

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Jitka Hajšmanová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

DENNÍ A TÝDENNÍ STACIONÁŘ PRO SENIORY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Plzeň 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce a poskytování rad. Děkuji i celé své rodině za podporu po celou dobu studia.

OBSAH

Teoretická část

ÚVOD	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.2 Přirozené stárnutí a stáří	14
1.2.1 Biologické stárnutí	14
1.2.2 Psychické stárnutí	16
1.3 Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky.....	18
1.4 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie	19
1.5 Prevence v geriatrii.....	20
2 NEMOCI VE STÁŘÍ	21
2.1 Psychosomatická a sociální podmíněnost vzniku chorob.....	21
2.2 Zvláštnosti chorobných stavů a nemocí ve vyšším věku.....	22
3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ VE STÁŘÍ	24
3.1 Demence	25
3.1.1 Rozdělení demencí.....	30
3.1.2 Alzheimerova choroba	31
3.1.3 Průběh Alzheimerovy choroby.....	32
3.1.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby.....	34
3.1.5 Terapie Alzheimerovy choroby.....	35
4 SOUHRNNÁ CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	38
4.1 Zdravotní péče o seniory.....	38
4.1.1 Členění zdravotní péče	39
4.2 Systém sociální pomoci.....	41
4.2.1 Sociální služby a jejich členění	41
4.3 Význam rodiny a domácího prostředí pro seniory, pomoc rodinám.....	44
5 DENNÍ A TÝDENNÍ STACIONÁŘ PRO SENIORY S PORUCHAMI PAMĚTI A DEMENCEMI V PLZNI	50
5.1 Vymezení pojmu denní a týdenní stacionář.....	51
5.2 Význam stacionární péče.....	53

5.2.1 Péče zaměřená na potřeby klientů ve stacionářích	54
5.2.2 Proces individuálního plánování s klienty stacionářů	56
5.3 Denní režim ve stacionářích	59

Praktická část

6 VÝZKUMNÉ TÉMA	65
6.1 Hypotézy	65
7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	66
8 VZOREK RESPONDENTŮ	67
9 METODY VÝZKUMU	68
10 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	69
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	70
11.1 Identifikační údaje	70
11.2 Ostatní statistické údaje	75
12 DISKUSE	117
ZÁVĚR	129

LITERATURA A PRAMENY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

Anotace

Příjmení a jméno: Hajšmanová Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Denní a týdenní stacionář pro seniory

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 120

nečíslované 30

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova:

Stárnutí, demografie, gerontologie, zdraví, nemoc, prevence, rodina, kognitivní poruchy, demence, Alzheimerova choroba, zdravotní péče, sociální péče, domácí péče, pečovatelská služba, stacionární péče, zákon o sociálních službách, soběstačnost, potřeby, ošetrovatelská péče, individuální plán, klíčový pracovník, aktivity

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou stárnutí a stáří se všemi jeho důsledky pro člověka. Vysvětluje rozdíl mezi fyziologickým a patologickým stářím, poukazuje na problematiku duševních onemocnění včetně demencí, se zaměřením na demenci zejména při Alzheimerově chorobě. Práce zmiňuje důležitost provázanosti zdravotní a sociální péče o seniory, významnou úlohu péče rodiny, upozorňuje na význam stacionární péče se zaměřením na seniory s poruchami kognitivních funkcí a demencí.

Zvolila jsem práci formou výzkumu, jejímž úkolem je zjistit, jaké je povědomí laické veřejnosti a zdravotníků o existenci a funkcích denních a týdenních stacionářů v Plzni pro seniory s výše uvedenými poruchami. Na základě jeho vyhodnocení vytvořit informační leták a informace s doporučením směřovat k veřejnosti.

Annotation

Surname and name: Hajšmanová Jitka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Day and weekly day care centres for elderly

Consultant: Bc. Vladimíra Fremrová

Number of pages: 120

Number of appendices: 30

Number of literature items used: 44

Key words:

Aging, demography, gerontology, health, disease, prevention, family, cognitive disorders, dementia, Alzheimer disease, health care, social care, home care, home care services, day care, the law on social services, self-sufficiency, needs, nursing care, individual plan, main worker, activities

This thesis deals with the issue of ageing and old age with all its consequences for human persons. It explains the difference between physiological and pathological aging, highlights the issue of mental illness including dementia, with a focus on dementia especially in Alzheimer's disease. It mentions the importance of the interdependence of health and social care for the elderly, of the role of family care, it highlights the importance of daycare centers, it focuses on the elderly with impaired cognitive function and dementia.

In my dissertation have chosen to research the level of public awareness and the level of awareness of the existence and functions of the daily and weekly day care centres in Pilsen and to compare it with awareness among people working in medical professions. Having evaluated all these facts. I intend to create an information leaflet with a recommendation to the general public.

ÚVOD

Během své praxe všeobecné sestry domácí péče v Městském ústavu sociálních služeb a v Městské charitě Plzeň jsem se řadu let setkávala s problematikou stárnutí populace, stáří a z toho vyplývajícím výskytem chorob, kterými právě stárnoucí populace trpí. S tím vším souvisí otázky zdravotní a sociální politiky, sociálního zabezpečení i sociální péče.

Vykonávala jsem v domácím prostředí ošetrovatelskou péči převážně u seniorů, kteří byli většinou fyzicky nebo duševně handicapovaní. Někteří byli soběstační, ale většina jich potřebovala další péči ze strany rodinných příslušníků. Jinou skupinou ošetřovaných pacientů byli ti, kterým byla poskytována mimo ošetrovatelské péče sester i pečovatelská služba a to proto, že žili osaměle, byli částečně nebo úplně imobilní nebo z různých důvodů nemohla rodina péči poskytnout. Tito pacienti žili trvale v domácím prostředí s tím, že jim opakovaně denně byla poskytována ošetrovatelská i pečovatelská služba. Svým fyzickým i psychickým stavem byli doma schopni samostatného života, i když v problematice kvalitě. U některých pacientů s poruchami kognitivních funkcí bylo možné jejich problémy řešit kombinací ošetrovatelské, pečovatelské a stacionární služby.

Jako terénní sestra v Městské charitě Plzeň jsem vykonávala ošetrovatelskou péči i u seniorů přímo ve stacionáři. Poznala jsem chod tohoto zařízení, jehož klienty byli převážně senioři s poruchami paměti a demencemi. Seznámila jsem se s životem a denním rytmem ve stacionáři, který se podobá běžnému dennímu životu. Měla jsem možnost často hovořit s rodinnými příslušníky na téma jimi poskytované péče svému blízkému, ať už byl pacientem manžel, manželka nebo některý z rodičů. Jako červená nit se v rozhovorech nesl problém v péči o svého blízkého ať už z důvodu věku rodinného příslušníka nebo organizace času, případně v komunikaci mezi rodinnými příslušníky navzájem. Při obtížné řešitelnosti rodinných problémů se jim jevílo jako nejlepší řešení poskytování komplexních služeb ve stacionáři.

Ve své práci na téma „Denní a týdenní stacionář pro seniory“ jsem se z tohoto důvodu zaměřila právě na stacionární péči o pacienty s poruchami kognitivních funkcí a demencemi. Cílem mé práce je zjistit, jaké jsou znalosti laické veřejnosti a zdravotníků o existenci a funkcích denních a týdenních stacionářů na území města Plzně pro seniory s těmito poruchami. Obě skupiny respondentů porovnat mezi sebou a dále porovnat respondenty laiky do 38 let a laiky nad 38 let. Rovněž zjistit, zda by respondenti

preferovali péči o částečně pohyblivé seniory s výše uvedenými poruchami ve stacionářích, oproti celodenní péči v rámci rodiny či péči v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem. Ve své práci se zmiňuji jak o denním, tak o týdenním stacionáři, protože činnosti obou se vzájemně prolínají.

V teoretické části bakalářské práce se snažím podtrhnout význam, smysluplnost a potřebnost péče o seniory s poruchami paměti a demencemi ve stacionářích. V souvislosti s tímto tématem se zmiňuji o charakteristice zdravotní a sociální péče. Rovněž připomínám problematiku stárnutí a stáří. Zmiňuji se také o nemocích provázejících stáří. Považuji za důležité přiblížit problematiku duševních onemocnění ve stáří. Jedná se hlavně o demence negativně ovlivňující život postižených i jejich rodinných příslušníků ve všech směrech. Zaměřuji se na Alzheimerovu chorobu. Je to z toho důvodu, že klienty stacionářů v Plzni jsou ve větší míře lidé trpící touto chorobou. Mít informace a znát souvislosti týkající se demencí, je důležité nejen pro pečující osoby profesionály či laiky, ale i pro veřejnost.

