ještě nejsou uspokojivě provázané. Je nutné rozvíjet všechny druhy sociálních služeb, aby si každý mohl zvolit formu péče a pomoci dle svých individuálních potřeb a situací. K tomu je třeba znát všechny dostupné možnosti, a proto služba poradenství musí být dostatečně kvalitní. NAP počítá i se zvýšením počtu lidí s neurodegenerativními onemocněními, především pak Alzheimerovou chorobou, a proto chce rozvíjet specializovanou péči o tyto osoby se zachováním co nejvyšší kvality jejich života. Dále zvýšit prestiž v poskytování sociálních služeb a zpracovat návrh zákona, aby sociální práce jako profese měla určenou úroveň kvality a odbornosti. Pozornost musí být věnována rozvoji specializované geriatrické péči včetně komplexní diagnostiky, a také podpoře rodiny a zapojení rodinných příslušníků do poskytování služeb. Konkrétními cíli a opatřeními tohoto okruhu jsou např. zajištění dlouhodobé a paliativní zdravotní péče, nastavení systému péče o osoby s demencí včetně výcvikových programů a vzdělávání v této oblasti, zpracovat národní plán o péči o osoby s demencí (tzv. Plán Alzheimer), jehož součástí bude i vyčíslení finančních nákladů, rozvíjení sociální práce v obcích s důrazem na venkovské oblasti či realizace informační kampaně a osvěty o možnostech péče o seniory rodinnými příslušníky za účelem zvýšení jejich motivace (MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online], s. 37 - 40).

1.5 Sociální služby

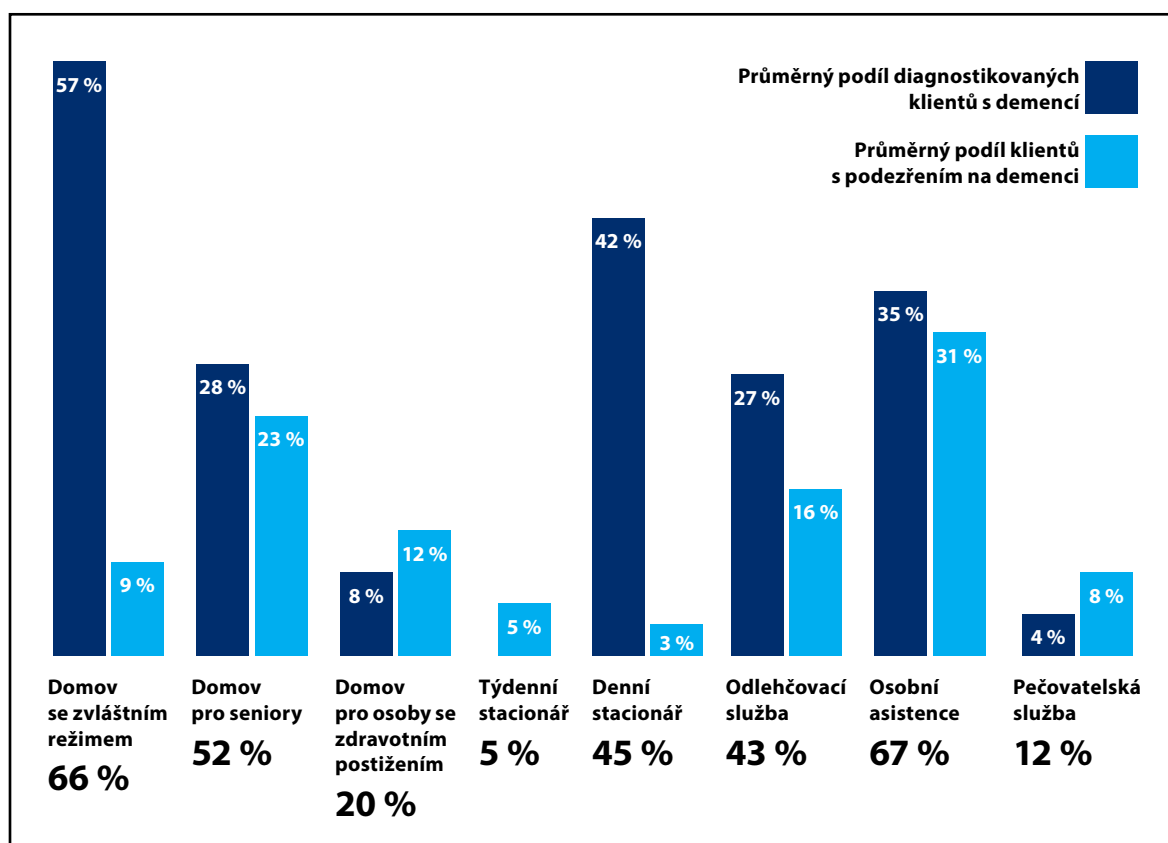
V publikaci *Senioři v ČR (2014)* se uvádí, že k 31. 12. 2013 se na území ČR nacházelo 3 240 zařízení poskytující sociální služby populaci různého věku. Z tohoto počtu bylo 491 domovů pro seniory, které poskytovaly služby celkem 36 598 klientům. Z hlediska věkových kategorií:

- do 65 let - 1 998 osob
- 66 - 75 let - 5 497 osob
- 76 - 85 let - 14 287 osob
- 86 - 95 let - 14 056 osob
- 96 a více let - 760 osob

Domovy pro seniory nejsou ale jediná zařízení, která jsou využívána starší populací. Sociální služby vhodné pro „zdravé seniory“ i pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronické nemoci, včetně duševního onemocnění, uvádím dle Zákona 108/2006 Sb. souhrnně v příloze č. 1 a určité sociální služby popisují v kapitole 3.

Zpráva o stavu demence 2015 informuje, že pro celou Českou republiku neexistují žádné statistiky, které by mapovaly nabídku služeb pro osoby trpící demencí a ani žádná data, podle nichž by bylo možné aktualizovat informace o tom, kdo se o lidi s demencí stará. ČALS ve spolupráci s pražským magistrátem získala podrobnější data o počtu osob s demencí v sociálních zařízeních v hlavním městě Praze (Mátl, Mátlová, ČALS: Zpráva o stavu demence 2015 [online], 2015, s. 21) a tato data znázorňuje graf č. 1.

Graf č. 1 – Podíl klientů s diagnostikovanou demencí a s podezřením na demenci v městských zařízeních v Praze



Zdroj: Zpráva o stavu demence 2015, Dotazníkové šetření ČALS realizované ve spolupráci s Hlavním městem Prahou, vlastní zpracování

2. Teoretické vymezení pojmu demence

Podle MKN – 10 je demence “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“ (ÚZIS ČR: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ICD-10 ONLINE) – Czech [online]. [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>).

Holmerová charakterizuje demenci “celkovým zhoršováním korových funkcí mozku, tedy paměti, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí – to vše přitom bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující” (Holmerová, 2004, s. 7).

Různí autoři podávají s drobnými odchylkami obdobné definice. Jedná se o stav, který je zpravidla ireverzibilní, ale v současné době víme, že 10 – 20% se dá zastavit za předpokladu včasné diagnostiky. Demence přicházejí plíživě, záchyt je nejdůležitější v raných stádiích, kdy se tvoří první sníh a první plaky na mozku. Zároveň je léčba v mírném stádiu ekonomicky výhodnější než v pásmech pokročilých. Jejich příčinou je nemoc nebo úraz, nevznikají v důsledku stárnutí, ačkoliv s věkem se zvyšuje riziko jejich rozvoje (osoby nad 65 let – 5%, nad 75 let – 10%, nad 80 let – 20%, nad 90 let až 50%), (Krauhlová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015). V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti se snižováním schopnosti péče o sebe sama. Takto nemocný člověk není schopen provádět rutinní denní úkony a může se vyskytnout celá řada dalších nekonstantních příznaků a potíží, například depresivní stavy, halucinace a iluze či bludy. Nakonec ztrácí schopnost samostatné existence (Jiráček, Koukolík, 2004). Demence působí jako filtr, který ovlivňuje informaci doručenou a taktéž odesílanou. Porucha deformuje obraz, jenž osoba o světě získává, a také způsob, kterým vyjadřuje své reakce (Zgola, 2003).

2.1 Etiologie a klasifikace

K diagnostikování syndromu demence je potřeba určit jeho etiologii a odborná literatura nabízí různé klasifikace demencí podle jednotlivých příčin. Koukolík (1999) uvádí tři schémata klasifikací. Jedná se o schéma; Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti a Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases). Podrobné klasifikace jmenovaných schémat jsou uvedena v příloze č. 2, 3, 4. Příčiny vzniku

tohoto syndromu však překračují druhy a dělení demence. Syndrom se může rozvinout v důsledku traumatu, otřesu mozku, deprese, či neléčené schizofrenie, není jen záležitostí Alzheimerovy choroby, která je ovšem nejčastější příčinou a nejvíce popisovanou formou demence.

U demencí je také důležité odlišení od příznaků normálního stárnutí. „Pouhá zapomnětlivost ve vyšším věku nemusí nutně znamenat, že se jedná o demenci“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 148). U starších osob je typické zpomalení procesů myšlení nebo delší vybavování. Pokud je to nápadné, dá se hovořit o „benigní stařecké zapomnětlivosti“, nebo o „poruše paměti ve vztahu věku“ či o „poruchách kognitivních funkcí ve vyšším věku“. Synonymem těchto označení jsou tzv. **Pseudodemence** neboli reverzibilní demence, podle Glennera (2012) „zdánlivé demence“, jejichž nejčastější příčinou jsou deprese a delirium (tj. akutní, přechodná porucha kognitivních funkcí). Jsou často zaměnitelné s ireverzibilními demencemi, které se od nich liší svým chronickým a progresivním charakterem. Avšak společný výskyt deliria a demence je také častý a to samé platí pro depresi. Koukolík (1999) popisuje „depresivní“ demenci jako riziko pro rozvoj degenerativní demence a Fischer doporučuje pro stav, kdy se kognitivní poruchy v průběhu deprese začnou pohybovat v pásmu demence, užívat pojmu depresivní pseudodemence (Fischer in Koukolík & Jirák, 1999).

Holmerová a Vaňková (2009) nabízí přehledný výčet nejčastějších onemocnění vedoucích k demenci;

- Alzheimerova choroba
- Parkinsonova choroba a demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální degenerace
- Vaskulární demence
- Následky poškození mozku (toxické, traumatické, infekční atd.)
- „Pseudodemence“ (klinické obrazy napodobující demenci), nejčastěji deprese
- další závažná somatická, metabolická či psychická onemocnění

Demence se dělí se podle různých kritérií. Dle Jiráka (2001) je možné rozlišovat do dvou skupin: **demence atroficko – degenerativního původu** a **sekundární (symptomatické) demence**, které lze ještě dělit do dvou podskupin na ischemicko – vaskulární demence, jež byly dříve nazývány arteriosklerotické a ostatní sekundární demence. Jejich podrobnější popis je uveden na obrázku č. 1. Toto rozdělení však neodpovídá mezinárodní klasifikaci, kde jsou demence klasifikovány položkami Alzheimerova choroba, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde (zbylé atroficko-degenerativní i symptomatické demence) a nespecifikovaná demence (Jirák in Raboch & Zvolský, 2001). Klasifikaci dle MKN – 10 uvádím v příloze č. 2.

Obr. č. 1 – Rozdělení demencí dle Jiráka

Demence atroficko-degenerativního původu

- Alzheimerova choroba
- Korová demence
- Demence při parkinsonově chorobě
- Frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby
- Huntingtonova choroba
- Další atroficko-degenerativní demence (progresivní supranukleární obrna aj.)

Sekundární (symptomatické) demence

A. Ischemicko-vaskulární demence

- Vaskulární demence s náhlým začátkem
- Multiinfarktová demence
- Převážně podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)
- Smíšená korová a podkorová vaskulární demence
- Další typy vaskulárních demencí (např. demence status lacunaris)

B. Ostatní sekundární demence

- Demence infekční etiologie (progresivní paralýza, demence při lymfické borelióze, demence u AIDS aj.)
- Demence prionové etiologie (Creutzfeldtova-Jakobova choroba aj.)
- Metabolické demence (demence při jaterní nebo uremické encefalopatii, pellagra, Wilsonova choroba, akutní intermitentní porfyrie aj.)
- Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu
- Demence traumatické etiologie
- Demence intoxikační etiologie (alkoholové demence, farmakogenní demence aj.)
- Demence na podkladě tumorů včetně paraneoplastických demencí
- Ostatní sekundární demence (demence při epilepsii, na podkladě kolagenóz aj.)