Praktická část této práce je založena na kvantitativním výzkumu provedeného metodou dotazníkového šetření u 207 respondentů rozdělených do skupin laiků a zdravotníků. Dále je skupina laiků rozdělena na kategorie: do 38 let a nad 38 let. Tyto skupiny jsou v odpovědích na 21 otázek porovnávány a vyhodnocovány. Výsledky výzkumu včetně vyhodnocení stanovených hypotéz jsou shrnuty v diskusi. Na základě provedeného výzkumu chci následně poskytnout formou informačního letáku nejzákladnější informace k posílení vědomí veřejnosti o možnostech péče o nemocné seniory ve stacionářích.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Život jedince se skládá z jednotlivých vývojových stadií. Každé stadium je charakterizováno určitými strukturálními a funkčními znaky a změnami ve vztahu mezi organismem a přírodním či sociálním prostředím.“¹ (1)

Stárnutí je charakterizováno řadou určitých pochodů a změn. Jde o komplex dějů vzájemně se prolínajících a podmiňujících na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní. (2)

Proces stárnutí a stáří je individuálně proměnlivý v intenzitě i čase. Na jeho rychlost a intenzitu mají vliv vrozené dispozice, biologická konstituce, prodělané choroby, imunologická obrana, rezistence vůči stresu, životní prostředí, styl života, který člověk žil hlavně ve středním věku. (26) Záleží rovněž na osobnosti jedince, postoji ke stárnutí a stáří i jeho vnitřním přijetí. (32)

Stáří, jako poslední etapa ontogenetického vývoje člověka, se prezentuje změnami somatickými, psychickými a změnami v oblasti kognitivních funkcí. (26)

V současnosti se používá pro druhou polovinu lidského života věková klasifikace dle WHO :

45 – 59 let	- střední, zralý věk
60 – 74 let	- vyšší, starší věk, presenium, rané stáří
75 – 89 let	- senium, stařecký, vysoký, pokročilý věk, vlastní stáří
90 let a více	- dlouhověkost (36)

Jiná klasifikace vyššího věku je:

65 - 74 let	rané, mladší stáří, mladí senioři - problematika penzionování, volného času, seberealizace, aktivit
75 - 84 let	vlastní, střední stáří, staří senioři – problematika adaptace, tolerance, zátěže, osamělosti , specifika nemocnosti
85 let a více	vysoké stáří, velmi staří senioři – problematika soběstačnosti, zabezpečení (2)

¹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, s. 29

Z hlediska ekonomické aktivity existuje dělení na osoby v produktivním (ekonomicky aktivní) a poproduktivním věku, jehož dolní hranice je rozdílná pro muže a ženy a souvisí s průměrným věkem odchodu lidí do starobního důchodu. Vznikem nároku na starobní důchod obvykle začíná sociální stáří. (3)

Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní), senioři se liší mezi sebou navzájem výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, genetickými dispozicemi pro dlouhověkost, vzděláním, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, životními zkušenostmi, prioritami a potřebami ve zdraví i v nemoci. (9)

1.2 Přirozené stárnutí a stáří

Normální stáří nastupuje pozvolně a plynule. Zrychlené stárnutí je charakteristické pro současné období, kdy se brzy objevují různé patologické procesy. (32) Involuční (poklesové, zánikové, atrofické) změny charakterizující toto období se týkají fyzického a psychického stavu jedinců, omezují zdatnost, výkonnost, odolnost k zátěžím a snižují adaptační schopnosti organismu. Je důležité pochopit stáří v jeho biopsychosociálních souvislostech. (9) Současná medicína příliš nesleduje sociální anamnézu, často podceňuje somatizaci psychických problémů a hledá potíže v tělesných orgánech. (22) Tempo snižování funkčních schopností lze vědomě a aktivně ovlivňovat činností tzn. fyzickým a psychickým tréninkem. (32)

1.2.1 Biologické stárnutí

Stárnutím nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních, v různou dobu a pokračují rozdílnou rychlostí, specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. (13) Tělesné a duševní stárnutí nepostupuje souběžně. (1) V průběhu biologického stárnutí organismu dochází ke zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, menší přizpůsobivosti k měnícím se podmínkám vnitřního a zevního prostředí, snadněji může dojít k dekompenzaci orgánové funkce i celého organismu. Regenerace buněk a tkání je ve stáří menší než její opotřebování, imunitní systém je oslaben, rovnováha organismu je narušena a hrozí infekční, autoimunní a nádorová onemocnění. Procesem stárnutí se mění celkový vzhled člověka, který individuálně vypovídá o jeho somatickém i

psychickém stavu. Tělesné tkáně ztrácejí elasticitu, kožní turgor je snížený, zhoršují se funkce jednotlivých orgánů. Snižuje se funkce ledvin, jejich filtrační a koncentrační schopnost, snižuje se elasticita uretry, klesá síla svalových svěračů kolem uretry. Objevují se poruchy štítné žlázy, snižuje se množství trávicích šťáv, dochází k pomalejšímu rozkládání a vstřebávání potravy. Řada lidí má vážné změny v zaživacím systému např. z nedostatku kyseliny chlorovodíkové, dyspeptický syndrom, zácpu. Dochází ke změnám v srdečně-cévním systému a jeho činnosti. U žen se zastavuje ovulace v menopauze, často se objevuje pokles dělohy. Muži trpí zbytněním prostaty, jejich reprodukční schopnost se snižuje. Staří lidé mají obtíže v udržování tělesné teploty v důsledku změn metabolismu, bývají zimomřiví. Kůže se ztenčuje, vytváří se vrásky. (36) Objevuje se snížená schopnost rozlišovat barvy, zhoršená schopnost adaptace oka na vidění za šera, presbyopie – porucha vidění nablízko v důsledku horší akomodace, způsobena sníženou elasticitou oční čočky. (34) Ve stáří lidé mnohdy trpí nedoslýchavostí (presbycusis), velmi časný je úbytek sluchové ostrosti pro vysoké tóny, u některých lidí se může objevit tinitus (zvuk vnímaný často jako zvonění v uších). Snížení chuťových a čichových smyslů je citelné u nemocných starých lidí a ještě více u kuřáků. Snižují se hmatové schopnosti, ubývá receptorů umožňujících vnímání polohy a pohybu těla (propriocepce), síly, tlaku na kůži. Následkem bývá mnoho úrazů. (35)

Některé změny je třeba dle možností kompenzovat tzn. u zraku brýlemi či lupou, u sluchu sluchadly, zesilovači, u chuti a čichu výraznou stravou, zhoršenou propriocepci oporou při chůzi holí nebo chodítkem. Starší lidé mají zvýšený práh citlivosti na bolest a jsou schopni snášet intenzivnější podněty, aniž by je vnímali jako bolestivé. (34)

Biologické stárnutí se projevuje také změnami v pohybovém aparátu a to u každého individuálně. Ubývá aktivní svalová tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo. Dochází ke snižování svalové síly, úbytku fyzické výkonnosti, zvyšuje se únavnost. Nápadnými se stávají změny postoje a chůze, zkracuje se délka kroku, chůze se zpomaluje. Úbytek elasticity vaziva a kolagenu způsobuje snížení rozsahu kloubní pohyblivosti, snižuje se stabilita kloubů. Páteř se zkracuje, tím hrudní koš ztrácí na objemu a důsledkem toho je porucha držení těla, rovnováhy a také snížení dýchací kapacity plic. V důsledku převahy flexorů nad extenzory se mění postava staršího člověka. Objevují se potíže při tzv. cílených pohybech (navlékání jehly nití), některé motorické stereotypy (např. hra na hudební nástroj) zůstávají i do vysokého stáří v poměrně dobrém funkčním stavu. Snižuje se kostní denzita, vzniká osteoporóza a důsledkem toho mohou být

v pokročilém věku bolesti zejména dlouhých kostí a jejich lomivost. Proto se často objevují kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny proximálního femuru a distálního předloktí. (35)

1.2.2 Psychické stárnutí

Osobnost člověka musíme posuzovat jako psychologický celek. Fyziologické stárnutí a stáří nemění kvalitativně strukturu osobnosti. Integrita osobnosti zůstává zachována, mění se obvykle jen dílčí funkční schopnosti osobnosti. (1)

Je třeba se zmínit o tom, co jsou kognitivní funkce. „*Paměť a učení náleží mezi tzv. kognitivní funkce stejně jako receptivní funkce (pozornost, vnímání, třídění a integrace informací, porozumění), myšlení, expresivní funkce (řeč, písmo, kreslení, mimika), vizuospaciální funkce (orientace zrakem v prostoru, orientace v čase), exekutivní (výkonné) funkce (funkce zajišťující účelné jednání-motivace, naplánování způsobu provedení akce, vlastní provedení akce-účelné jednání, dosažení cíle-výkon). Úroveň kognitivních funkcí se do jisté míry kryje s pojmem inteligence.*“² (15)

Některé psychické změny ve stáří jsou dány biologickými změnami v mozku, jiné psychosociálními faktory. Změny psychiky se mohou projevat hlavně v kognitivních schopnostech. Objevuje se zpomalení psychických funkcí.(7) Dále trvá zpracování informací, rozhodování, je prodloužen čas potřebný k činnosti. Pomalé tempo může však být i z důvodu rozvážnosti, pečlivosti a opatrnosti. Snížené vnímání oslabenými smysly může způsobovat nejistotu, úzkost, strach a z toho pramenící nedůvěřivost, ostražitost i vyhýbání se kontaktu s lidmi. Nástup projevů a průběh je individuální. Roli zde hraje řada kompenzačních mechanismů nahrazujících úbytek jedné funkce zvýšenou činností jiné. (26)

Paměť ovlivňují nejen biologické změny dané stárnutím nebo chorobnými procesy, ale i genetické faktory, aktuální zdravotní stav, je zde vliv vzdělání, duševní činnosti, zkušeností, zájmů člověka nebo úrovně rozumových schopností. (7)

² KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 232

I když bývá ve stáří častější zapomnětlivost, není jeho výhradním rysem. Zhoršení paměti souvisí také s větší unavitelností i obtížnější koncentrací pozornosti. Dochází ke snížení paměti pro nové podněty, snížení vstřípivosti a výbavnosti. (35)

U některých seniorů zvláště ve vyšším věku se objevují poruchy paměti, poruchy osobnosti, duševní onemocnění a dramaticky stoupá počet lidí s demencemi zvláště při Alzheimerově chorobě.