Zdroj: Raboch, Zvolský (2001) s. 147

Podle lokalizace postižení CNS můžeme demence dělit na:

- Korové/kortikální** – je postižena mozková kůra, projevuje se poruchami paměti – poruchy zapamatování nových informací, afázií, apraxií, agnózií, poruchami orientace v prostoru a čase. Patří sem především Alzheimerova choroba a různé varianty frontotemporální a lobární degenerace (např. Pickova choroba)
- Podkorové/subkortikální** – projevují se poruchou exekutivních (výkonných) funkcí – nemocní nejsou schopni naplánovat a provést složitější úkony, poruchou motivace, rozhodování, pacient vytváří dojem nešikovného a neobratného člověka, jsou postiženy podkorové struktury a patří sem vaskulární demence, demence při Parkinsonově nemoci, či vzácné neurodegenerativní demence jako je například Huntingtonova chorea
- Smíšené (kortiko – subkortikální)**
(Krahulcová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015)

V rámci typů demence zmiňují někteří autoři demence **ireverzibilní** neboli nevratné a **revizibilní**, které popisují výše v souvislosti s normálním stárnutím.

Dalším z možných popisů demence je ABC koncept, někdy též nazývaný jako „**ABC demence**“, který demence dělí do tří základních podskupin symptomů (Pidrman, 2007);

- Narušení aktivit denního života (A – activities of daily life)
- Poruchy chování (B – behavior)
- Narušení kognitivních funkcí (C – cognition)

Z těchto třech skupin příznaků jsou z etiologického hlediska nejvýznamnější příznaky kognitivní, neboť úbytek kognitivních funkcí je pro demenci charakteristickým rysem. V příloze č. 5 je uveden přehled významných klinických příznaků syndromu demence v rámci konceptu ABC.

2.2 Stádia demence

K určení hloubky demence existuje již od minulého století řada stupnic. Ráda bych uvedla dvě stupnice, které popisují autoři Koukolík a Jirák (1999) ve své knize. Jedná se o sedmičlennou Reisbergovu stupnici z roku 1982 a mezinárodně využívanou Hughesovu stupnici z téhož roku.

Reisbergova stupnice:

- 1. Bez postižení kognitivních funkcí** – žádné stížnosti na paměť.
- 2. Počínající postižení kognitivních funkcí** – pacient si začíná stěžovat na poruchy paměti (zapomíná místo odložených předmětů, jména lidí, které znal). V průběhu dialogu při vyšetření nejsou poruchy paměti zřejmé, stejně tak jako v osobním a profesionálním životě.
- 3. Lehké postižení kognitivních funkcí** – začínají se projevovat poruchy orientace v místě, zmatenost, hledání slov, prohlubuje se zapomínání místa odložených předmětů, porucha soustředěnosti. Pacient někdy dokáže své paměťové poruchy zapírat.
- 4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí** – povědomí o současném a minulém dění se zužuje, výraznější paměťové poruchy, obtíže v každodenní péči o sebe sama, poruchy v orientaci časem a osobou, dezorientace ve známém prostředí.
- 5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí** – bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života. Přítomna dezorientace v čase, v místě, nepamatují si určité informace (např. vlastní adresu, telefonní číslo, názvy absolvovaných škol), pamatují si vlastní jméno, i jméno svého životního partnera a dětí.
- 6. Těžké postižení kognitivních funkcí** – přestávají si pamatovat jméno manželského partnera, své vlastní jméno si nemocní pamatují. O aktuálních událostech a důležitých okamžicích svého života už nevědí téměř nic. Jsou závislí na pomoci druhé osoby, mohou být inkontinentní. Objevují se změny osobnosti (bludy, obviňování druhých, úzkost, neklid, agrese).

7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – postupné vyhasnutí řečových funkcí, pacient vydává jen zvuky. Veškeré činnosti péče o vlastní osobu jsou možné jen s pomocí. Zaniká i hybnost a pacienti nejsou schopni chůze (Koukolík, Jirák, 1999, s. 17 – 18).

Hughesova stupnice

Stupeň 0 – zdraví – paměť není porušena, nebo jsou přítomny malé nekonstantní výpadky, vyšetřovaní lidé jsou plně orientováni a schopni o sebe pečovat.

Stupeň 0,5 – podezření na demenci – objevuje se trvalá lehká zapomnětlivost. Pacienti jsou plně orientováni, schopni se o sebe starat, vyskytují se jen první lehké obtíže při řešení problémů a rozhodování.

Stupeň 1 – lehká demence – jsou narušeny každodenní aktivity v důsledku zapomínání čerstvých událostí, objevují se první poruchy orientace v čase a mírná geografická dezorientace. Mají lehké obtíže s vykonáváním domácích činností, ale dokáží o sebe pečovat, nicméně péče vyžaduje občasné povzbuzení.

Stupeň 2 – střední demence – Dezorientace v čase i v místě, nové informace jsou velmi rychle zapomenuty, v paměti jsou uchovány jen dříve naučené věci. Nemocní potřebují pomoc při péči o vlastní osobu (oblékání, osobní hygiena).

Stupeň 3 – těžká demence – z paměti zůstávají jen fragmenty. Nejsou schopni řešit žádné problémy, usuzovat ani vykonávat samostatné činnosti. Potřeba pomoci péče od druhé osoby, častá je inkontinence (Koukolík & Jirák, 1999, s. 18 – 19).

Kalvach (2004) řadí mezi hodnotící škály tíže demence ještě Hachinského ischemické skóre, které se boduje třinácti kritérii. Je ale spíše využíváno k odlišení demence při Alzheimerově chorobě od demence vaskulárního původu. Hachinského skóre a jeho následné modifikace jsou uvedeny v příloze č. 6.

Pro účely mé práce je naprosto dostačující toto rozdělení:

Bezpríznakové stádium (0.) – tvoří se první sníh, první plaky na mozku, je potřeba provádět preventivní diagnostiku – screeningové vyšetření (pokud byl někdo v rodině s Alzheimerovou chorobou). Včasný záchyt a následná léčba dokáže o 10 – 15 let pozdržet demenci.

Mírná demence (1.) – lehká porucha paměti, zhoršení orientace, a porucha ve vizuálně prostorovém vnímání, těžkosti s počítáním, psaním, změny afektibility, poruchy kritičnosti, počínající anomie (tj. ztráta schopnosti pojmenovat jednoduché, známé věci), člověk si poruchy uvědomuje, cítí se hloupě, vyhýbá se komunikaci a sociálnímu kontaktu.

Střední demence (2.) rozvoj výpadků, neartikulování, vzrůstají deficity krátkodobé a dlouhodobé paměti, řeč obsahuje myšlenkové perseverace (tj. neustále se opakující stejné myšlenky), nemocní jsou agitovaní, na druhé straně apatičtí, ztrácejí nadhled do svých problémů a obtíží, neuvědomují si, co s nimi nemoc dělá, nejsou schopni samostatného života.

Těžká demence (3.) – rituální pohyby – jen kývou, imobilita (Parkinson) X potulují se (Alzheimerova choroba), mutismus, labilní oční kontakt, nepřiměřené sociální chování, inkontinence, kachexie (tj. ztráta svalové hmoty a rychlá smrt), bludy a halucinace.

Terminální stádium (4.) – postupné utlumování životních funkcí, nastává umírání (Krahulcová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015).

Stádia demence slouží jako obecné vodítko – je možné, že klient má stále dobré řečové dovednosti (první stádium), ale má těžce poškozenou paměť a není schopný zvládat své emoce (druhé stádium či dokonce třetí fáze), (Glennner a kol., 2012).

2.3 Vyšetřovací metody u demencí

„Diagnóza demence se určuje jednak podle klinického obrazu, jednak za použití hodnotících škál a výkonových testů, zobrazovacích metod, biochemických, hematologických a sérologických vyšetření a dalších pomocných metod (např. EEG, evokované potenciály)“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 148)

„Sdělení diagnózy je významné nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. Často je to právě rodina a blízcí přátelé, kteří si povšimnou jako první, že se s pacientem děje něco závažného“ (Holmerová a kol., 2007, s. 56).

Pacient trpící demencí si svůj problém často nepřipouští, různě ho bagatelizuje a racionalizuje, častá je nozognozie (neuvědomění si své poruchy). Borzová (Borzová in Jiráček & kol., 2009) uvádí složky účastníci se na procesu diagnostiky demence: významné je pátrání další osoby (rodinný příslušník, pečující osoba) po anamnestických datech (z doby před rozvojem choroby), jako jsou úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, léčené deprese a jiné psychické změny, přítomnost demence nebo jiné neurologické či psychické poruchy v rodové linii, užívané léky (některé mohou paměť zhoršovat) apod. Druhá složka je orientační vyšetření kognitivních funkcí, k čemuž se využívají nejrůznější testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Široce využívaným orientačním testem kognitivních funkcí je **MMSE** (Mini – Mental State Examination). Testuje časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, všípivost (zapamatování tří slov a jejich zopakování – hned a po jisté latenci), pozornost a počítání, řeč, komunikaci a součástí je také nakreslení obrazce dle předlohy. Je pomůckou určení střední a těžké demence, nikoliv k mírné kognitivní poruše a některým typům demence, jež se v počátcích neprojevují poruchou paměti (subkortikální

demence). V testu je možné dosáhnout 30 bodů, skóre 23 bodů a nižší svědčí o demenci (Mühlpachr, 2004). Často je také využíván test kreslení hodin. Následující složkou jsou somatické vyšetření, kdy se provádí měření krevního tlaku, pulzu, EKG, různá laboratorní vyšetření a neurologická vyšetření a zobrazovací techniky (CT mozku, magnetická rezonance atp.).

„Každá změna stavu, každý příznak připomínající demenci či jinou změnu duševního stavu je potřeba vyhodnotit dobrým lékařem. Při pochybnostech je nutné navštívit specialistu“ (Borzová in Jiráček & kol., 2009, s. 25).

3. Sociální práce

Věk sám o sobě není důvodem potřeby zvýšené péče, sociální práce či využívání sociálních služeb. Sociální práce směřuje k těm nejohroženějším, mezi něž patří například senioři velmi staří, osaměle žijící, propuštění z nemocnice, trpící demencí či depresí, dlouhodobě nemocní léčení doma, křehcí a zmatení atd. (Matoušek a kol., 2010). V rámci své bakalářské práce se zaměřím na popis sociální práce s klienty s demencí.

Cílem sociální práce je podpora co nejdějšího setrvání seniora v jeho přirozeném **domácím prostředí**. Určitou míru výpomoci potřebuje od jisté doby každý senior, aniž by trpěl demencí. Rodina zaopatřuje jídlo, čisté oblečení, zabezpečuje vyřízení pochůzek a nákupů atp. U starších osob se syndromem demence lze péči a pobyt v domácím prostředí realizovat zpravidla jen v počátečním, mírně rozvinutém, případně středním stádiu nemoci. Většina rodin chce dopřát svému seniorovi maximální potřebnou péči. Symptomy prvního stádia demence bývají přikládány vyššímu věku, teprve další fáze s sebou přináší těžkosti a vyhledání pomoci (Glennner a kol., 2012). První formu podpory mohou nabídnout **služby sociálního poradenství**, které zahrnují základní sociální poradenství poskytující osobám potřebné informace (např. informování seniora i rodiny o možnostech dostupných institucionálních zařízení, o nárocích na sociální dávky apod.) a odborné sociální poradenství zahrnující například poradny pro seniory. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek (Hrozenská & Dvořáčková, 2013). Sociální pracovník je zdrojem informací, průvodcem službami i prostředníkem při jejich zajištění, podporuje rodinu v pečovatelském úsilí, poskytuje emoční podporu a ocenění (Matoušek a kol., 2010).

V rámci terénní sociální práce provádí sociální pracovník šetření, shromažďuje informace o klientovi – k tomu využívá rozhovoru se starým člověkem, případně s jeho rodinou, pozoruje jeho chování a hodnotí potřebu sociální intervence, kdy bere v úvahu funkčnost rodiny, soběstačnost klienta, jeho ekonomickou situaci nebo bezpečnost domácího prostředí. (Matoušek a kol., 2010). Navzdory úsilí o maximální péči a ponechání seniora v domácím prostředí, může dojít k absolutnímu vyčerpání rodinného pečujícího. Sociální pracovník může navrhnout řešení v podobě:

- sociální pomoci – pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby
- zdravotnických služeb – domácí ošetrovatelská péče
- sociální péče v ambulantních podmínkách – denní stacionář
- institucionální péče – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře

(Matoušek a kol., 2010; Mühlpachr, 2004)

Nyní bych chtěla definovat zmíněné služby sociální péče s pomocí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách:

Pečovatelská služba (§ 40) – terénní (v domácnosti) nebo ambulantní (v sociálních zařízeních ústavního typu) sociální služba pro osoby, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a nejsou již schopni vlastními silami zvládat péči o sebe a domácnost. Nejčastěji ji poskytují pracovníci v sociálních službách – pečovatelé a je hrazena z prostředků klienta. Pečovatel/ka dochází za seniorem v dohodnutém vymezeném čase, jež bydlí sám nebo s rodinnými příslušníky, kteří jsou během dne v zaměstnání. Pomáhá klientovi s osobní hygienou, běžnou péčí o vlastní osobu, přípravou či zajištěním a podáváním stravy, údržbou domácnosti, a zprostředkovává lidský kontakt – povídání, čtení apod. Četnost návštěv záleží na dohodě s poskytovatelem – různé státní i nestátní zařízení. Domácí pečovatelská služba patří k nejrozšířenějším formám terénní sociální péče a mnozí ji často zaměňují s osobní asistencí a ošetřovatelskou službou (Hrozenská & Dvořáčková, 2013)

Osobní asistence (§ 39) – je terénní sociální služba, kterou se taktéž rozumí poskytování pomoci osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je určena nejen seniorům, ale také lidem s fyzickým a mentálním handicapem. Vymezení osob je obdobné s pečovatelskou službou, stejná je i úhrada od klienta. Rozdíl spočívá v tom, že je osobní asistence poskytována bez časového a místního omezení, tj. doma i mimo domov, přes den, v noci, o víkendech a při činnostech, které jsou součástí všech aktivit dané osoby. Kromě úkonů pomoci péče o vlastní osobu, stravy, hygieny a chodu domácnosti osobní asistence navíc zahrnuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011).