Schopnost člověka učit se a vzdělávat se, je možná až do vysokého stáří s tím, že učení je pomalejší, ale o to důkladnější a vytrvalejší. Slovní zásoba a jazykové dovednosti bývají zpravidla zachovány, zpomaluje se rychlost vyjadřování bez ztráty obsahu. Na intelektuální a psychickou úroveň ve stáří má vliv vzdělání, profesní kvalifikace, průběžné vzdělávání a stimulace mozkové činnosti, např. četbou, studiem, provozováním koníčků oproti pasivitě. Dle výzkumů je zřejmé, že intelektuální úroveň v průběhu fyziologického stárnutí není výrazně poškozena a dokonce může i vzrůstat. K jejímu zhoršení však může dojít vlivem některých chorob, např. kardiovaskulárního systému, dýchacího systému a především demencí. (5)

Ve stáří často bývá snížena schopnost adaptace organismu na stres, jehož příčinou bývají nové životní situace a změny. Mezi nejzávažnější patří odchod do důchodu, což je právně ekonomický a sociální zásah do života. Dále ztráta životního partnera nebo blízkých vrstevníků, zdravotní problémy, dlouhodobé rodinné konflikty, rozvod, odchod dospělých dětí z domova, změna bydlení, nástup do sociálního či zdravotnického zařízení nebo návrat z něj do domácnosti, v níž je dotyčný sám a která mnohdy není přizpůsobena jeho současným potřebám. Náročnou situací představující dlouhotrvající zátěž a stres bývá onemocnění jednoho z partnerů a s tím spojená péče o něj. Přizpůsobení se nastalým změnám je ve vyšším věku pomalejší. Prožívání změn a adaptace na ně závisí na určitém životním postoji i na povaze člověka. Změny v citové oblasti se mohou týkat např. zvýšení citové labilitu, větší potřeby projevů náklonnosti a porozumění od svého okolí, nejistoty v neznámém prostředí. Dále potom obtížnějším navazováním nových kontaktů, nedůvěřivostí k lidem a novým věcem, někdy vztahovačností, podezíravostí, pasivitou či konzervativností. Větší problémy v adaptaci na změny mají ti, kteří se celý život hůře přizpůsobovali. (36)

Udržováním stárnoucího a starého člověka v psychické aktivitě se oddaluje jak jeho závislost a nesoběstačnost, tak i nástup psychických poruch. (26)

1.3 Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky

Stárnutí a stáří je současně problémem individuálním i celospolečenským. (1) Ve stáří narůstá biologická a sociální ohroženost. (9)

Zdravotně sociální důsledky stárnutí se odvíjejí z vyšší nemocnosti ve stáří a jejích následků, kdy vzrůstající polymorbidita, prevalence chronických onemocnění, růst frekvence komplikací nemocí typických pro vyšší věk vedou ke zvyšování počtu dlouhodobě nemocných osob. Ve vyšším věku je jen malé procento osob bez chronické choroby. Také rekonvalescence po nemocích a operacích trvá zpravidla déle. Tyto skutečnosti následně vyžadují zvýšenou potřebu i spotřebu ambulantní i ústavní zdravotní a sociální péče. Zhoršování fyzické zdatnosti, soběstačnosti až bezmocnost způsobující nižší kvalitu života a závislost na pomoci druhých osob, je nejvážnějším důsledkem nemocnosti ve stáří. Někteří staří lidé potřebují trvalou a dostupnou komplexní péči. (3) Mimo to je třeba věnovat pozornost a pomoc osobám pečujícím o nemocné seniory v rodinách.

Ekonomické důsledky vyplývají ze zvyšování počtu osob v poproduktivním věku a tím vyšší zátěže ekonomiky.

Sociologické a psychosociální důsledky demografického stárnutí označovaného jako tichá revoluce, ovlivňující kvalitu života ve stáří, jsou dány vývojem společnosti, jejíž vůdčí složkou jsou mladší generace lidí. Jejich dalším faktorem je změna generačního soužití, z vícegeneračního převážně na jedno maximálně dvougenerační. To vše souvisí i s postavením seniorů ve společnosti, se zabezpečováním jejich právních jistot, s chápáním a uspokojováním potřeb, přístupem k aktivitám a zaměstnávání starší generace, dostupností adekvátní zdravotní a sociální péče, řešením osobních životních problémů, např. zdravotního stavu, soběstačnosti, hmotného zabezpečení, bydlení, osamělosti, k níž přispívá hlavně ovdovělost i sociální izolace. (1)

Senioři patří ke skupinám ohroženým diskriminací (ageismem) v mnoha podobách. K největším sociologickým obavám patří vyčleňování seniorů – věková segregace – z většinové mladší společnosti a ztráta smyslu života seniorů. Tato nebezpečí hrozí zvláště starým lidem, nemocným, nezdatným a chudým.(5) Je potřeba větší sociální integrace seniorů v rodině a společnosti.

1.4 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří, jejíž název je odvozen od řeckého slova gerón (starý člověk) a logos (nauka). (6) „*Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Využívá poznatky a metody z různých vědních disciplin (biologie, lékařství, psychologie, sociologie aj.)*.“³ (3) Tato uznávaná vědecká disciplína se rozděluje na teoretickou, sociální a klinickou gerontologii.

Teoretická gerontologie tvoří základy pro aplikaci poznatků v praxi. (13) Součástí je experimentální gerontologie, která se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů. Sociální gerontologie (populační) se zaměřuje na společenské souvislosti individuálního i populačního stárnutí. (9) Klinická gerontologie zabývající se zdravotním a funkčním stavem starých lidí, je označována jako geriatrie. Od roku 1982 je samostatným lékařským oborem, který se zabývá stárnoucím a starým člověkem ve zdraví a nemoci. (13) Zahrnuje uplatňování metod prevence, diagnostiku, léčbu chorob, monitorování chronických chorob, specifickou rehabilitaci. Součástí geriatrie je geriatrické ošetřovatelství uplatňující komplexní přístup k nemocnému a individualizovanou péči o něj (vyhledávání somatických, psychických a sociálních potřeb). Potřeby jsou uspokojovány ošetřovatelskou péčí (individuální plán ošetřovatelské péče). (1) Součástí geriatrie je i spolupráce s rodinou, výchova geriatrických klientů a veřejnosti. (26)

Obecná geriatrie se věnuje obecně platným zvláštnostem zdravotního stavu a nemocí ve stáří (výskyt více chorob současně, jejich chronicita, atypický průběh, komplikace, jejich důsledky, způsoby jejich ovlivnění.), specifickým aspektům jejich výskytu, klinickému obrazu a průběhu onemocnění i sociálním souvislostem.

Oborová geriatrie je součástí ostatních lékařských oborů a specifickými odbornými metodami pečuje o stárnoucí a staré lidi. (1)

³ ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 13

1.5 PREVENCE V GERIATRII

Komplexní gerontologická prevence má zdravotní a sociální složku. Jejím cílem je prodloužení aktivního období života. Jde o prevenci předčasného stárnutí a bezmocného stáří. S tím souvisí i samostatný život seniorů v prostředí svého domova a ve své komunitě mnohdy za cenu pomoci komplexní zdravotní a sociální péče (např. formou domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby, pobytu ve stacionářích, respitní péče v zařízeních), předcházení či oddálení umístění do ústavní péče (institucionalizaci), zabránění selhání péče rodiny. Svůj velký význam má osobní přístup každého člověka, jeho postoje a jednání k ochraně svého zdraví a kvalitě života. Je známo, že zdravý způsob života ve středním věku a celoživotní fyzická a duševní aktivita, mají pozitivní vliv na zdraví i v období stáří. (3)

Zdraví lidí je ovlivněno vrozenými dispozicemi tělesnými i psychickými, individuálními vlastnostmi, životním prostředím, geografickou polohou, ekonomickými a sociálními faktory, vzděláním, povoláním, společenským postavením, společenskými činiteli, podmínkami pro posilování zdraví, prevenci onemocnění a následnou léčbu. (8) Zdraví a nemoc tvoří kontinuitu, v níž je každý člověk na určitém místě a pohybuje se v ní. Stále více lidí si uvědomuje význam zdraví a fakt, že investice v oblasti prevence jsou ekonomičtější, než náklady spojené s léčbou a nápravou škod. (26)

Funkční a zdravotní stav ve stáří včetně mortality, může být pozitivně ovlivňován strategiemi primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevence má za úkol snižování rizika vzniku chorob, odstraňování rizikových faktorů intervencemi v oblastech způsobu života. Prevence sekundární a terciární ve stáří převládá. Jde o intervence zlepšující prognózu u preklinických stádií choroby díky včasným vyhledáním, včasné diagnóze a opatřeními v oblasti terapie. U terciární prevence jde hlavně o rehabilitační péči, ergoterapeutické úpravy domova aj.

V centru zájmu prevence u seniorů jsou funkční poruchy, senzorické defekty, poruchy výživy, onkologická prevence a prevence duševních poruch, u kterých jde o složitou situaci. V preventivní geriatrické péči má hlavní místo praktický lékař, zdravotničtí a sociální pracovníci primární péče. Účinnou metodou prevence je dispenzarizace, soustavné sledování a ovlivňování zdravotního stavu seniorů. (3)

2 NEMOCI VE STÁŘÍ

„Nemoc není poruchou jednoho orgánu nebo části těla. Postihuje celého člověka, zasahuje do života celé jeho rodiny. Proto k léčbě somatické a k záchraně života patří i starost o komplexní obnovení rovnováhy a stability v oblasti duševní, vztahové a sociální, řešení existenciálních otázek, hledání smyslu a naplnění dalšího života.“⁴ (10)

2.1 Psychosomatická a sociální podmíněnost vzniku chorob

Při vzniku choroby musíme brát v úvahu faktory somatické, psychické i sociální, které ovlivňují postoj dotyčného k prožívání své nemoci. Víme, že nelze oddělovat fyzickou stránku od psychické, protože jedna ovlivňuje druhou a naopak. Somatická onemocnění a hlavně pokud jsou vážná, vyvolávají psychické změny, ovlivňují uvažování, prožívání a mohou změnit i určité vlastnosti člověka a jeho chování. Na druhé straně zase psychické stresory a psychická onemocnění mají vliv na somatickou dekompenzaci. *„U seniorů má psychosomatická problematika významné místo. Podílí se na tom především výskyt závažných stresorů - např. ovdovění, osamělost, ztráta soběstačnosti, chronické zdravotní obtíže, beznaděj, chudoba, domácí násilí. Poměrně častým projevem je maladaptivní syndrom z přemístění, typické jsou somatické projevy - bolest, nespavost, hubnutí až kachexie, poruchy vyprazdňování. Nejčastěji tyto problémy zaznamenáváme při dlouhodobé hospitalizaci seniorů.“⁵ (28)* Každá změna zdravotního stavu člověka je dá se říci sociální událost a může kvalitativně ovlivnit jeho sociální situaci a naopak závažné sociální změny jsou pro člověka silnou zátěží s rizikem zhoršení zdravotního stavu až úmrtí. Např. nelze zajistit u nemocného dostatečnou péči v domácím prostředí, proto nastupuje ústavní léčba. Dochází tím ke změně sociálního prostředí a následné reakci nemocného zhoršením jeho psychického a zdravotního stavu. (28)

⁴ KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*, s. 96

⁵ DOLEŽEL, J. *Sborník - Spravedlnost a služba*, s. 56

2.2 Zvláštnosti chorobných stavů a nemocí ve vyšším věku

V současné době se mnohem více lidí dožívá vyššího věku. Někteří sice i v relativně uspokojivém zdravotním stavu, tělesné, duševní a sociální rovnováze, přesto nelze nevidět narůstání nemocnosti právě ve stáří chronickými degenerativními chorobami. (32) Je třeba rozlišit projevy fyziologického stárnutí a stáří, jehož modelem je dlouhověkost od patologického s přítomností patologických nálezů a chorob.

Lidé ve vyšším věku často trpí současným výskytem několika onemocnění, manifestních či latentních najednou tzv. polymorbiditou (multimorbiditou). Ta má význam v etiopatogenezi geriatrické deteriorace a křehkosti. Z hlediska hlavní nemoci a jejího zvládnutí se ostatní změny a chorobné děje označují jako komorbidita (choroby přidružené). Onemocnění se navzájem prolínají v symptomatologii, ovlivňují se a dochází k modifikaci klinického stavu se ztížením diagnostiky. Důsledkem multimorbidit je polypragmatizace tzn. užívání vyššího počtu různých léků nejednou s kumulací jejich nežádoucích účinků a nejistou vzájemnou kompatibilitou. (15)

Počet chorob ve stáří narůstá, častý je vznik komplikací, dochází k příčinnému řetězení nemocí, kdy jedna nemoc vyvolává druhou nebo se jedná o komplikace nespecifické, které nemají přímý vztah k základnímu onemocnění. Svými příznaky mohou vytěsnit původní klinický obraz, stanou se dominantními a mnohdy rozhodují o prognóze. (1)

U geriatrických pacientů jsou významné zvláštnosti klinického obrazu nemocí. Časté jsou minimálně výrazné příznaky, atypické klinické příznaky, objevují se symptomy druhotného postižení, tzn. reakce jiného než postiženého orgánu na chorobný stav nebo nespecifické příznaky (nechutenství, únava). Ve stáří trvá akutní onemocnění déle než v mladším věku, snadno může dojít k prudkému zhoršení stavu a většímu riziku úmrtí. Onemocnění mají tendenci k prodlouženému průběhu, neúplnému uzdravení, k chronicitě, případně invalidizaci a potřebě dlouhodobé péče. Na kvalitu života a soběstačnost (fyzickou značící stupeň zachování lokomoce, psychickou znamenající např. zařizování osobních věcí, sociální zahrnující integraci s rodinou a společností, ekonomickou týkající se dostačujících příjmů) má hlavní vliv stupeň funkčního poškození vyplývající z existence dané choroby.

Hodnocení zdravotního stavu u starších osob bývá obtížnější. Mnohdy dochází k nedostatečné diagnostice některých chorob a symptomů (demence, deprese, inkontinence, osteoporóza, chronické infekce), někdy se objevuje rozpor mezi subjektivními pocity a objektivním nálezem při lékařském vyšetření. (14)

Z chronických chorob u starších osob jsou těmi nejvíce obvyklými choroby kardiovaskulární, cerebrovaskulární a zhoubné nádory. Dále poruchy pohybového aparátu, osteoartróza, osteoporóza, vertebrogenní syndromy, artritida a z toho vyplývající omezení lokomoce, metabolická onemocnění (diabetes mellitus), choroby respiračního, gastrointestinálního, urogenitálního a nervového systému, smyslových orgánů, duševní choroby, úrazy a jiné. Člověka ohrožuje ve stáří dehydratace, poruchy vyprazdňování moči a stolice. Inkontinence moči postihuje 15-30 % osob starších 60 let. Důsledkem inkontinence bývá snížené sebehodnocení i narušení sociálních vztahů. U lidí upoutaných na lůžko hrozí imobilizační syndrom. I ve stáří má význam provázanost imunitního systému s endokrinním a nervovým, včetně vlivu psychických změn. Je potřeba se zmínit o nejčastější příčině imunodeficitu ve stáří, kterou je malnutrice způsobující náchylnost i k infekcím, hnisání, k raným komplikacím. (36)

Závažným a častým problémem ve stáří jsou poruchy chůze a pády, které buď souvisí s fyziologickými změnami orgánů, nebo symptomatické pády vlivem somatických onemocnění, pády vlivem metabolických poruch, smyslových vad a psychiatrických onemocnění, vlivem léků a pády mechanické vlivem překážek a kompenzačních pomůcek. Strach z pádů a z toho vyplývající úzkost mají za následek rezignaci na pohyb v neznámém prostředí a následnou izolaci od společnosti ostatních lidí. (7)

Mezi klíčové charakteristiky populace seniorů a geriatrických pacientů patří v posledních letech (od 90. let 20. stol.) geriatrická křehkost (frailty). Tento pojem zahrnující rizikovost a zranitelnost některých pacientů, znamená ohrožení jejich soběstačnosti, nestabilní zdravotní stav s rizikem náhlých dekompenzací a postižení současně tělesného systému, kognitivních schopností, smyslových orgánů nebo výživy. (28)

3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ VE STÁŘÍ

„ Na celém světě jsou problémy duševního zdraví vedoucí příčinou dysaptibility a snížené kvality života. Duševní obtíže nejsou sice pouhým důsledkem stárnutí, ale je zřejmé, že vlivem stárnutí populace bude přibývat seniorů s duševními poruchami. Různé životní ztráty a změny mohou často způsobit spektrum duševních obtíží, které mohou, pokud nebudou správně diagnostikovány, vést k nesprávnému či žádnému léčení, zbytečné institucionalizaci apod.“⁶ (8)

Významné je diagnostické rozlišení mezi demencemi a poruchami, jež mohou demence připomínat a se kterými by mohly být zaměněny. Jde především o deprese a deliria. (29)

Deprese jsou v seniorském věku velmi častým psychickým onemocněním, trvají déle než v mladším věku a projevují se mnoha symptomy. Depresivní pseudodemence (deprese imituje obraz demence) bývá s poruchami paměti, soustředění, myšlení a je častým diagnostickým problémem u starších depresivních osob při odlišení od pravé demence. Vyskytuje se fázicky nebo vzniká rychle spolu s ostatními příznaky deprese (smutná nálada, úzkost, apatie, porucha sebehodnocení, nechutenství, insomnie aj.) Deprese jsou léčitelné, ale nejsou vždy správně diagnostikovány. Mnohdy probíhají nepoznány díky svému atypickému klinickému obrazu, maskovány různými somatickými příznaky, bolestmi a mohou vést až k suicidiu. Rizikovými faktory sebevražedného jednání bývá právě vyšší věk a osamělost. Deprese se mohou objevovat jako reakce na různé zátěžové situace, stresy (ovdovění, smrt rodinného příslušníka, změny životních podmínek, vážná somatická onemocnění). Ve stáří je vyšší výskyt deprese u seniorů v ústavní péči. Deprese mohou být jedním z příznaků např. u onemocnění Parkinsonovou chorobou, po CMP, u diabetiků apod. Jsou rizikovým faktorem vzniku Alzheimerovy choroby. (12) Někdy se vyskytují vleklé a farmakorezistentní fáze přecházející do demence. (15) Velice častý výskyt je u lidí pokročilého věku v rámci syndromu demence, jako přídatná symptomatika.

⁶ HOLMEROVÁ, I., CILAG, J. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*, s. 38

Deprese může také významně komplikovat správnou diagnostiku demence a tudíž správnou léčbu. Proto jsou důležité i screeningové testy, které se používají pro rychlou diagnostiku deprese.