Denní stacionáře (§ 46) – ambulantní služba pro osoby vysokého věku, se zdravotním postižením, chronickým duševním onemocněním, kteří mají z těchto důvodů sníženou soběstačnost. V průběhu dne je kromě pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy, pomoci při osobní hygieně a obstarávání osobních záležitostí, vytvářen denní program, zahrnující aktivizační, výchovné a sociálně terapeutické činnosti, které připravují kvalifikovaní sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách. Některá zařízení zabezpečují dopravu seniorů do stacionáře, nejčastěji je doprava zajištěna rodinou.

Odlehčovací služby (§ 44) – pomáhají rodinám zvládnout soustavnou péči o seniora a umožňují odpočinek a prostor pro regeneraci sil. Klientem této služby se může stát i senior, jež žije sám a je dočasně nesoběstačný (zlomenina končetiny), nebo důvodem může být rekonstrukce bytu či hospitalizace pečujícího. Odlehčovací služby (neboli respitní péče) jsou terénní (v domácím prostředí, na dohodnutou dobu dochází pečovatelská/ka), ambulantní, i pobytové – umístění a ubytování seniora v zařízení sociálních služeb

s pečovatelskými a ošetrovatelskými službami na dobu určitou, která obvykle není kratší než jeden týden a nemůže být delší než tři měsíce (Jones, Průvodce sociálními službami pro seniory: Domov pro seniory Elišky Purkyňové [online], 2010). Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zahrnuje respitní péče pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a aktivizační činnosti.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách definuje **ošetřovatelskou péči (§ 10)**. Je poskytována v domácnosti nebo v ústavním zařízení kvalifikovanými zdravotními sestrami, hrazena zdravotní pojišťovnou na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře (v případě předchozí hospitalizace). V rámci domácí ošetřovatelské péče, která je jinak nazývána také jako Domácí zdravotní péče nebo Home Care, je péče zaměřena na přípravu a podání léků, ošetřovatelské úkony (ošetření proleženin, rehabilitační cvičení, převazy), odběry biologického materiálu, aplikaci inzulínu, nácvik chůze s chodítkem a na zajištění důstojné a klidné smrti (hospicová domácí péče) v terminálních stádiích, kdy si senior přeje zemřít doma (Ministerstvo zdravotnictví: Věstník č.12/2004, Metodické opatření č. 13 – Koncepce domácí péče, [online], 2004).

V případě zhoršení zdravotního stavu nebo ve chvíli, kdy se nesoběstačnost rozvine natolik, že nelze zabezpečit pomoc v domácím prostředí a ani rodina není schopna zabezpečit další péči o klienta s demencí, nastupuje pomoc ve formě zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných) a **institucionálních zařízení** sociální péče:

Týdenní stacionáře (§ 47) – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení a chronického duševního onemocnění, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zajištěn po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči o klienta (pomoc při zvládnutí běžných úkonů, osobní hygieně, obstarávání osobních záležitostí, je zajištěno stravování) zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, a také aktivizační, vzdělávací, výchovné a sociálně terapeutické činnosti.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48) – tyto domovy fungují s celoročním provozem, nabízejí pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, vyžadující pomoc druhé osoby. Služba zahrnuje stejný rozsah činností jako týdenní stacionář popsany výše.

Domovy pro seniory (§ 49) – jsou sociální zařízení poskytující pobytové služby taktéž celoročním provozem a zabezpečují péči seniorům se sníženou soběstačností zejména

z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dle Zákona 108/2006 Sb. obsahuje služba 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.

Domovy pro seniory poskytují nepřetržitou pečovatelskou službu a ošetrovatelskou péči a podmínkou pro přijetí je přiznání příspěvku na péči nebo alespoň podaná žádost. V současné době jsou obvykle trvale naplněné a čekací lhůty na umístění se stále prodlužují. Ačkoliv je služba vymezena nesoběstačným osobám hlavně z důvodu vysokého věku, můžeme se zde setkat s klienty s demencí, obvykle však v počínajícím a mírném stádiu. V pokročilejších stádiích by pobyt v domově pro seniory nebyl možný. Ubytování je nabízeno v jednolůžkových a vícelůžkových pokojích. Stravování je celodenní s možností volby dietních jídel (např. pro klienty s diabetem). Většinou má každý klient přiděleného svého klíčového pracovníka, který komunikuje s jeho rodinou a blízkými a je klientovou oporou. Domovy pro seniory nabízejí také fakultativní (zpoplatněné) služby využívané dle přání seniorů, například se jedná o kadeřnické, pedikérské služby, výtvarné kurzy apod. (Dvořáčková, 2012).

Domovy se zvláštním režimem (§ 50) – celoroční pobytová zařízení pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronické duševní nemoci, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí některým typem demence. Snížená soběstačnost znamená například potíže s orientací v běžném prostředí, imobilita, inkontinence apod. Domovy se zvláštním režimem (dále jen DZR) fungují obdobně jako Domovy pro seniory (tj. služba DZR obsahuje stejné základní činnosti dle zákona 108/2006 Sb. jako Domov pro seniory), rozdílem je režim poskytování sociálních služeb, který je uzpůsoben specifickým potřebám klientů (např. pohyb osob je za přesně definovaných okolností omezen, z důvodu jejich vlastní bezpečnosti). DZR by měly vytvářet atmosféru přirozeného sociálního prostředí a nabízet smysluplné programy aktivit (Zgola, 2003). „Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením“ (MPSV: Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [online], s. 8, [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf).

Dosti obsáhle se obecnému **popisu práce sociálního pracovníka v pobytových sociálních zařízeních** věnuje Malíková (2011), pro svou práci jsem si vybrala souhrn od Matouška (2010), který uvádí, že činnosti sociálního pracovníka v různých rezidenčních zařízeních nejsou shodná, záleží na vedení konkrétních domovů či na sociálním pracovníkovi samotném, jaké kompetence převezme. Náplň jeho práce shrnuje do následujících bodů:

- Informování veřejnosti a žadatelů o konkrétní instituci
- Plánování příchodu do instituce (sociální šetření v místě bydliště seniora, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu)
- Sestavení individuálního plánu a plánu péče
- Administrativní práce (dokumentace, dávky, důchody, pozůstalostní agenda apod.)
- Programy aktivit, kulturní, společenské akce (mezigenerační programy, zapojení širší komunity, a také dobrovolnický program)
- Spolupráce s rodinou klienta (zapojení rodin do aktivit)
- Psychosociální pomoc seniorům (validace, reminiscenční terapie, trénování paměti apod.)
- Dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů
- Zajišťování programu kvality (práce s interními standardy kvality); supervize pečovatелů (skupinová či individuální), vzdělávací program pro personál domova – plánování a příprava seminářů, kurzů, průzkumy spokojenosti klientů i personálu atp.

4. Péče o člověka s demencí

„Péče o člověka s demencí je náročná, dlouhodobá a vyčerpávající“ (Holmerová a kol., 2007, s. 64). Úbytek kognitivních funkcí způsobuje nesoběstačnost, zvýšenou zranitelnost, potřebu podpory a východiskem péče je vztah pečující – klient. Pro vytvoření vzájemné spolupráce, porozumění a vztahu je nutná **efektivní komunikace** mezi nemocným a pečovatelem (Zgola, 2003).

K osobám, které trpí syndromem demence, by se mělo přistupovat trpělivě, se zdvořilostí a úctou, nekritizovat a nepoukazovat na nedostatky, protože by nemocný mohl cítit pocity studu a reagovat agresí. Důležitá je podpora autonomie – využívání a udržování klientových dosavadních schopností na určité úrovni, neboť díky tomu je posilována sebeúcta a sebevědomí nemocného. K podporování soběstačnosti a psychické pohody, mající také svůj velký význam, lze využívat řadu psychosociálních přístupů a terapií, kterým se budu podrobněji věnovat v následující kapitole. Osoby s demencí je zapotřebí přijímat s respektem jejich důstojnosti a jedinečnosti. S ohledem na potřebu mít vlastní hodnotu, by měl být nemocný oceňován a podle Holmerové (2007) je vhodné k němu přistupovat podobným způsobem jako v minulosti, když byl ještě zdrav. Člověk s demencí stále vnímá, jakým způsobem se s ním jedná a nevhodné chování ze strany pečující osoby může evokovat obranné mechanismy (neklid, agrese) nebo problémové chování.

Problémové chování může být ale i odrazem fyzických obtíží (pocity tělesného nepohodlí, bolest, nemoc, dehydratace či hlad), příčinou mohou být i léky, které nemocný užívá a na chování osoby s demencí má vliv okolní prostředí, například mohou vadit otevřené prostory, nebo přítomnost určitých lidí. Glenner a kol. (2012) mezi problémové chování zařazuje například: úzkost, nerozlišování dne a noci, paranoidní a podezřívavé chování, toulání, bezcílné přecházení sem a tam, odmítání jídla, na druhé straně požívání věcí, které nejsou k jídlu, apatii, emocionální a slovní výbuchy, fyzickou agresi, nevhodné sociální chování – obnažování se na veřejnosti, nevhodné návyky spojené s vyprazdňováním atd.

V přístupu k pacientům s demencí je také třeba neopomínat jejich pocity a uspokojovat základní potřeby takto nemocných osob - potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, seberealizace a sounáležitosti (Holmerová a kol., 2007). Zgola (2003) jako základní potřeby definuje bezpečí, náklonnost a intimitu, sociální začlenění, kontrolu a moc. Žádoucí je podpora vztahů a kontaktů s okolím, aby nedošlo k sociální izolaci, která by mohla mít negativní dopad na duševní zdraví.

Dále je u osob se syndromem demence velmi důležité umět empaticky naslouchat jejich verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, snažit se pátrat po tom, co si přejí a eliminovat zmatek a případná nedorozumění. Osoba s demencí má potřebu zvláštní komunikace, která vzniká v důsledku její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobovat

se. Nejdůležitějším úkolem sociální práce, sociální péče nebo různých terapií je vytvořit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru, a proto kvalitní péče spočívá hlavně v účelné komunikaci (Krahulcová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015). Glenner a kol. (2012) popisuje komunikaci jako „klíč ke kvalitnímu životu“ a Zgola (2003) jako „jádro vztahu“.

V rámci poruch komunikace u jednotlivých typů demence bych ráda zmínila defekty u kortikální a subkortikální demence. U korových demencí na podkladě Alzheimerovy nemoci jsou pragmatické a sémantické jazykové schopnosti porušeny velmi časně, řeč bývá motoricky postižena až velmi pozdě stejně jako syntax a fonologie. Jelikož ubývá mozkové kůry, ztrácejí pacienti schopnost rozumět řeči a lidem. Na podkladě Pickovy nemoci je porušeno auditorní rozumění, mluva je váhavá a rozvláčná, zhoršuje se oblast syntaxe a je přítomna anomie. U subkortikálních demencí – na podkladě Parkinsonovy nemoci se mění oblast motorická, hlas je tišší, nemocný špatně artikuluje, ale jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně. U Hutkinsonovy nemoci se zhoršuje dysartrie (tj. narušení artikulace), stírá se plynulé mluvení a úroveň jazykových schopností je v oblasti pojmenování. Na podkladě Vaskulární nemoci závisí na lokalizaci a rozsahu lézí a jsou tudíž možné variace poruch jazykových i motorických (Krahulcová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015).

Holmerová (2007) shrnuje zásady komunikace a jednání s osobou s demencí v následujících bodech:

- vytvořit podmínky pro komunikaci, pokusit se vyloučit z prostředí rušivé prvky
- nespoléhat na to, že nás pacient poznává (účelné je se představit při každém setkání)
- to, co říkáme, bychom měli podporovat vhodnými gesty a výrazem
- užívat krátké jednoduché věty zaměřené na jedno téma
- využívat hojně nonverbální vyjadřovací prostředky, např. jemný dotyk, držení za ruku, po vyjádřeném souhlasu vstupu do klientova osobního prostoru
- zjistit si údaje o životě klienta s demencí (zálibách, profesi)
- poznat a využít všech jeho zbývajících dovedností
- mluvit klidně, nižším tónem hlasu
- vyhnout se otázkám, které nabízejí více možností volby, nebo vyžadují více kroků, raději se ptát tak, aby klient mohl odpovědět ano/ne
- vhodné je uvést dezorientované klienty do reality mezi řečí (např. „nyní je půl dvanácté a budeme obědvat“)
- k osobě se syndromem demence přistupovat vždy otevřeně, přátelsky a laskavě

- mít na paměti, že osoba s demencí je stále schopna rozumět řeči těla, náladě a upřímnosti pečující osoby
- jestliže klient reaguje negativně nebo s nervozitou, vyhnout se domlouvám
- zdravý člověk, odborně připravený pracovník v sociálních službách, se může snažit pochopit jednání osoby se syndromem demence, v opačném případě to nelze očekávat

Péče o klienty s demencí je realizována v rámci domácí péče, ve zdravotnických zařízeních a v neposlední řadě prostřednictvím sociálních služeb (kapitola 3).

Klientům v terminálních stádiích demence je poskytována **paliativní péče**, kterou Holmerová (2007) popisuje jako úlevovou a komfortní péči, s cílem zmírnit bolest či další tělesná a duševní strádání, zachovat klientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Podle ní by měla paliativní péče „provázet léčbu a postupně začít převažovat tehdy, kdy možnosti léčby začínají mít menší význam a efekt. Není tedy možné a správné poskytovat jen léčebnou péči a s paliativní péčí začít až tehdy, kdy s léčbou končíme“ (Holmerová a kol., 2007, s. 243). Se specializovanou paliativní péčí především pro pacienty v preterminální a terminální fázi nevléčitelné nemoci (často je délka pobytu 3 – 4 týdny), se můžeme setkat v lůžkovém zařízení s názvem Hospic. Některá zařízení poskytují krom lůžkové také domácí hospicovou péči, respitní péči či edukační činnosti (Holmerová a kol., 2007). Mühlpachr (2004) popisuje hospicovou péči jako komplexní paliativní léčbu zohledňující potřeby pacienta v posledních stádiích, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby.

5. Aktivizační formy a postupy

Smysluplná aktivita je podle Zgoly (2003) nejcennější prostředek v péči o osoby s demencí (konkrétně v knize: s Alzheimerovu chorobu). Když je používána dobře, dokáže změnit negativní rozpoložení člověka k lepšímu a taktéž může zmírnit nervozitu a neklid. Je dobrovolná a měla by reflektovat klientovy oblíbené činnosti a záliby (Venglářová, 2007). „Program aktivit neznamená pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče“ (Zgola, 2003, s. 148). Dále uvádí, že jde o celkový proces, který navozuje pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Pečovatelé by měli být obeznámeni s významem programů a vyškoleni v technikách aktivizace.

Holmerová (Holmerová in Jiráček & kol., 2009) dělí aktivity na programové a individualizované. Programové aktivity jsou podle ní vhodné v pásmu střední demence, z důvodu profitu určité pravidelnosti denního režimu pro tyto osoby. Navíc je u seniorů ve středním stádiu demence zachována vcelku uspokojivá komunikace a sebeobslužnost, díky čemuž se mohou podílet na různých aktivitách, a rovněž tak nedochází k nežádoucímu chování (mají určitý rytmus dne). S progresí nemoci dochází ke zhoršení celkového stavu psychického i somatického a klienti potřebují co nejvíce individualizovaný režim. Není nutná snaha o důsledné programování dne, jako u osob ve střední fázi demence, protože nedochází tak často ke stavům neklidu nebo jinému problémovému chování. Je však stále důležité nabízet těmto klientům pestré, ale jednoduché činnosti a vést je ještě k sebeobsluze.

Holmerová a kol. (2007, s. 140 - 141) popisuje, co je nutné vzít v úvahu při aktivizaci seniorů s demencí (konkrétně uvádí s Alzheimerovou chorobou):

1. Poruchu krátkodobé paměti – je nutné stále opakovat jednoduché pokyny, a to vždy jen jeden pokyn – ve chvíli, kdy je splněn, může přijít další.
2. Snížení psychomotorického tempa
3. Zhoršení prostorového vnímání a prostorové představivosti
4. Zhoršení kvality řeči (často až afázie)
5. Změny v emotivní složce – nejistota, úzkost, ale také apatie, pasivita a nechuť k novým činnostem
6. Možná apraxie a zhoršení jemné motoriky
7. Poruchy pravolevé orientace
8. Poruchy koncentrace
9. Málokdy zlepšení, jde spíše o udržení dosavadního stavu klienta, pokud možno co nejdéle
10. Zhoršení smyslového vnímání
11. Ochuzení fantazie, kreativity, větší obliba stereotypních, mechanických činností
12. Obavy z nového a neznámého.

Nyní bych ráda popsala vybrané aktivizační techniky:

Arterapie – podle Holmerové a kol. (2007) znamená v širším smyslu léčbu uměním, včetně poezie, prózy, tance a hudby, v užším pojetí pak léčbu výtvarným uměním. Používají se nejrůznější techniky – tradiční kreslení a malba, výroba ozdob, drobných dárečků, vyšívání, háčkování i pletení či malování na hedvábí, pletení košíků atp. Je nedílnou součástí ergoterapie (Haškovcová, 2012).

Ergoterapie – terapie podporující soběstačnost, tvůrčí schopnosti a dovednosti, především v oblasti jemné motoriky prostřednictvím smysluplného zaměstnávání osob. Podporuje maximální možnou participaci jedince v běžném životě s respektem jeho osobnosti a možností (Č. A. E.: Česká Asociace Ergoterapeutů [online]). Současně jsou zahrnuty prvky relaxace, oddechových aktivit, pohybových či společenských aktivit. „Činnost ergoterapie v zařízení pro seniory má být záměrně koncipována tak, aby se v ní prolínalo co nejvíce podnětů, metod a činností“ (Malíková, 2011, s. 126).

Muzikoterapie – napomáhá k duševnímu a posiluje sebevědomí klienta, protože texty písní, melodie či známá říkadla zůstávají ukotvené v dlouhodobé paměti a povědomí člověka nejdéle. Hudba má velmi příznivý vliv na člověka, ovlivňuje i vegetativní funkce (srdeční frekvence, tep, dýchání). Tato terapie může mít dvě formy; aktivní, kdy je senior sám zapojen (např. rytmické cviky, zpívání, hra na hudební nástroj) a pasivní – formou relaxace při poslechu hudby, napomáhá k uvolnění a vyvolání vzpomínek a emocí (Jindrová in Holmerová & kol., 2007).

Zooterapie – (také pet – terapie či animalterapie) je souhrnný název pro metodu, která využívá zvířata k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem a je považována za podpůrnou metodu psychoterapie. Může mít dvojí podobu – umístění zvířete v zařízení, je přítomno stále, dodává pocit klidu a potěšení, pečuje o něj personál nebo sami klienti (rybičky, morče, králík). Další možností jsou vybraná zvířata, která docházejí do zařízení se svými majiteli (nejčastěji psi – canisterapie a kočky – felinoterapie). Zvířata mohou pomoci rozvíjet klientovu motoriku (pohyb paží, prstů), podpořit mluvenou řeč a neverbální projevy (Haškovcová, 2012)

Terapeutické vaření nebo pečení – Holmerová a kol. (2007) uvádí, že se jedná o „vděčnou činnost“ u níž není třeba klienta složitě motivovat. Mohou u ní využít dávno naučené dovednosti, jde o kolektivní dílo a většinou se jedná o jednoduché stereotypní

činnosti, dobře zvládnutelné i pro klienty v pokročilém stádiu demence (míchání a hnětení těsta, strouhání jablek, louskání ořechů, vykrajování pomocí formiček apod). Tyto aktivity navozují pocit normality, pocit radosti z podařeného díla, navíc s určitou **senzorickou stimulací** (tj. stimulace jednotlivých lidských smyslů). Znamá a příjemná vůně (i chuť) může vyvolávat příjemné vzpomínky (Holmerová a kol., 2007).

Kinezioterapie (též psychomotorická terapie) – léčba pohybem, zaměřena na takové lokomoční programy, které podněcují aktivitu jedince, snižují úzkost, depresi a zvyšují sebeúctu klienta. Krom toho zlepšuje mentální funkce a má účinek na psychický stav. U klientů s demencí je potřeba vzít v úvahu některé zvláštnosti (dezintegrace, omezená schopnost vnímat pocit vyčerpání a bolesti pohybového aparátu, apraxie a z toho plynoucí zhoršení hrubé i jemné motoriky, rigiditu, problémy s prostorovým vnímáním atd.) a volit spíše dynamická cvičení (klienti cvičí nápodobou). Cvičební program by měl být snadno pochopitelný, adekvátně obtížný a přizpůsobený předpokladu úspěšného splnění. Například lze využívat cviky v sedě – protahování paží, krční páteře zvedání chodidel, cvičení s pomůckami – s tyčí, činkami, molitanovými míčky, cviky vestoje u opory atd. Vhodné kinezioterapeutické aktivity pro klienty s demencí jsou zejména procházky (Suchá in Holmerová & kol., 2007).

Taneční pohybová terapie – tanec je terapeutický pohyb, který působí na zlepšení emoční a kognitivní stránky člověka. Zlepšuje se celková síla, koordinace pohybu a rovnováha. Pro osoby s demencí je nejvhodnější formou koncipování taneční terapeutické hodiny v kruhu – klienti mají možnost se vzájemně pozorovat, napodobovat a zároveň se jedná o nejbezpečnější podobu této aktivity (Holmerová a kol., 2007)

Validace – je technika, jejíž pomocí pomáháme obnovovat pocity vlastní ceny, dodáváme sílu a podporujeme to, co je v člověku. Validovat znamená dávat hodnotu každému projevu člověka, potvrzovat, vzít na vědomí city druhého, respektovat ho v jeho původních společenských rolích, komunikovat s ním o jeho tématu, orientovat se v „jeho světě“ (Matoušek a kol., 2010). V pozdějších stádiích demence, lidé již nepotřebují být orientováni zpět do reality, ale potřebují vnímat. Vyjadřují své city pomocí pohybů, výrazu očí, a grimasami namísto slov a bez stimulace a vnímání dochází k pouhému přežívání a smrti. K validačním technikám v této fázi patří dotek, zrcadlení, hudba, jasný hlubší teplý hlas plný citu, upřímný pohled „z očí do očí“ a empatické naslouchání verbálnímu a neverbálnímu vyjadřování (Krahulcová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015).

Reminiscenční terapie – je komunikační aktivizační metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých předmětů a podnětů. U zdravých seniorů má preventivní význam, je vhodná pro klienty s lehkou a středně těžkou demencí, ale i pro ty, kde mnoho jiných terapeutických alternativ již není. Je prostředkem k psychické aktivizaci, smysluplným programem činnosti i cestou k optimální komunikaci. Není cvičením paměti, ale přesto je s pamětí pracováno a vyvolává emoce. Soustřeďuje mysl na starší vzpomínky (novější byly vytěsněny) a umožňuje seniorům, aby se ve vzpomínkách vrátili k dobám, kdy byli mladí, zdraví, šťastní a aktivní. Navrací klientům sebedůvěru a identitu osobnosti. Pečující má navíc unikátní příležitost pochopit nynější chování. Měla by být součástí dobré praxe každé instituce, neboť se jedná o metodu účinnou, levnou a lehce aplikovatelnou. Při terapii lze využít tyto pomůcky:

- Fotografie
- Předměty, které nějakým způsobem evokují dobu minulou (mlýnek na kávu, rám na vyšívání, staré pohádkové knihy, kalendáře apod.)
- Předměty posilující smyslové vjemy (čaje, bylinky, zvonky, rolničky, ochutnávání pečiva atd.)

Terapii lze provádět individuálně i skupinově. Individuální reminiscenční terapie je určena introvertním typům osob, kteří se spíše straní společnosti. Na druhé straně skupinová reminiscenční terapie více stimuluje, protože vzpomínky jedněch mohou vyvolat vzpomínky druhých (Krauhlová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015).

Kognitivní rehabilitace – je soubor cvičení napomáhající ke zlepšení jednotlivých úrovní kognitivních procesů (čítí, paměť, myšlení, řeč, fantazie, pozornost, soustředěnost). Jejím obsahem může být pravidelné čtení s pokusy o zopakování přečteného obsahu, cvičení všech druhů paměti (krátkodobá, dlouhodobá, sluchová, zraková), trénink matematických dovedností „kupecké počty“, řešení slovních úloh, psaní, učení se novým věcem (dovednosti, cizí jazyk, hádanky atp.) a udržování mezilidských kontaktů. Ve středním a pokročilém stádiu demence by měla probíhat spíše formou hry se zaměřením na dlouhodobě ukotvenou paměť (Krauhlová, HTF UK nepublikované přednášky, 2015).