Deliria znamenají akutní stavy spojené s kvalitativní poruchou vědomí (zmatenost, dezorientace, neklid) s náhlým, rychlým začátkem, trvající hodiny až dny. Tyto stavy jsou reverzibilní. Delirium jednak může přesvědčivě imitovat demenci a také se často objevuje u osob, které již demencí trpí, což znesnadňuje rozlišení. (39)

3.1 Demence

Spolu s depresemi a delirii jsou demence nejčastějšími těžkými psychickými poruchami v preseniu a seniu. Už antičtí lékaři a filosofové popisovali úpadek duševních funkcí ve spojitosti se stárnutím a stářím. Z toho je zřejmé, že pojem demence se vyvíjí již od starověku. Pojem demence získal v 17. století právní obsah a v 18. století i lékařský obsah. Prvně byl právně podchycen pojem demence ve francouzském občanském zákoníku po roce 1804. Až roku 1845 Griesinger uveřejnil klinický popis presenilní demence. Přelomem v dějinách pojmu senilní demence se stal rok 1906. V letech 1906-1910 lékař Alois Alzheimer (1864-1915) německý neuropatolog, psychiatr, vědec a někdejší ředitel psychiatrické nemocnice v Mnichově, podal první popis příznaků nemoci u poměrně mladé pacientky. Tato nemoc byla posléze po něm pojmenována. Jeho výzkum a práce byly základem pro diagnostiku tohoto onemocnění. V průběhu 20. století nastalo složité odlišování projevů Alzheimerovy choroby od dalších podob a příčin syndromu demence. (29)

Pojem demence pochází ze spojení latinského de – (bez) a mens – (mysl, rozum, vědomí). V současné době nejvíce odpovídá výzkumu posledních let definice Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10 (MKN-10) vydaná WHO v roce 1992. Zde je definována demence takto: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí).*

Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“⁷ (12)

„Již pouhý mírný kognitivní deficit je významnou složkou involučního poklesu potenciálu zdraví, rozvoje geriatrické deteriorace a křehkosti – zhoršuje mentální zdatnost, adaptabilitu a zvyšuje riziko komplikací různých chorob, zdravotních výkonů i jiných stresorů ve stáří. Typickým rizikem je snazší vyprovokování deliria. Rozvoj syndromu demence tato nebezpečí mnohonásobně zvyšuje – demence kromě devastace mentálních schopností kompromitují i motoriku a indukují poruchy chování. Zásadně se tak spolupodílí na multikauzálních geriatrických syndromech hypomobility s dekondukcí a sarkopenií, instabilitou s pády, inkontinencí, anorexií s hubnutím, imobilitou s dekubity i týráním a zanedbáváním. Těmito i dalšími geriatrickými syndromy a symptomy je naopak sama modifikována a potencována v rozvoji disability i v riziku mortality.“⁸ (15)

Demence postihuje dospělé osoby, které sice mají o sobě představu jako o dospělém člověku, ale přestávají tak fungovat. Poruchy nastupují pozvolna, zhoršují se a nastalé změny jsou nevratné. Zlepšení může být pouze při vytvoření podpůrné sítě, avšak při odejmutí podpory se situace znovu zhorší. (37)

Podstatou demence je úbytek kognitivních i nekognitivních funkcí, který je natolik výrazný, že se prolíná s profesními a později i s běžnými denními životními aktivitami a končí nesoběstačností postižených. (29)

Demence jakéhokoliv typu významně ovlivňuje biopsychosociální integritu a identitu člověka. Vede k poruše vědomé existence jedince. (13) Americká psychiatrická asociace definuje demenci jako rozvoj mnohočetných kognitivních defektů, které zahrnují poškození paměti (schopnost přijímat nové informace a vybavovat si je) a nejméně jednu z dalších kognitivních poruch: afázie (porucha řeči), apraxie (porušená schopnost vykonávat motorickou aktivitu bez ohledu na zachovanou motorickou funkci), agnozie (selhávající poznávání či identifikace předmětů i při zachovaných poznávacích funkcích), dále poruchu exekutivních (výkonných) funkcí (motivace, vůle, schopnosti plánovat a provádět složitější výkony).

⁷ REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*, s.10

⁸ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 230

Všechny uvedené defekty narušují každodenní aktivity jak v osobním životě, tak i ve vztahu ke společnosti, kterou představují buď kolektivy v zaměstnání, nebo nejbližší okolí postiženého. (16)

Pokud bychom rozvedli škálu projevů postižení demencí, na prvním místě, jak už bylo řečeno, je nápadné zhoršení paměti – vštípivosti, výbavnosti, může se vyskytnout paramnézie (zkreslení vzpomínek při jejich vybavování), kryptomnézie (cizí zážitky vydává postižený za vlastní a to neúmyslně) nebo ekmnézie (špatná časová lokalizace vzpomínek). (15) V hovoru odbíhá postižený člověk od tématu, aby utajil ztrátu paměti, opakuje stejné věci dokola, plete si jména, mezery v paměti vyplňuje imaginárními příběhy – konfabulace. Z toho může plynout úzkost, změny nálady a chování. (27) Díky dysfunkci krátkodobé paměti se opakovaně dotazuje, nepamatuje si kde a s kým byl, co dělal, později nepoznává jemu známé osoby. Může být dezorientován v čase a prostoru i ve svém prostředí, protože nedokáže uchovat v paměti orientační informace. V těžkých stádiích demence je dezorientován i vlastní osobou. (29) Nemocný může dlouho využívat svoji dlouhodobou paměť a zafixované rutinní dovednosti, návyky, určité stereotypy a zažitá vzorce chování (např. zdvořilost) či automatické reakce na známé podněty. (2) Dále se vyskytují poruchy pozornosti, které vedou k neschopnosti začít nebo skončit danou činností, provádět rozhodnutí, vzdorovat rušivým podnětům, ke zmateným reakcím, k fixaci na jeden nepodstatný aspekt úkolu, přičemž na úkol jako celek dotyčný zapomene. (16).

*“Poruchy vnímání a prostorové orientace vedou k neschopnosti rozpoznat předměty nebo osoby, najít smysl a tvar v neuspořádaném a málo kontrastním prostředí, k nesprávnému užívání předmětů, k nesprávné interpretaci gest, k problémům v rozlišování, co je vpředu a co vzadu. Známé jsou problémy se započítáním a ukončením úkolu, s apraxií, které vedou k nechuti účastnit se aktivit a jsou často mylně hodnocené jako zatvrzelost. Problémy a časté neúspěchy při vykonávání různých činností způsobují, že člověk s demencí žije ve velké nejistotě a úzkosti a činností se raději vyhýbá.”*⁹ (2) Rovněž se vyskytují poruchy intelektu, dotyčný ztrácí kritičnost, logické uvažování a tím soudnost, nelze se s ním standardně domluvit, bývá roztržitý, nesoustředěný. (7)

⁹ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*, s. 445

Rychlost myšlení je snižena, někdy bývá ulpívavé myšlení. S poruchou myšlení souvisí porucha funkcí řeči, poruchy vyjadřování. Postižení hůře hledají slova a formulují věty, pojmy jim často vypadávají. Objevuje se parafázie (komolení slov, použití nesprávného slova, slova podobně znějícího), anómie (mnohdy marné hledání výrazu), opis (rozsáhlý popis myšlenky jako přiblížení k zamýšlenému výrazu). (16) Dochází i k rozvoji plné afázie mající dvě složky. Tou první je motorická (expresivní afázie) z důvodu postižení motorického centra řeči, kdy je řeč nesrozumitelná, značně zkomolená, postupně zcela nesrozumitelná a je porucha gramatiky. Tou druhou je sensorická afázie (porucha přijímaného zvukového signálu) tzn., že postižený nerozumí řeči, výsledkem je nesrozumitelná řeč. Poruchy poznávacích funkcí mají pomalý nástup a trvale se zhoršují. (15)

Mezi behaviorální a psychologické symptomy vyskytující se téměř vždy, často nepravidelně, patří u demencí poruchy chování včetně verbální či brachiální agresivity proti osobám nebo věcem, upoutávání pozornosti na svoji osobu, agitovanost (neustálý neklid), neúčelné aktivity, útky, toulání.

Vlivem postupující demence nastávají u nemocného negativní změny osobnosti, tzn. může se chovat jinak než dříve. Například neempaticky, bezohledně, sobecky, hrubě, někdy může ztrácet zábrany, kontrolu nad svými pudy, např. v oblasti sexuality nebo při jídle, ztrácí původní sociální návyky, nerespektuje běžné normy chování, trvá na svých starých vzorcích chování. V důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc, nepřijme důkaz o snížení svých schopností, nedokáže předvídat důsledky. (7) Dále emoční změny, mezi které patří větší podrážděnost, citová labilita až deprese častá např. u vaskulárních demencí, hlavně u Binswangerovy choroby. Deprese u Alzheimerovy choroby je cca u 20-50% pacientů. (15) Apatie se projevuje již na počátku onemocnění. Afektivní poruchy různého typu se vyskytují u demencí s pravidelností. Afekty vzteku a lítosti často bývají u vaskulárních demencí. (29)

Zvýšená úzkost může být na začátku onemocnění, pokud si dotyční uvědomují určité změny vlastní osoby. Při úzkosti se zvyšuje zmatenost. Vyvolat zmatenost mohou např. změna prostředí, různé situace, požadavky kladené na dotyčného. Někteří lidé postižení demencí se stáhnou do sebe a svůj vnitřní svět prožívají po svém. Málo se projevují a mluví. Nic nechtějí a přijímají nabízenou péči. Jiní se projevují vzdorem, brání se křikem, jsou zlostní, vystrašení a čekají, že jim jejich pocity nějak vysvětlíme. (22) Nemocní lidé mohou realitu okolního světa vnímat zkresleně. Mohou být podezřívaví, paranoidní. U některých jedinců se projevují psychotické příznaky – bludy

(obviňování lidí ve svém okolí za krádež věcí nebo peněz, schovávání věcí, za pokus o otrávení), halucinace a iluze častěji zrakové (vidí postavy v bytě), sluchové i jiné. Nemocné osoby mají také tendenci přemísťovat nebo hromadit věci. (27)

Objevují se běžně poruchy cyklu spánek – bdění, někdy dojde k plné inverzi spánku (ve dne spí, v noci bdí). Inkontinence moči a stolice se vyskytuje v pokročilejších stádiích demence. U některých demencí např. u demence s Lewyho tělísky a u vaskulárních demencí se často objevují přidružená deliria. U Alzheimerovy choroby je výskyt deliria vzácný.

Postupem demence nejdříve ubývají, až zanikají profesní dovednosti, koníčky, později bývají poruchy základních denních aktivit. Nejprve instrumentálních (telefonování, obsluha elektrospotřebičů, manipulace s penězi), později i bazálních aktivit (oblékání, svlékání, hygiena, stravování). Tzn. nemocní ztrácejí schopnost provádět všechny nezbytné úkony související se sebeobsluhou v opačném pořadí, než jak se je naučili. Pokud nemoc brání dotyčnému v denních činnostech, snadno upadá do deprese. (33)

Středem zájmu řady odborníků - neurologů, neuropsychologů, psychiatrů, geriatrů a vědeckých pracovníků je vlivem stárnutí populace problematika nárůstu počtu nemocných osob s kognitivními poruchami a demencí. Jejich snahou je hlavně co nejpřesnější diagnostika, nalezení nejvhodnější prevence a kauzální léčby. (12) Velice důležité je objevit varovné příznaky signalizující počínající poruchy kognitivních funkcí z důvodu právě včasné diagnostiky demencí či lehkých poruch poznávacích funkcí, které demencím předcházejí. (15) Přesto se demence diagnostikují často pozdě až v pokročilých stádiích a nesprávně. Velká většina zůstává nediodagnostikována. Jsou-li včas diagnostikovány, lze jejich vývoj zpomalit a oddálit obávaná závěrečná stadia. (12)

Prevalence syndromu demence narůstá po 60. roce věku, každých pět let se přibližně zdvojnásobuje, odhaduje se, že ve věku 80 let a více trpí demencemi minimálně 10% populace, zejména ve vyspělých zemích. (2) Morbidita i mortalita v souvislosti se syndromem demence jsou velkou zdravotní, psychologickou a rovněž socioekonomickou zátěží. Společnost musí zajistit péči o tyto nemocné v případě, kdy se o ně jejich blízké osoby nemohou nebo nechtějí starat. Jde o finanční zátěž jak veřejného zdravotnictví, tak sféry sociální.

Pro zajištění uspokojivé kvality života seniorů postižených demencí i jejich rodinných příslušníků, je potřeba kvalitních a vzájemně navazujících zdravotních a sociálních služeb. (28)

3.1.1 Rozdělení demencí

1. Demence atroficko-degenerativního původu (primárně degenerativní demence)
 - a) Alzheimerova choroba
 - b) Smíšená (alzheimerovsko-vaskulární) demence
 - c) Demence s Lewyho tělísky (pokládá se za jednu z variací Alzheimerovy choroby)
 - d) Demence u Parkinsonovy choroby
 - e) Huntingtonova chorea (geneticky podmíněná choroba)
 - f) Frontotemporální demence včetně Pickovy choroby
 - g) Progresivní supranukleární obrna

2. Symptomatické (sekundární) demence (demence jako příznak určitého systémového onemocnění centrální nervové soustavy)
 - a) Ischemicko-vaskulární demence
 - aa) Multiinfarktová demence
 - ab) Vaskulární demence s náhlým začátkem
 - ac) Převážně podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba) a další

 - b) Ostatní symptomatické demence způsobené jinými chorobami (infekce, intoxikace, poranění mozku, tumory a jiné) (2)

Orientovat se v problematice demence je důležité zvláště pro osoby pečující o postižené v rodinném prostředí nebo v institucích včetně stacionářů. Právě ve stacionářích v Plzni jsou častými klienty lidé s různými typy demence, převážně však demence Alzheimerova typu. Při své praxi všeobecné sestry v terénu se s těmito chorobami velice často setkávám, proto považuji za důležité popsat problémy nejčastěji se vyskytující demence vůbec, což je Alzheimerova choroba.

3.1.2 Alzheimerova choroba

Nejčastější příčinou demence ve stáří bývá Alzheimerova choroba, což je neurodegenerativní onemocnění mozku. V současnosti se předpokládá, že k manifestaci choroby dochází většinou v sedmé a osmé dekádě života. S postupným prodlužováním délky života souvisí i zvyšování počtu osob trpících touto chorobou, která je v dnešní době čtvrtou až pátou příčinou úmrtí. Alzheimerova choroba se považuje za příčinu přibližně 50 - 60% syndromů demence ve stáří. Minimálně 10% demencí bývá smíšené etiologie (alzheimerovské i ischemicko-vaskulární). (2)

„Při onemocnění se objevují v mozcích nemocných histopatologické změny důležité pro jistou diagnózu Alzheimerovy choroby. Jedná se o zánik neuronů a jejich synapsí, provázený zvyšujícím se počtem senilních plaků a neurofibrilárních klubek. Senilní plaky vznikají agregací β -amyloidu a neurofibrilární klubka se skládají z hyperfosforylovaného tau proteinu. Z těchto faktů vychází současný vědecký výzkum.“¹⁰ (12)

„Jindy neškodná bílkovina β -amyloid se při propuknutí choroby začne ukládat v buňkách mozku, což vede k jejich zániku. Také je zřetelný úbytek acetylcholinu, jenž zajišťuje výměnu nervových vzruchů. To společně s jejich odumíráním vede k jejich postupné degradaci, kdy nejsou schopny zastávat svoji funkci a dochází k prohlubování demence.“¹¹ (42)

Příčiny Alzheimerovy choroby zůstávají neznámé, ale ovlivňujícími faktory mohou být již zmiňovaný vyšší věk, genetické faktory, demence v rodinné anamnéze (familiární forma – je vzácná, její výskyt je častější v mladším věku). Dále vliv životního prostředí (toxiny, organická rozpouštědla, zvýšená expozice hliníku), zánětlivá, virová, bakteriální i autoimunní onemocnění, úrazy hlavy, ženské pohlaví, úroveň duševní aktivity a vzdělání, kouření, alkohol, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu a lipidů, nízká hladina antioxidantů v krvi, nedostatek živin, diabetes, deprese (sporadická forma – je nejčastější). (13)

¹⁰ REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence* s. 49

¹¹ *Alzheimerova choroba*. Dostupné na: <http://alzheimerovachoroba.ordinace.biz/2012>

Problém Alzheimerovy choroby, o které se hovoří jako o tiché epidemii tohoto století, je komplexní. Zahrnuje medicínské, sociální a ekonomické aspekty. Proto je třeba věnovat mu mimořádnou a celospolečenskou pozornost. (5)

3.1.3 Průběh Alzheimerovy choroby

Ve většině případů vzniká demence nenápadně, příznaky se vyvíjejí plíživě a pomalu. Choroba má trvale progredující ráz. Pravděpodobnost trvání vývoje choroby od prvních klinických příznaků je několik let. Muži umírají na tuto chorobu dříve než ženy.(2) Preklinickým stádiem v mnoha případech bývá lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment), u které subjektivně i objektivně zjištěná porucha paměti nedosahuje stupně demence a rovněž se nevyskytují poruchy aktivit denního života. (15)

Vývoj choroby probíhá v několika stádiích projevujících se specifickými příznaky. Ne všechny případy Alzheimerovy choroby mají totožné příznaky. Je to vlivem předchozího tělesného a duševního stavu, stylu života, typu osobnosti. Neliší se jen jedinci mezi sebou, ale mění se také den ode dne každý jednotlivec. Vlivem progresu nemoci se postup, který byl užitečný jeden týden, může stát v následujícím týdnu neúčinným (16) Hlavními klinickými příznaky jsou poruchy paměti, deteriorace myšlení a pokles funkčních schopností.

1. Lehké stadium (2 – 4 roky)

V období lehkého stádia se projevují poruchy kognitivních funkcí, zhoršování krátkodobé paměti. Poruchy paměti si dotyční uvědomují, jsou vystrašení a často je před okolím skrývají. Zapomínají a ztrácejí věci, obtížně hledají slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, často se opakují. Začínají se projevovat poruchy časové a prostorové paměti, s tím souvisí bloudění nejprve na místech málo známých, posléze i na místech známých. Dochází k poruchám nálady, k podrážděnosti, hostilitě i k blízkým lidem, k depresivním stavům. Pozvolna nastupují změny osobnosti. Klesá zájem o dění kolem vlastní osoby, soudnost a logické uvažování, zhoršuje se schopnost plynulého vyjadřování. Nastupují poruchy běžných denních aktivit - ztráta profesních dovedností, vyřazení z pracovního procesu, později i ztráta výkonu běžných prací v domácnosti a v neposlední řadě i péče o svoji osobu. V této fázi je na místě farmakoterapie.