Bazální stimulace – metoda, která je vhodná pro klienty v stádiu těžké demence i ve fázi terminální. Snaží se zlepšovat stav klientů cílenou stimulací smyslových orgánů (nejen prostřednictvím zrakové a sluchové stimulace, ale také vůní, chutí a hmatem). Umožňuje zlepšit komunikaci mezi postiženým a okolím. Tento ošetrovatelský koncept zahrnuje úzkou spolupráci s rodinnými příslušníky, kteří se podílí na péči o svého blízkého. Jejím cílem je

podpora vnímání vlastní identity klienta, celkové zlepšení všech funkcí organismu, umožňuje jedinci zprostředkovat vjemy ze svého těla (Rohanová in Holmerová & kol., 2007). Bazální stimulace je způsob, jak zjistit a uspokojit základní potřeby seniorů, kteří pro nemoc nedokáží tyto potřeby vyjádřit. Zahrnuje doteky, vlídnou komunikaci, a celkové vytváření příjemného prostředí (Haškovcová, 2012).

Orientace v realitě – tento terapeutický postup se snaží zlepšit celkovou orientaci klienta s demencí a zmírnit jeho zmatenost, zaměřuje se na to, aby chápal situaci. Pečovatel vysvětluje veškeré okolnosti, které jsou pro jeho orientaci důležité – informace o čase, místě, kde se nachází, co právě dělá a co bude následovat. Nic se nepovažuje za známé a samozřejmé. Součástí orientace realitou je správné oslovení seniora a vytvoření prostředí, které usnadní orientaci (jasné nápisy, popř. piktogramy, barevné značení prostor, nástěnka s aktuálním datem, s ročním obdobím atp.), (Holmerová a kol., 2007).

Každé pobytové zařízení by mělo respektovat i vyšší potřeby klientů, mezi něž patří **duchovní péče** a spiritualita. Zařízení může spolupracovat s duchovním v okolní farnosti, který jej navštěvuje, vykonává bohoslužby, navštěvuje klienty na pokojích a uděluje různé svátosti, podle individuálních požadavků a s respektem na náboženskou a duchovní orientaci klienta. Poskytování duchovní podpory nemusí zahrnovat jen nabídku církevních služeb, na duchovní péči se může podílet i sociální pracovník či psycholog, eventuálně jiné osoby (Malíková, 2011).

6. Šetření v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámek

Domov Vršovický zámek spadá pod příspěvkovou organizaci Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10 (dále jen CSOP), zřízenou městskou částí Praha 10. Po rozsáhlé rekonstrukci objektu Vršovického zámku v letech 2010 – 2013, působí Domov od 15. 4. 2014. Poskytuje tři služby – Domov pro seniory s kapacitou 23 klientů, nacházející se v prvním patře, Domov se zvláštním režimem celkem pro 46 klientů, v patře druhém a Odlehčovací služby, které jsou kapacitně dostupné pro 6 osob s vyhrazenými prostory ve třetím patře. V budově Vršovického zámku je kromě Domova, který má svůj vlastní vstup z boční strany, také obřadní síň městské části Praha 10 a multifunkční sál pro veřejnost s možností pronájmu.

DZR své poslání charakterizuje tímto způsobem: “Každého seniora bereme jako jedinečnou lidskou bytost, která má za sebou bohatou minulost, své zvyky a potřeby, které se pokoušíme co nejlépe uspokojovat. Školený personál přistupuje k našim uživatelům profesionálně, ale zároveň přátelsky a se snahou o poskytnutí co nejlepší možné péče” (CSOP Praha 10, Příspěvková organizace: DZR Vršovický zámek [online]. [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://goo.gl/6ymNGr>).

6.1 Cíl

Popsat a analyzovat aktivizační program péče pro klienty s demencí a roli sociálního pracovníka v institucionálním zařízení.

6.2 Metody

Pro své šetření jsem využila studium odborné literatury, studium odborné dokumentace, rozhovor a řízený rozhovor, pozorování, vlastní účast na aktivizacích, dokumentování. Použila jsem kvalitativní vyhodnocení získaných údajů.

6.3 Metodika

Do Domova jsem docházela v únoru 2016 v rámci praxe v sociálních zařízeních a v té době jsem avizovala vedoucí sociální péče, že bych ráda v pozdějších měsících uskutečnila své šetření právě v zařízení DZR Vršovický zámek a setkala jsem se s pozitivním příslibem. V průběhu února jsem měla možnost pozorovat aktivizační techniky, a také se do nich sama zapojovat, sledovat chod zařízení, jednotlivé vztahy a působení aktivizace na klienty.

Rozhovory probíhaly po telefonické domluvě s vedoucí Domova v první polovině června 2016. Rozhovor mi poskytla vedoucí celého domova spolu s vedoucí sociální péče, aktivizační pracovnice a sociální pracovnice. Informace o stavu demence mi byly sděleny

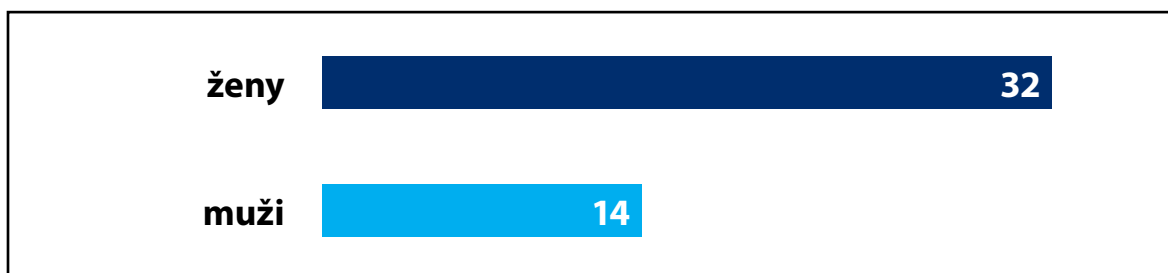
pouze odhadem, protože jsem neměla možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace, z důvodu argumentu, že nejsem zdravotník a Domov nemůže porušovat své zásady. Setkala jsem se také s odmítnutím spolupráce jedné z aktivizačních pracovníků, které jsem samozřejmě respektovala. Celkový přístup byl kladný a téměř všichni se mi snažili poskytnout dostatečné informace.

6.4 Úkoly

- Úkol č. 1 bylo zjistit, kolik klientů má DZR a jaké je zastoupení pohlaví.
- Úkol č. 2 bylo zjistit, v jakých věkových kategoriích jsou klienti.
- Úkol č. 3 bylo zjistit, jaké osoby se podílí na aktivizační péči a další péči o klienty v celém zařízení, kolik jich je a kolik z nich se věnuje klientům z DZR.
- Úkol č. 4 bylo zjistit, v jakém stupni demence se klienti nacházejí.
- Úkol č. 5 bylo zjistit, jaký je harmonogram dne v zařízení.
- Úkol č. 6 bylo zjistit, jaká je náplň práce sociální pracovníce.
- Úkol č. 7 bylo zjistit, kolik času se sociální pracovníce věnuje jednotlivým úkonům.
- Úkol č. 8 bylo zjistit, jestli mají všichni klienti rodinu, která by se podílela na péči a zdali je spolupráce s rodinou vždy bezproblémová.
- Úkol č. 9 bylo zjistit, jaký je zájem o DZR v porovnání s DS.
- Úkol č. 10 bylo zjistit, jaká je nabídka aktivizačního programu pro klienty s demencí.
- Úkol č. 11 bylo zjistit, kolik hodin týdně je věnováno jednotlivým aktivizacím.
- Úkol č. 12 bylo zjistit, jaká je průměrná účast klientů s demencí na programu aktivit.
- Úkol č. 13 bylo zjistit, jaké formy aktivizace jsou využívány pro klienty v těžkém stádiu demence.
- Úkol č. 14 bylo zjistit, jaké důvody pro aplikaci aktivizace a hierarchii přínosu považují aktivizační pracovníci za nejvíc důležité.
- Úkol č. 15 bylo zjistit, zda existuje spolupráce s jinými organizacemi/skupinami/osobami v rámci aktivizace a jak často probíhá.

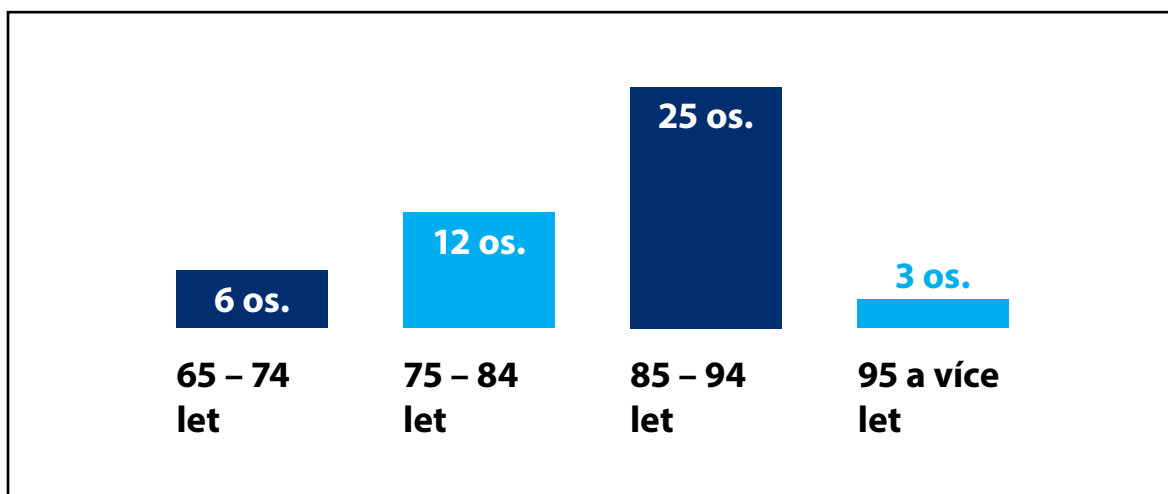
6.5 Data a interpretace

Otázka č. 1 (pro vedoucí domova) – Kolik klientů má DZR a jaké je zastoupení pohlaví?



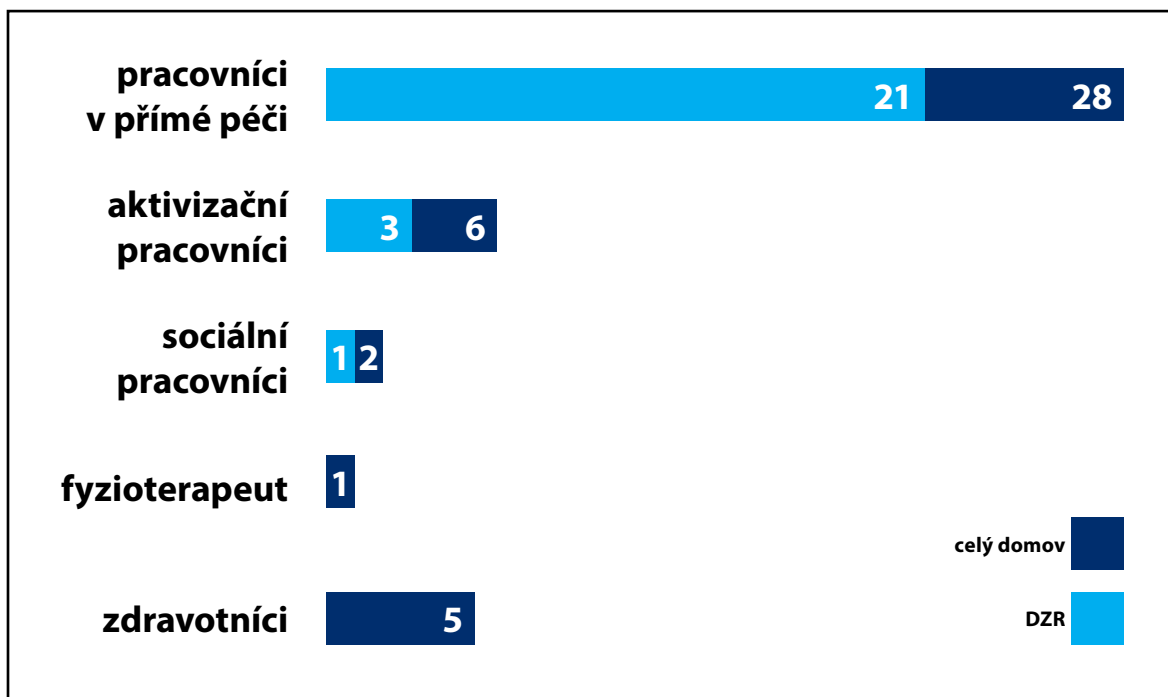
Ze 46 klientů je zde 32 žen a 14 mužů. Vzhledem k tomu, že v populaci seniorů převažují ženy, není překvapivé ani vyšší zastoupení žen v institucionálním zařízení.

Otázka č. 2 (pro vedoucí domova) – V jakých věkových kategoriích jsou klienti?



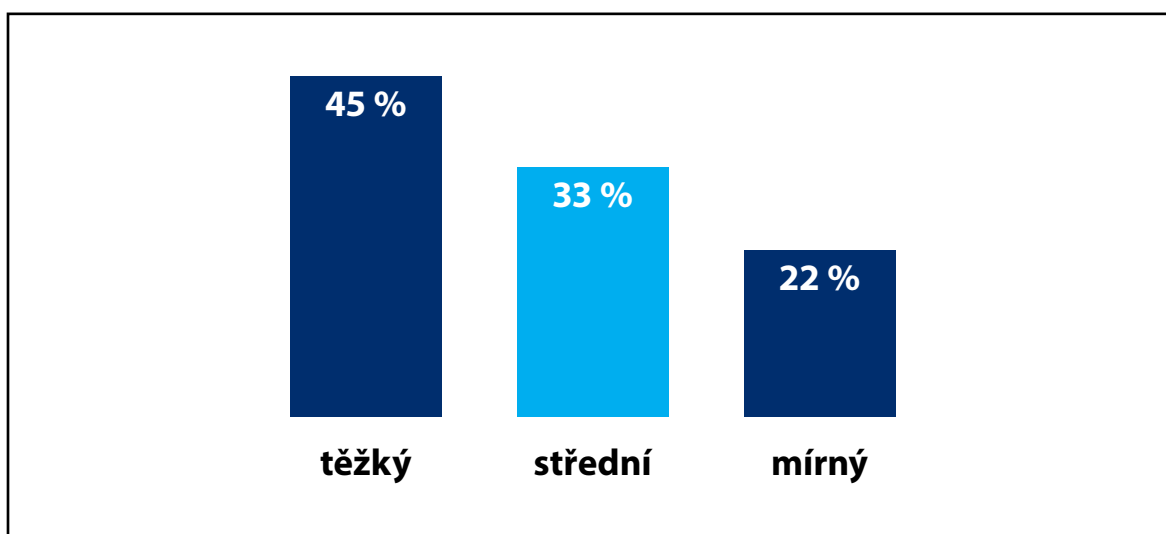
V domově převažují především starší klienti. Nejvíce se jich nachází ve věkovém rozmezí 85 – 94 let. Dozvěděla jsem se, že nejmladšímu klientovi je 67 let a naopak nejstaršímu 96 let. Nejsilněji jsou zastoupeny ročníky 1923, 1928 a 1932.

Otázka č. 3 (pro vedoucí domova) – Jaké osoby se podílí na aktivizační péči a další péči o klienty v celém zařízení, kolik jich je a kolik z nich se věnuje klientům z DZR?



Nejpočetnější skupinu pracovníků tvoří pracovníci v přímé péči, kteří jsou zároveň klíčovými pracovníky klientů (na jednoho pracovníka připadají 3 – 4 klienti). Zároveň provázejí klienta adaptačním procesem, sestavují individuální plán péče, spolupracují s aktivizačními pracovníky, zajišťují individuální aktivizaci, kterou jsem ale nezahrnovala do úkolu č. 11. Musí mít akreditovaný kurz Pracovníka v sociálních službách a střídají se v denních a nočních směnách. Střídání ve směnném provozu platí taktéž u zdravotníků, kteří pracují s klienty z celého Domova. Aktivizačních pracovníků je pro celý Domov 6, tři z nich působí hlavně v DZR, ale nutno podotknout, že i aktivizační pracovníci z DS berou na své aktivity klienty z DZR a to samé platí obráceně.

Otázka č. 4 (pro vedoucí domova) – V jakém stupni demence se klienti nacházejí?



Tyto údaje mi byly sděleny pouze odhadem od vedoucí Domova Vršovický zámeček a vedoucí sociální péče. Informace v této podobě mají též aktivizační pracovníci a pracovníci v přímé péči, kteří s klienty denně pracují (také nemohou nahlížet do zdravotnické dokumentace). V DZR je největší procento osob v těžkém stádiu demence (dozvěděla jsem se, že převažují lidé s Alzheimerovou chorobou).

Otázka č. 5 (pro vedoucí domova) – Jaký je harmonogram dne v zařízení?

Vstávání:	6:00 – 9:00 hod.
Základní ranní hygiena:	6:00 – 9:00 hod.
Výdej snídani:	7:30 – 9:30 hod.
Koupání či sprchování za pomoci pracovníků:	Kdykoli v průběhu dne dle potřeby a přání uživatelů
Aktivizační činnosti:	9:30 – 11:00 hod. – dle výběru a přání
Výdej oběda:	11:30 – 13:00 hod.
Polední hygiena:	12:00 – 13:00 hod.
Klidové aktivity: (odpočinek na lůžku, spánek)	12:30 – 14:00 hod.
Aktivizační činnosti:	14:00 – 15:30 hod.
Doprovod uživatelů při pobytu venku:	14:00 – 15:30 hod. – dle domluvy
Výdej večeře:	17:00 – 18:00 hod.
Večerní hygiena:	Po domluvě
Noční klid:	22:00 – 06:00 hod.

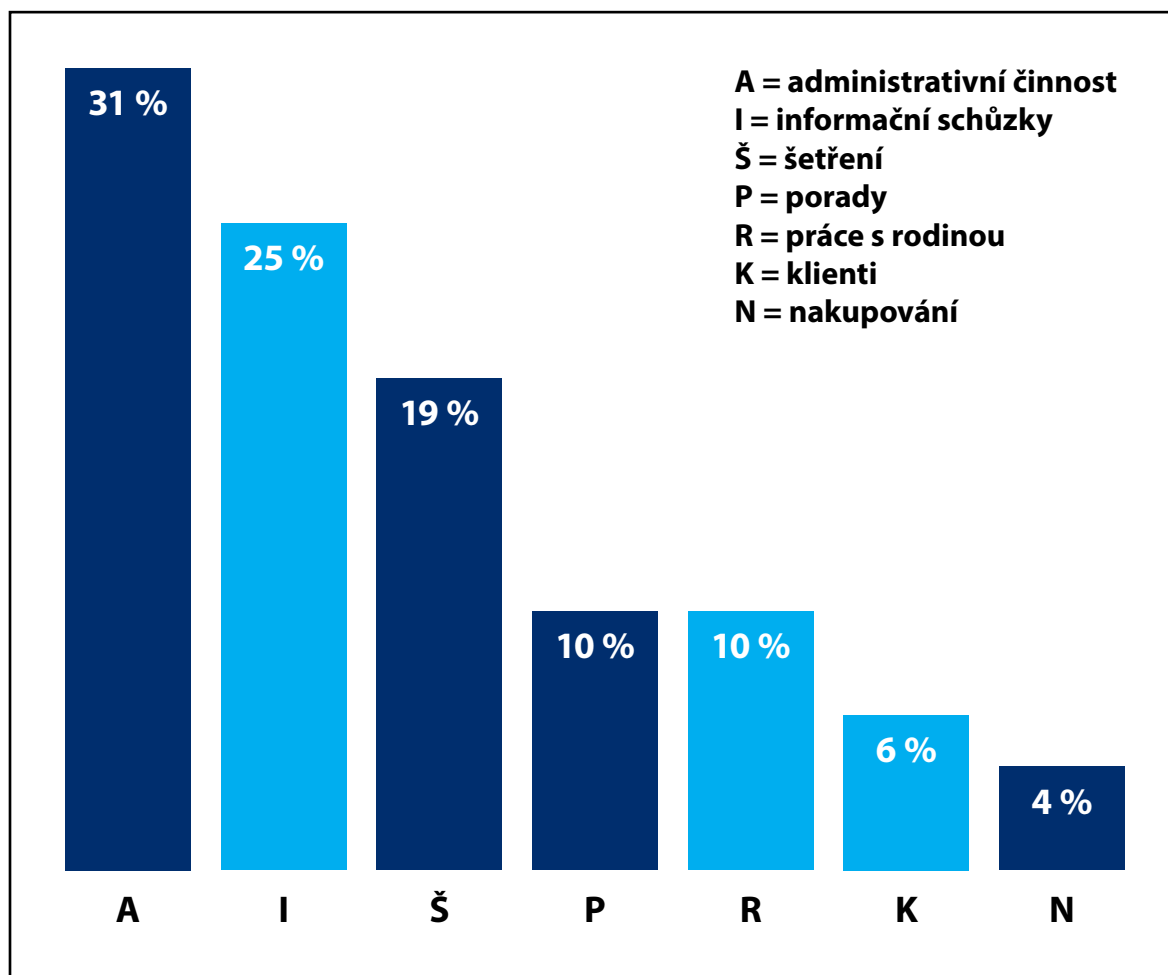
Takto vypadá základní orientační denní harmonogram, o němž si rozhodují sami klienti, kteří si se zaměstnanci domlouvají individuální poskytování služeb. Nedbá se na jeho absolutně striktní dodržování, ale drží osnovu dne.

Otázka č. 6 (pro sociální pracovníci) – Jaká je náplň Vaší práce?

Administrativní činnost	- přijímání a evidování žádostí - spolupráce s úřadem práce - práce s depozitními účty - důchodová agenda	- práce s interními standardy kvality - hlášení o hospitalizaci, úmrtí, ukončení pobytu - sepisování osobní analýzy potřeb
Porady	- ranní hlášení každý den - desetiminutové porady po obědě každý den - 1x týdně případová porada	
Informační schůzky		
Šetření		
Práce s rodinou		
Nakupování		
Návštěva klientů		

Na základě dialogu se sociální pracovníci jsme sestavily tyto body.

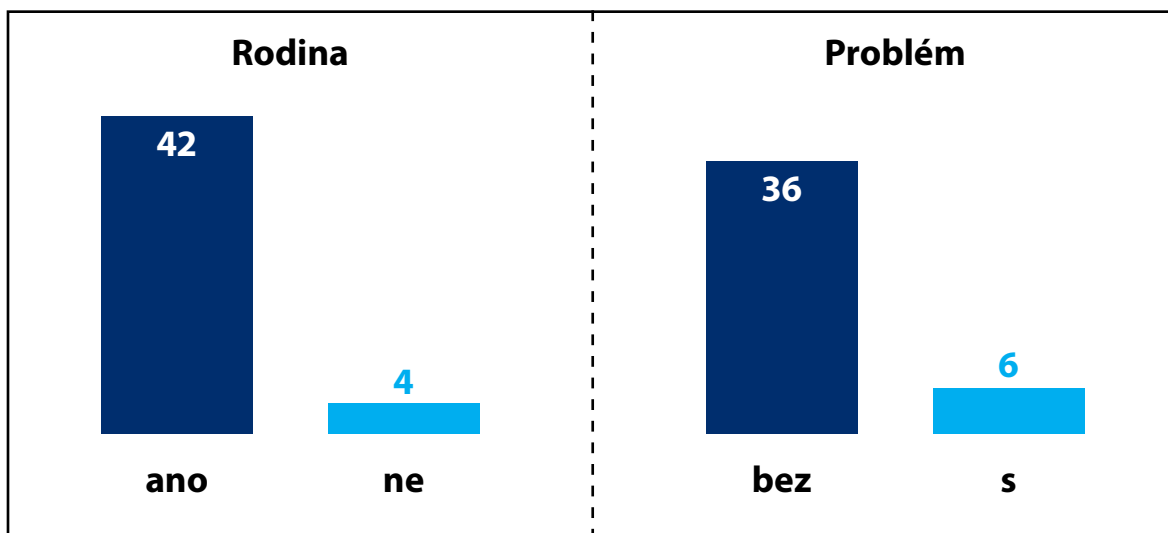
Otázka č. 7 (pro sociální pracovníci) – Kolik času věnujete jednotlivým úkonům?



Nebylo jednoduché strukturovat čas sociální pracovníce, protože nemá určené žádné týdenní plány (jako je to u aktivizačních pracovníků), podle jejích slov každý týden není stejný a činnost závisí také na aktuálním dění (např. při ranním hlášení se dozví o úmrtí klienta – následuje sepsání hlášení o úmrtí a další úkony s tím spojené, žadatel (resp. rodinný příslušník)

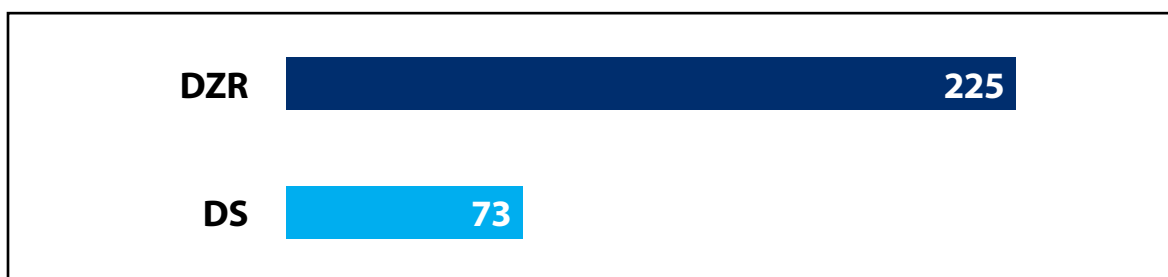
přijde osobně do zařízení pro informace apod.). Výsledek je takový, že nejvíce času stráví sociální pracovníce při administrativní činnosti. Na otázku, zdali je se svou prací spokojená, jsem dostala kladnou odpověď. Práce ji baví, ale přála by si trávit více času s klienty a „méně času s papíry“.