2. Střední stadium (2 – 10 let)

V období středního stadia se poruchy kognitivních funkcí výrazně prohlubují, je narušena krátkodobá paměť, objevují se významné výpadky paměti, dezorientace má za následek bloudění po ulici i v domácím prostředí, hledání něčeho nebo bezcílné bloudění. Tendence k tuláctví může být zesílena v neznámém prostředí. Dlouhou dobu je zachována dlouhodobá paměť, které se využívá při reminiscenční terapii. Objevuje se často afázie, apraxie, agnózie, dále behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování – agitovanost, agresivita, útky, přidružené afektivní poruchy, přidružené psychotické příznaky – bludy, halucinace, poruchy spánku – nejčastější je výskyt posunutí cyklu spánek – bdění, někdy až plná inverze spánku, úzkosti, deprese většinou krátkého a přechodného trvání) a inkontinence. Svoji rodinu a nejbližší, které nemocní přestávají poznávat, považují za cizí osoby. Obtížně spolupracují, odmítají dodržovat hygienické návyky, nechťejí být motivováni, nejsou již schopni zvládat péči o sebe sama, nejsou soběstační. Při pohybu hrozí riziko pádů s následnými úrazy. Nemocní se stávají závislými na celodenní péči a dohledu svého okolí, tzn. rodinných příslušníků nebo profesionálů.

3. Těžké stadium (1 – 3 roky)

Těžké stadium charakterizují tak hluboké poruchy paměti, že nemocní již nezvládají uvědomění si místa a času, nepoznávají své nejbližší, dokonce ani sami sebe (v zrcadle nebo na fotografiích). Nerozumí mluvené řeči, již se ani sami smysluplně verbálně nevyjadřují, celkově málo komunikují, ztrácejí schopnost číst a psát, mají významné poruchy chování, dochází k výrazné deterioraci intelektu. Mívají potíže s chůzí, stávají se imobilními. Nezvládají bazální aktivity denního života (např: oblékání, svlékání, hygiena, samostatné stravování). Nastává svalová atrofie, obtíže při příjmu potravy, kachektizace, inkontinence moči a stolice, větší tendence k infekcím, zánětům plic a jiným onemocněním ohrožujícím život. Pacienti s těžkou formou demence již potřebují celodenní domácí nebo ústavní péči. I přes poskytovanou péči oslabený organizmus těchto pacientů často podléhá interkurentním chorobám (např. bronchopneumonii, na následky úrazů aj.). (30,33)

3.1.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují včasnou diagnózu s následnou farmakologickou i nefarmakologickou terapií. Doba přežití je od stanovení diagnózy v průměru 7-10 let s krajními rozmezími 2-20 roků. (13)

Klinické vyšetřování zahrnuje podrobnou rodinnou anamnézu (výskyt demence, deprese, cévních mozkových příhod), osobní anamnézu (užívané léky), údaje poskytnuté nejbližšími lidmi pacienta, vyšetření interní (krevní tlak, kardiální funkce, výživový stav), neurologické, psychologické, psychiatrické, laboratorní (základní biochemické vyšetření krevního séra a moči, stanovení hladiny vitamínu B12, stav funkce štítné žlázy - TSH, vyšetření zjišťující možnost zánětlivého postižení mozku, séroreakce na lues), vyšetření očního pozadí a rovněž zobrazovací metody (CT - počítačová tomografie mozku, MR - nukleární magnetická rezonance, SPECT – jednofotonová emisní tomografie, PET – emisní pozitronová tomografie). EEG vyšetření a vyšetření mozkomíšního moku nejsou rutinní. Standardizované testy určují přítomnost a stupeň demence, stupeň postižení kognitivních a nekognitivních funkcí. Běžná vyšetření mohou provádět i praktičtí lékaři, kteří by měli sehrávat úlohu ve vyhledávání osob postižených Alzheimerovou chorobou a v péči o ně. (12)

Vyšetřením psychických funkcí se zjišťují kognitivní poruchy (demence), poruchy afektu (deprese), hodnotí se psychosociální pohoda. V praxi nejčastěji používaným testem pro orientační diagnostiku syndromu demence je Krátká škála mentálního stavu (MMSE-Mini-Mental State Examination-test kognitivních funkcí podle Folsteina). Jde o základní test, který posuzuje stav kognitivních funkcí - orientaci, okamžitou paměť a výbavnost, pozornost, mluvenou i psanou řeč, počítání, konstrukční schopnosti (viz příloha č.1). Je vhodnější pro monitoraci průběhu demence, selhává v diagnostice časných stádií demence. Často používaným testem pro hodnocení kognitivních funkcí, který vhodným způsobem doplňuje test MMSE je Test kreslení hodin-Clock Test, Clock Drawing Test. Má význam pro srovnání výkonu nemocného v čase a podává také informace o momentálním stavu prostorového rozlišování, se kterým úzce souvisí stav ostatních kognitivních funkcí. Addenbrookský kognitivní test lépe testuje i paměť a je vhodný pro screening časných stádií demence. Jeho součástí je MMSE. (40)

Pro hodnocení afektivních funkcí seniorů se používá standardizovaný dotazník Škála deprese pro geriatrické pacienty (viz příloha č.2). Je to screening dotazem na přítomnost depresivních symptomů. Diagnostika deprese u pacientů s demencí je

významná jednak proto, že deprese je jedním z nejčastějších příznaků doprovázejících demenci nebo deprese může demenci napodobit-pseudodemence. (14)

Důležité je u pacientů s demencí hodnocení jejich soběstačnosti. Ti mají schopnost postarat se sami o sebe výrazně narušenu a neustále se zhoršující oproti pacientům s mírnými poruchami kognitivních funkcí, kteří ještě tuto schopnost mají. Proto má hodnocení soběstačnosti význam pro posouzení progresu demence a odhad zátěže pro pečující osoby. Pomocí standardizovaných diagnostických testů se hodnotí stupeň závislosti při každodenních činnostech, při sebeobsluze a úroveň kognitivních schopností. Sleduje se rozvoj nebo zánik určitých komponent soběstačnosti, což pomáhá k celkovému hodnocení stavu pacientů a plánování ošetrovatelské péče. Testy existují v různých modifikacích a hodnotí samostatnost provedení jednotlivých činností, potřebu dopomoci a péče. (10)

Komplexní hodnocení soběstačnosti zahrnuje posuzování základních všedních činností testem ADL podle Barthelové (viz příloha č.3). Jde o jeden ze základních a často používaných testů, kterým se zjišťují funkční schopnosti jedinců. Test instrumentálních všedních činností (IADL, viz příloha č. 4) je zaměřen ještě na lehčí poruchy soběstačnosti než test ADL. Může být proto pozitivní i u pacientů s negativním testem ADL. Jelikož na odpovědi pacientů nelze spoléhat, musí být testy zpracovány na základě údajů objektivizovaných ošetřujícím profesionálem nebo laikem. (21)

3.1.5 Terapie Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je progresivní a ireverzibilní onemocnění. Terapie by měla být komplexem řady opatření, které mohou významně zlepšit kvalitu života postižených. Měla by obsahovat biologické přístupy, z nichž je nejvýznamnější farmakoterapie, psychosocioterapeutické přístupy, především kognitivní trénink a další behaviorální postupy. Nezbytná je terapie všech přidružených somatických onemocnění, tělesná rehabilitace, dietoterapie i práce s rodinnými příslušníky a dalšími pečovateli nemocného včetně jejich edukace. Farmakoterapii lze nepřesně dělit na farmakoterapii kognitivních funkcí a na symptomatickou farmakoterapii nekognitivních funkcí. (38)

V současnosti není k dispozici terapie umožňující Alzheimerovu chorobu léčit, nebo alespoň zastavit její progresi. Léky zlepšují některé symptomy choroby, zpomalují její zhoršování, ale neodstraňují základní příčinu. Základem je farmakologická kognitivní terapie. *„Jednou z možností zlepšení kognitivních funkcí je ovlivnění metabolismu*

acetylcholinu, a to buď podáváním jeho prekurzoru (sójový lecitin ve velmi vysokých dávkách), nebo podáváním inhibitorů acetylcholinesterázy, enzymu zodpovědného za jeho odbourávání – takrin (Cognex), donepezil (Aricept), rivastigmin (Excelon).“¹² (27)

K ovlivnění cerebrálního metabolismu se používají nootropní farmaka, která vedou ke zlepšení využití glukózy v neuronech. U Alzheimerovy choroby se využívají v kombinaci s jinými látkami. Jde o piracetam (Piracetam, Geratam), pyritinol (Enerbol, Encephabol), dihydroergotoxin (Secatoxin). Působení podobné nootropikům mají vazodilatancia 2. generace, která mají navíc i metabolický efekt (Agapurin, Enelbin, Trental). K ovlivnění sterilní zánětlivé reakce, která vzniká u Alzheimerovy demence, se podávají nesteroidní antirevmatika (Ibuprofen, Indometacin). Ke snížení působení volných kyslíkových radikálů jsou používány antioxidanty hlavně vitamíny E a C ve vysokých dávkách, retinol, koenzym Q10, extrakty z ginkgo biloba, a selegilin (Jumex). Dále se doporučuje B komplex a beta karoten. (27, 39)

K nekognitivní terapii patří zvládání poruch chování - agitovanosti, agresivity (atypická neuroleptika) a psychotických projevů (antipsychotika 2. generace), emočních poruch – úzkosti a deprese (moderní antidepresiva z řady SSRI nebo SNRI) a poruch spánku (hypnotika nové generace). (27, 41)

Farmakologickou terapii je potřeba doplnit nefarmakologickou terapií, která proces choroby zpomaluje, zlepšuje kvalitu života nemocným a má vliv i na jejich lepší komunikaci s pečujícími osobami. Jde o ergoterapii napomáhající zachování určitých narušených funkcí nebo pomáhající zajistit jejich kompenzaci. Dále jde o reminiscenční terapii využívající vzpomínek, vědomostí a návyků zafixovaných v dlouhodobé paměti, upevňující identitu a sebeúctu nemocného. Pet-terapie využívá pozitivního vlivu domácích zvířátek při kontaktu s nemocným, muzikoterapie (zpěv, poslech hudby) redukuje agitovanost a pozitivně ovlivňuje příjem potravy.