Otázka č. 8 (pro sociální pracovníci) – Mají všichni klienti rodinu, která by se podílela na péči a je spolupráce s rodinou vždy bezproblémová?



Ve většině případů mají všichni klienti rodinu, která se podílí na péči a s majoritním podílem rodin není ve spolupráci žádný problém. Rodina zajišťuje např. běžné nákupy (hygienické potřeby, potraviny) nebo vyřizují léky, pokud má klient svého lékaře mimo Domov.

Otázka č. 9 (pro sociální pracovníci) – Jaký je zájem o DZR v porovnání s DS?



Tento počet žádostí je aktuální k 31. 5. 2016. Viditelně vyšší zájem je o služby DZR. Ačkoliv tato ani jiná otázka nezahrnuje zjišťování práce s žádostí, přesto bych ji ráda popsala. Přijatá žádost se zaeviduje a do 3 měsíců následuje šetření. Tam sociální pracovníce zjistí tzv. skóre potřebnosti, tj. bodový systém kritérií pro hodnocení uživatele o pobyt v DZR. Pokud je skóre nižší než 39 bodů, žádost je vrácena. V případě, že je skóre vyšší než 39 bodů, žádost se zaeviduje pod určitým číslem. Podle potřeby se pak schází pracovní skupina sestavená z vedoucí

celého Domova, sociální pracovnice Domova, někdy je přítomna vedoucí sociální péče Domova a za zřizovatele z městské části se účastní sociální pracovnice spolu s vedoucí příslušného oddělení. Tato skupina vybere ze zaevidovaných žádostí 20 náhradníků a vybírají hlavně podle potřeby péče. To znamená, že pracovní skupina dá přednost někomu s vysokým skóre potřeby péče (je ve vážném stavu) a doba podání žádosti nehraje významnější roli.

Vyplyvá z toho fakt, že sociální pracovnice prošetřuje každou přijatou žádost do DZR. Také si dovolím osobní poznámku. Vybírání náhradníků (ač se nejedná o nic iracionálního) na mne působí jako dosažení toho, aby v Domově dlouho nezůstalo prázdné místo, tudíž jako byznys.

Otázka č. 10 (pro aktivizační pracovnice) – Jaká je nabídka aktivizačního programu pro klienty s demencí?

		aktivizační 1	aktivizační 2	aktivizační 3	aktivizační z DS*
Po	Dopo	kognitivní rhb	ergoterapie	kognitivní rhb	arteterapie
	Odpo	arteterapie	ergoterapie	kinezioterapie	kognitivní rhb
Út	Dopo	muzikoterapie	zooterapie	kinezioterapie	kinezioterapie
	Odpo	dámský klub	ergoterapie	dámský klub	arteterapie zooterapie
St	Dopo	muzikoterapie	ergoterapie	reminiscence	kognitivní rhb
	Odpo	arteterapie	ergoterapie	zooterapie	kognitivní rhb
Čt	Dopo	kinezioterapie	kinezioterapie	kinezioterapie	kognitivní rhb
	Odpo	arteterapie	ergoterapie	kinezioterapie	pánský klub
Pá	Dopo	arteterapie	zooterapie	kinezioterapie	duchovní péče
	Odpo	individuální terapie dle přání klientů	individuální terapie dle přání klientů	individuální terapie dle přání klientů	zooterapie

* Berou na své aktivity klienty z DZR

Tato tabulka byla sestavena za pomoci údajů od aktivizačních pracovnic a zároveň z jejich týdenních programů (plánů). Nabídka aktivizačního programu je bohatá.

Arteterapie zahrnuje malbu, výrobu dekorací ze sádry či práci s papírem. Při ergoterapii klienti např. pletou košíky, přišívají látky k sobě (za dopomoci), vyrábějí dekorace (práce je soustředěna na procvičení jemné motoriky) dále je součástí ergoterapie promazávání a protahování rukou. Kinezioterapie je v Domově cvičení na židlích, na lůžku nebo s míčem, procházky, klienti si také oblíbili pravidelné hraní kuželek. Kognitivní rehabilitace zahrnuje promítání filmů a dokumentů, čtení, společenské hry, trénink paměti – kvízy, společné luštění křížovek apod. Při muzikoterapii se zpívají převážně lidové písničky a při zooterapii se klienti setkávají s morčetem, králíkem či psem. Dámský klub je posezení žen u kávy, kdy se vedou rozhovory a lakují se nehty, pánové v pánském klubu probírají aktuální dění ze světa, či rozjímají nad šachovou partií.

Otázka č. 11 (pro aktivizační pracovníce) – Kolik hodin týdně je věnováno jednotlivým aktivizacím?

kinezioterapie	10,5 h
ergoterapie	9 h
kognitivní rehabilitace	9 h
arteterapie	7,5 h
zooterapie	7,5 h
individuální terapie dle přání klientů	4,5 h
muzikoterapie	3 h
reminiscence	1,5 h
duchovní péče	1,5 h
dámský klub	1,5 h
pánský klub	1,5 h

Hodiny v tabulce jsou odvozeny z nabídky aktivizačního programu (otázka č. 10) – dopolední program aktivit trvá 90 minut a odpolední rovněž 90 minut. Nejvíce času je věnováno kinezioterapii. Reminiscence jako taková probíhá 1x týdně, ale zároveň může být prováděna v rámci „individuální terapie dle přání klientů“.

Otázka č. 12 (pro aktivizační pracovníce) – Jaká je průměrná účast klientů s demencí na programu aktivit?

		aktivizační 1	aktivizační 2	aktivizační 3	aktivizační z DS*	účast ano/ne
Po	Dopo	kognitivní rhb 10	ergoterapie 6	kognitivní rhb 5	arteterapie 2	23/23
	Odpo	arteterapie 4	ergoterapie 4	kinezioterapie 8	kognitivní rhb 2	18/28
Út	Dopo	muzikoterapie 11	zooterapie 8	kinezioterapie 10	kinezioterapie 5	34/12
	Odpo	dámský klub 6	ergoterapie 2	dámský klub 6	arteterapie zooterapie 4	15/31
St	Dopo	muzikoterapie 19	ergoterapie 10	reminiscence 2	kognitivní rhb 4	35/11
	Odpo	arteterapie 6	ergoterapie 8	zooterapie 4	kognitivní rhb 4	22/34
Čt	Dopo	kinezioterapie 16	kinezioterapie 16	kinezioterapie 8	kognitivní rhb 4	28/18
	Odpo	arteterapie 5	ergoterapie 7	kinezioterapie 8	pánský klub 2	22/24
Pá	Dopo	arteterapie 6	zooterapie 4	kinezioterapie 8	duchovní péče 6	24/22
	Odpo	individuální terapie dle přání klientů 4	individuální terapie dle přání klientů 4	individuální terapie dle přání klientů 4	zooterapie 4	16/30

* Berou na své aktivity klienty z DZR

Účast „ano“ znamená kolik klientů z DZR je přítomno na skupinové aktivizaci celkem. Klienti, kteří se nezúčastňují společného programu aktivit, mají v té době např. hygienu, spí, relaxují na pokoji nebo jsou usazeni v křeslech v jídelně DZR, kde je přítomna pracovníce v přímé péči. Aktivity jsou dobrovolné a klienti do nich nejsou nuceni.

Čísla u jednotlivých terapií v tabulce znázorňují zúčastněný počet osob (jsou průměrem docházky na aktivity za 1 měsíc). Získala jsem je díky rozhovoru, a také z tzv. „Knihy zápisů“.

Otázka č. 13 (pro aktivizační pracovníce) – Jaké formy aktivizace jsou využívány pro klienty v těžkém stádiu demence?

Těžký stupeň demence
- pasivní zapojování do aktivit (muzikoterapie, kinezioterapie, ergoterapie)
- pasivní cvičení (promazávání, procvičování kloubů, polohování)
- využití terapeutických panenek, rozhovory

Pracovníci se snaží zapojovat i klienty, kteří už nekomunikují, leží a nejsou schopni žádné aktivní činnosti. Dle jejich mínění klienti vnímají a občas na něco zareagují.

Otázka č. 14 (pro aktivizační pracovníce) – Jaké důvody pro aplikaci aktivizace považujete za nejvíc důležité? Hierarchizujte jejich přínos.

Udělte body podle důležitosti							CELKEM
Body udělte podle následujícího klíče: 2x3 body, 2x2 body, 2x1 bod (3 body = nevyšší důležitost, 1 bod = nejnižší důležitost)							
vyplnění volného času	1	3	1	3	1	2	11
sociální začlenění	3	3	3	2	2	3	16
navozování pocitu vlastní hodnoty	3	2	2	1	2	2	12
zlepšení koordinace pohybu	2	1	3	2	3	1	12
zlepšení kognitivních funkcí	2	1	2	3	3	3	14
navozování pocitu výkonnosti	1	2	1	1	1	1	7

Tento „malý dotazník“ jsem připravila pro všechny aktivizační pracovníky (6). Vzhledem k tomu, že se jedna z aktivizačních pracovníček nechtěla účastnit, požádala jsem místo ní fyzioterapeutku, která s klienty cvičí a též je pohybem aktivizuje. Zprvu vnímalo mých šest respondentů předložený úkol jako obtížný, protože vše jmenované považovali za nejdůležitější, nakonec se pokusili hierarchizovat jednotlivé body.



Nejdůležitější přínos aktivit vidí pracovníci v sociálním začlenění, „nejméně“ pak navozování pocitu výkonnosti.

Otázka č. 15 (pro aktivizační pracovnice) – Existuje spolupráce s jinými organizacemi/skupinami/osobami v rámci aktivizace a jak často probíhá?

Kulturní akce	1x za měsíc
Slavení narozenin	1x za měsíc
Taneční mistr Valeta – taneční hodiny	1x za měsíc
Návštěva dětí z MŠ v rámci programu “Mezi námi”	1x za 3 měsíce
Vzájemné návštěvy s dalšími domovy pod CSOP	1x za 3 měsíce

Dle mého názoru velmi bohatý program aktivit je doplňován a zpestřován dalšími smysluplnými aktivitami. Program kulturních akcí uvádím v příloze č. 7.

6.6 Závěr šetření

DZR Vršovický zámeček poskytuje pravidelnou pomoc a zázemí 46 osobám, které v důsledku Alzheimerovy choroby a ostatních typů demence, nejsou schopny soběstačného a samostatného bytí.

Více klientek je ženského pohlaví (69,5 %) a mužů je méně (30,5 %). Převažují klienti ve věkové skupině 85 – 94 let a druhou nejpočetnější skupinu tvoří osoby ve věkovém rozmezí 75 – 84 let. Nejstarší klient se narodil v roce 1920 (96 let), nejmladší je ročník 1949 (67 let). Nejvíce osob se nachází v těžkém stádiu demence. V DZR působí 21 pracovníků přímé péče, 3 aktivizační pracovnice, 1 fyzioterapeutka, která je k dispozici pro všechny klienty domova (DS, DZR, Odlehčovací služby), stejně jako zdravotníci, kterých je pro celé zařízení celkem 5 (střídají se ve směnném provozu). Denní rozvrh v Domově má určitý řád, ovšem o harmonogramu si rozhodují sami klienti po individuální domluvě s pečující osobou. Jde tedy o orientační plán dne.

Sociální pracovnice je garantem nově příchozích klientů a fungování administrativní složky. Není zapojena do přímé péče s klienty, navštěvuje je a alespoň jednou za měsíc s nimi tráví celé své odpoledne, díky předem plánované kulturní akci domova. Spolupráce s rodinou, kterou má zaokrouhleně 91% klientů, je ve většině případů bezproblémová. Zájem, v podobě počtu evidovaných žádostí, o službu DZR je 3 krát vyšší než počet žádostí na DS.

Aktivizační program je velmi pestrý, obohacovaný o návštěvy předškolních dětí, tanečního mistra či společné kulturní akce a hromadné slavení narozenin všech klientů narozených v určitém měsíci. Klienti jsou začleňováni bez ohledu jejich omezení, péče se dostává i těm, kteří již bohužel nejsou schopni komunikovat a aktivně žít. Nejdůležitější přínos aktivit vidí pracovníci v oblasti sociálního začleňování.

Myslím si, že jsou klienti v Domově převážně spokojeni a že je o klienty pečováno se snahou zachování co nejvyšší kvality jejich života. Zároveň se domnívám, že by takto měla vypadat péče v každém podobném institucionálním zařízení.

Závěr

Na přibývajícím počtu seniorské populace a osob s demencí je nezbytné reagovat. Bude nutné řešit zvýšené nároky na systém sociálního zabezpečení, především pak na důchodové pojištění, které by mělo být dlouhodobě finančně udržitelné a schopné v budoucnu poskytovat přislíbené dávky. Důraz by měl být kladen na vzdělávání pečujících osob a to jak v rodině, tak i ve všech institucích. Je žádoucí, aby všechny regiony v ČR měly dostupné zdravotní a sociální služby, a proto je potřeba prohlubovat spolupráci krajských a místních samospráv spolu se seniorskými organizacemi. Velký význam bude mít poskytování zdravotnické a sociální péče pro osoby se syndromem demence.

Osm prioritních okruhů národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017, které popisují v první kapitole, osobně považuji za dobré návrhy a řešení v problematice přibývání starší populace. Zároveň si myslím, že se v České republice dostává klientům s demencí uspokojivé péče, nicméně vždy se lze posouvat směrem kupředu.

Cílem této práce bylo popsat a analyzovat aktivizační program péče pro klienty s demencí a roli sociálního pracovníka v institucionálním zařízení, o němž si myslím, že byl naplněn. Má bakalářská práce mi dala možnost hlubšího vhledu do dané problematiky a zorientovat se v odborné terminologii.

Seznam použité literatury

Tištěná literatura

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GLENNER, Joy A. a kol. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2, podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Aktuální vydání 05/2004, Praha: Pfizer, 2004.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence: neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8.

KRAHULCOVÁ. HTF UK: *Nepublikované přednášky*, 2015.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

Elektronické zdroje – odborné časopisy

HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ. *Medicína pro praxi. Demence a deprese ve vyšším věku* [online], Olomouc: Solen, s. r. o., 2009, č. 2, s. 111. ISSN 1803-5310. [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>

DUŠKOVÁ. ČSÚ: Statistika & My. *Hospice jsou už ve 12 krajích* [online], 01/2016 [cit. 2016-06-22]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/01/hospice-jsou-uz-ve-12-krajich/>

KAČEROVÁ. ČSÚ: Statistika & My. *Žijeme déle a zdravěji?* [online], 05/2013 [cit. 2016-06-22]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/zijeme-dele-a-zdraveji/>

KOŠŤÁKOVÁ. ČSÚ: Statistika & My. *Naděje dožití a průměrný věk* [online], 03/2015 [cit. 2016-06-22]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-doziti-a-prumerny-vek/>

ŘEZNÍČKOVÁ. ČSÚ: Statistika & My. *Evropští seniori se stát od státu liší* [online], 01/2016 [cit. 2016-06-17]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/01/evropsti-seniori-se-stat-od-statu-lisi/>

ŠTYGLEROVÁ. ČSÚ: Statistika & My. *Stárnutí se nevyhneme* [online], 09/2013 [cit. 2016-06-21]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/05/starnuti-se-nevyhneme/>

Elektronické zdroje – publikace, zprávy

ČSÚ: Vývoj obyvatelstva ČR. 6. *Úmrtnost* [online], 2014 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2014>

ČSÚ: Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech – 2005 až 2014, *tabulky podle věku 65 – 95 +* [online], 2015 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2005-2014>

ODDĚLENÍ PRACOVNÍCH SIL, MIGRACE A ROVNÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ. ČSÚ: *Seniori v ČR* [online], 2014 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

MÁTĽ, MÁTLOVÁ. ČALS: *Zpráva o stavu demence 2015. Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* [online], Praha: 2015 [cit. 2016-06-22]. ISBN 978-80-86541-45-7. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/zprava-o-stavu-demence-2015/>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍ VĚCÍ ČR. MPSV: *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online], 2014 [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. MPSV: *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online], s. 8, [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. MZ: *Věstník č.12/2004, Metodické opatření č. 13 – Koncepce domácí péče* [online], 2004 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html

NECHANSKÁ. ÚZIS ČR: Aktuální informace č. 57. *Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008 – 2012* [online], 2013 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-lecene-pro-demence-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2008-2012>

Elektronické zdroje – ostatní

CSOP Praha 10, Příspěvková organizace: DZR Vršovický zámeček [online]. [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://goo.gl/6ymNGr>

Č. A. E., Česká Asociace Ergoterapeutů [online], [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

JONES. Domov pro seniory Elišky Purkyňové: Průvodce sociálními službami pro seniory [online], 2010 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/odlehcovacisluzba.html>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV [online], [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/24451>

ÚZIS ČR: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ICD-10 ONLINE) – Czech [online]. [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Summary

The population ageing and the growing number of persons suffering dementia is current issue for the Czech Republic as well as for the majority of European countries.

This thesis is divided into six main chapters. The number of seniors in the Czech Republic and other demographic indicators (mortality, average lifetime etc.), the prediction of the persons with dementia and the preparation plan for ageing in the Czech Republic are specified in the first chapter. The second chapter deals with dementia, describes its ethology, classifies the stages of the disease and also states who is involved in the diagnostics. The third and the fourth chapters are aimed at social work, social services, dementia client's care and effective communication. The selected activation techniques are described in the fifth chapter. Subsequently the examination methods, selected tasks and their fulfilment and graphic data elaboration are included in the final chapter.

Přílohy

Příloha č. 1 – Sociální služby pro seniory

Příloha č. 2 – Klasifikace demencí – Schéma MKN – 10

Příloha č. 3 – Klasifikace demencí – Schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (IV. revize, DSM IV.)

Příloha č. 4 – Klasifikace demencí – Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases)

Příloha č. 5 – Přehled významných klinických příznaků syndromu demence v rámci konceptu ABC

Příloha č. 6 – Hachinského skóre a jeho modifikace

Příloha č. 7 – Plán kulturních akcí Domova Vršovický zámek

Příloha č. 8 – Fotografie pořízené v Domově Vršovický zámek

Příloha č. 1 – Sociální služby pro seniory

Základní druhy sociálních služeb

Sociální poradenství	<ul style="list-style-type: none">- Základní sociální poradenství – informace- Odborné sociální poradenství – poradny pro seniory, půjčování kompenzačních pomůcek
Sociální péče	<ul style="list-style-type: none">- Osobní asistence- Pečovatelská služba- Průvodcovské a předčitatelské služby- Podpora samostatného bydlení- Odlehčovací služby- Centra denních služeb- Denní stacionáře- Týdenní stacionáře- Domovy pro osoby se zdravotním postižením- Domovy pro seniory- Domovy se zvláštním režimem- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
Sociální prevence	<ul style="list-style-type: none">- Služby následné péče- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením- Sociální rehabilitace

Dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb.

Příloha č. 2 – Klasifikace demencí – Schéma MKN – 10

Klasifikace demencí dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)

1. Demence u Alzheimerovy nemoci

- a) Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- b) Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- c) Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- d) Demence u Alzheimerovy nemoci NS

2. Vaskulární demence

- a) Vaskulární demence s akutním začátkem
- b) Multiinfarktová demence
- c) Subkortikální vaskulární demence
- d) Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- e) Jiné vaskulární demence
- f) Vaskulární demence NS

3. Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- a) Demence u Pickovy choroby
- b) Demence u Creutzfeldt–Jakobovy nemoci
- c) Demence u Huntingtonovy nemoci
- d) Demence u Parkinsonovy nemoci
- e) Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV]
- f) Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

4. Neurčená demence

- a) presenilní
- b) senilní

(KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8, s. 27, 28)

Příloha č. 3 – Klasifikace demencí – Schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (IV. revize, DSM IV.)

1. Demence Alzheimerova typu

- a) s časným začátkem,
- b) s pozdním začátkem,
- c) s deliriem,
- d) s bludy,
- e) s depresivní náladou,
- f) nekomplikovaná.

2. Vaskulární demence

- a) s deliriem,
- b) s bludy,
- c) s depresivní náladou,
- d) nekomplikovaná.

3. Demence při onemocnění HIV,

4. Demence v důsledku poranění hlavy,

5. Demence při Parkinsonově nemoci,

6. Demence při Huntingtonově nemoci,

7. Demence při Pickově nemoci,

8. Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci,

9. Demence při jiných obecně medicínských poruchách,

10. Perzistující demence v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.),

11. Demence s mnohočetnou etyologií,

12. Demence jinak neurčená.

(KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8, s. 28)

Příloha č. 4 – Klasifikace demencí – Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases)

1. Primární degenerativní demence

- a) Frontotemporální převaha
 - Pickova nemoc
 - Non-Alzheimerova degenerace frontálního laloku
 - Amyotrofická laterální skleróza s demencí
 - Atypická Alzheimerova nemoc
 - Vzácnější familiární typy
- b) Parietotemporální převaha
 - Ranná forma Alzheimerovi nemoci
 - Pozdní forma Alzheimerovi nemoci
 - Downův syndrom s demencí Alzheimerova typu
 - Posttraumatická demence Alzheimerova typu
- c) Subkortikální převaha
 - Huntingtonova nemoc
 - Progresivní supranukleární obrna
 - Shyův-Dragerův syndrom
 - Mnohotná systémová atrofie s demencí
 - Progresivní subkortikální glióza
 - Hallervordenova-Spatzova nemoc
- d) Ostatní
 - Parkinsonova nemoc s demencí

2. Vaskulární demence

- a) Multiinfarktová demence
- b) Strategicky umístěné infarkty
- c) Subkortikální demence při postižení tepének: Biswangerova nemoc
- d) Status lacunaris
- e) Ischemicko-hopoxycká demence
- f) Jiná onemocnění v asociaci s vaskulární demencí
- g) Smíšená demence (vaskulární + Alzheimerova nemoc)

3. Sekundární demence

- a) Normotenzní hydrocefalus
- b) Metabolické poruchy (poruchy výživy)
- c) Intoxikace
- d) Infekce
 - Creutzfeldtova-Jakobova nemoc
 - Borelióza
 - Neurosifilis
 - AIDS
 - Jiné infekce
- e) Nádory mozku
- f) Úrazy
- g) Jiné sekundární demence

4. Ostatní

Kombinace rozlišných onemocnění způsobujících demenci.

(KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8, s. 29, 30)

Příloha č. 5 – Přehled významných klinických příznaků syndromu demence v rámci konceptu ABC

A Aktivity denního života (omezení)	B Behaviorální poruchy	C Kognitivní poruchy
<ul style="list-style-type: none"> - sebeobsluha - obsluha domácích spotřebičů - kontinence - mobilita - domácí práce - původní záliby - zaměstnání - řízení auta - telefonování - zvládání finančních záležitostí - užívání léků 	<ul style="list-style-type: none"> - emoční labilita - podrážděnost - úzkost - deprese - apatie - zmatenost - neklid - agitovanost - afresivita (verbální i brachiální) - bloudění - dezorientace - narušení spánku - pokles motivace - sociální stažení - obhroublost při společenském vystupování - nepřiléhavý hovor - vykřikování - opakování otázek - psychotické symptomy (bludy, halucinace) - sexuální desinhibice - shromažďování zbytečných věcí 	<ul style="list-style-type: none"> - mírná porucha orientace (datum) - porucha výbavnosti - porucha řeči - zhoršený náhled - dezorientace časem a místem - těžká porucha staropaměti i novopaměti - úpadek úsudku a myšlení

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

Příloha č. 6 – Hachinského skóre a jeho modifikace

	Hachinski	Rosen	Loeb	Fischer
1 Náhlý začátek	2	2	2	2
2 Stupňovité zhoršování	1	2	-	1
3 Kolísavý průběh	2	-	-	2
4 Noční zmatenost	1	-	-	1
5 Zachovaná osobnost	1	-	-	1
6 Deprese	1	-	-	1
7 Somatické obtíže	1	1	-	1
8 Emoční inkontinence	1	1	-	1
9 Hypertenze	1	-	-	1
10 Ikty v anamnéze	2	2	1	2
11 Doprovodná arterioskleróza	1	0	-	1
12 Fokální neurologické příznaky subjektivně	2	2	2	2
13 Fokální neurologické příznaky objektivně	2	2	2	-
Hypodenzní oblast v obrazu CT	-	-	2	-
Mnohočetná ložiska v obrazu CT	-	-	-	3
Jisté infarkty v obrazu CT	-	-	-	2
Maximální počet bodů	18	12	12	18

(KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8, s. 14)

Příloha č. 7 – Plán kulturních akcí Domova Vršovický zámeček

Leden

Pyžamová párty

Únor

Maškarní rej

Březen

Klobouková párty

Duben

Čarodějnice

Květen

Májová veselice

Červen

Květinová párty

Červenec

Havaj párty

Srpen

Indiánské léto

Září

Vinobraní

Říjen

Ples 30. léta

Listopad

Posvícenská zábava

Prosinec

Mikulášská zábava

(nástěnka DZR Vršovický zámeček)

Příloha č. 8 – Fotografie pořízené v Domově Vršovický zámeček



Budova Domova Vršovický zámeček.

(foto: D. Hrbková)



Společná jídelna Domova.

(foto: D. Hrbková)



Místo konání bohoslužeb - kaplička.

(foto: D. Hrbková)



Ateliér pro ruční tvorbu.

(foto: D. Hrbková)



Orientace v realitě.

(foto: D. Hrbková)



Ukázka výrobků ze sádry.

(foto: D. Hrbková)