¹² MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 195

U kinezioterapie (terapie pohybem) jde o procházky a jednoduché cviky ke zlepšení držení těla a rovnováhy. Masáž rukou nebo jemný dotek na předloktí snižuje agitovanost či zlepšuje chování nemocných při jídle. Environmentální manipulace (komplexní individuální přístup, úprava prostředí k lepší orientaci, bezpečnému pohybu nemocného, dostatek stimulů) zlepšuje soběstačnost. Využití kognitivního tréninku je spíše v časných stádiích demence u nemocných, kteří jsou sami motivováni. Přílišná motivace pečovatele může mít negativní dopad na nemocného (frustrace, deprese). Terapie pomocí kontroly realitou (dobře čitelná označení místností a věcí, barevná označení prostor, různé nápovědy) přispívá ke zlepšení soběstačnosti, ke zmírnění dezorientace. Psychoterapie je důležitá ke zmírnění stavů úzkosti či deprese a má být zaměřena na uchování běžných denních aktivit a návyků. (38) Validační terapie používaná v běžné praxi vede ke zklidnění, zmírnění agresivity, k motivaci a posílení lidské důstojnosti. Jedná se o využití specifického přístupu k pacientovi, ve kterém terapeut využívá paměťové poruchy nemocného, svým nasloucháním a empatií pracuje s jeho původním tématem, nikdy neříká ne, postupnými kroky odvádí pozornost na jiné téma, aby zabránil nežádoucím aktivitám. (17)

4 SOUHRNNÁ CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Zdravotně sociální péče se nachází na rozhraní působnosti dvou odborných ministerstev – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Jedná se o péči, kdy její jednotlivé znaky - péče zdravotní a péče sociální – se navzájem úzce prolínají, v některých případech jedna druhou převyšuje. V současné době je vlivem rozdělení kompetencí jednotlivých ministerstev a přetrvávání legislativních bariér obtížné rozlišení, financování a vykazování jednotlivých služeb, které se prolínají jak ve zdravotnických, tak i sociálních zařízeních různých zřizovatelů. Péče o seniory musí být komplexní, tzn. musí být v potřebné intenzitě poskytována současně jak zdravotní, tak i sociální péče. Nelze je od sebe oddělovat z důvodu provázanosti zdravotně-sociálních potřeb seniorů, kteří potřebují buď oba typy péče současně, nebo se pouze střídá jejich naléhavost. Nutností je dostupnost a vzájemná návaznost zdravotní i sociální péče pro všechny osoby, které ji potřebují, s akceptací velké heterogenity seniorské populace, s respektováním individualizovaného přístupu ke konkrétním potřebám seniorů. (21,5)

Další vývoj společnosti a její ekonomické situace bude vyžadovat, aby se co nejvíce omezovala péče na lůžku (hospitalizace, dlouhodobé a trvalé ústavní pobyty) jako záležitost vyžadující vysoké náklady od společnosti. Těžištěm služeb a péče by měly být terénní komunitní služby, rozvoj domácí péče, rozvoj nových forem péče o seniory, poskytnutí služeb stacionářů, respitní služby (např. formou denních pobytů nebo krátkodobého ústavního ošetřování náročných pacientů např. se syndromem demence, zajišťující zasloužený odpočinek pečujících osob) a podpora starajících se rodin. (4,21)

4.1 Zdravotní péče o seniory

S pokračujícím demografickým stárnutím se i v České republice medicína geriatrize (nárůst pacientů nad 65 let objevující se ve většině lékařských oborů). Budou narůstat potřeby poskytování zdravotní péče. Potřeba i spotřeba zdravotní péče je ovlivněna hlavně zdravotním stavem, závažností onemocnění i faktory sociálními, osobními, psychologickými aj.

Zdravotní péče se poskytuje na základě povinného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Stát platí pojistné za osoby, které již nejsou výdělečně činné a pobírají starobní nebo invalidní důchod. Tato část populace je vyšším spotřebitelem zdravotní péče z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu.

4.1.1 Členění zdravotní péče

1. Ambulantní zdravotní péče

- *primární zdravotní péče (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, stomatolog, gynekolog).*
- *specializovaná ambulantní zdravotní péče (chirurgie, ortopedie, urologie)*
- *zvláštní ambulantní péče (domácí péče, péče ve stacionářích, zdravotní péče v ústavech sociálních služeb)*

2. Ústavní péče

- *péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech*
- *zvláštní ústavní péče - paliativní a symptomatická lůžková zařízení hospicového typu pro osoby v terminálním stavu*

3. Zvláštní druhy zdravotní péče

- *lékařská služba první pomoci a zdravotnická záchranná služba*
- *dispenzární péče a závodní preventivní péče¹³ (18)*

Zdravotnické instituce se dělí dle svého začlenění do primární, sekundární a terciární péče. Zmíním se o praktických lékařích poskytujících primární zdravotní péči a zaujímajících klíčové postavení v péči o seniory. Praktičtí lékaři mají mít přehled o zdravotní a sociální situaci svých pacientů, které v případě potřeby odesílají k různým specialistům, případně ke geriatrům, kterých je však málo. Zpravidla navrhnou hospitalizaci. V činnosti praktických lékařů je i primární, sekundární a terciární prevence, rovněž i dispenzarizace hlavně rizikových seniorů. Praktičtí lékaři by měli u seniorů využívat každé návštěvy na zhodnocení zdravotního stavu, odhalení rizikových faktorů a včasnými intervencemi zlepšit průběh i prognózu onemocnění, mohou předejít vzniku nesoběstačnosti, závislosti a snížit spotřebu další specializované zdravotní a sociální péče.

¹³ KAHOUN, V. a kolektiv. *Sociální zabezpečení*, s. 373,374

Od praktických lékařů se očekává v péči o staré osoby spolupráce se všemi složkami primární péče a to s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, pracovníky komunity, nestátními neziskovými organizacemi. (21, 2) Praktičtí lékaři by měli poskytovat informace o nabídce služeb pro seniory. Rovněž schvalují ošetrovatelskou péči u nemocných jak v domácnostech formou home care, tak ve stacionáři. Potvrzují začlenění nemocných do stacionářů, také jejich zdravotní stav před nástupem na respitní péči nebo do lůžkového zařízení.

Poskytovateli primární zdravotní péče jsou také agentury domácí péče – home care. O té bych se ráda zmínila v souvislosti s péčí, kterou jsem jako všeobecná sestra home care poskytovala pacientům, kteří byli i klienty denního stacionáře. Jejím posláním je umožnit klientům setrvat i přes svoje zdravotní problémy ve vlastním domácím prostředí. Tuto péči vykonávají všeobecné zdravotní sestry s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Je poskytována na doporučení praktického nebo odborného lékaře či lékaře zdravotnického zařízení, ze kterého je pacient propouštěn. Zajišťuje odbornou zdravotní péči o pacienty po propuštění z nemocnice, akutní péči i dlouhodobou péči o chronicky nemocné. Domácí péče je hrazena z prostředků zdravotního pojištění, standardně v rozsahu až 3x denně po jedné hodině s možnou výjimkou rozšířené péče schválené revizním lékařem dané zdravotní pojišťovny. Nadstandardní služby si hradí klient ze svých prostředků.

Poskytovateli domácí péče jsou státní, městské, charitativní nebo soukromé organizace. Velký význam má návaznost na sociální služby a to zejména na pečovatelskou službu, neboť tyto dvě složky se permanentně prolínají a doplňují při komplexní péči o pacienty, zajišťují péči o nemocné bez nutnosti hospitalizace, oddalují trvalou ústavní péči. Pečovatelskou službu v domácnosti měli rovněž zavedenu i někteří klienti denního stacionáře. Pečovatelky v jejich domácnosti vykonávaly za úplaty dle ceníku činnosti nasmlouvané rodinou dle potřeb a přání seniorů (pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti). Ve své praxi jsem se setkala s kombinací poskytování péče. Jednalo se např. o ošetrovatelskou péči sester home care v ranních hodinách, během dne byla seniorovi poskytována péče v denním stacionáři, po jeho návratu domů v odpoledních hodinách docházela do domácnosti pečovatelka a ve večerních hodinách sestra home care. O víkendu měl klient denního stacionáře zajištěnu péči ze strany rodiny nebo rodiny v kombinaci s péčí pečovatelky a sestry home care.

4.2 Systém sociální pomoci

V současnosti se sociální pomoc poskytuje dvěma formami. Jedná se o:

1. sociální služby (poskytovateli jsou zpravidla nestátní neziskové organizace, obce, kraje)
2. sociálně právní ochrana a dávky sociální pomoci (poskytovatelem je stát prostřednictvím pověřených obecních úřadů)

Jednotlivé formy sociální pomoci se financují z veřejných zdrojů (ze státního rozpočtu, z rozpočtů územně samosprávných celků, sociální služby mají vícezdrojové financování, včetně úhrad uživatelů u služeb sociální péče). (18)

Od roku 1989 prošly sociální služby velkým rozvojem v souladu s politickým a ekonomickým vývojem. Komplexní právní normou, která přináší úpravu vztahů při poskytování sociálních služeb je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách několikrát novelizovaný. Tento zákon definuje sociální služby jako činnost či soubor činností, které zajišťují pomoc i podporu lidem za účelem jejich sociálního začlenění a prevence sociálního vyloučení. (19) Potřebu poskytování sociálních služeb vyvolává vznik snížené soběstačnosti a schopnosti starat se o sebe a svoji domácnost.

Zákon určuje možné poskytovatele sociálních služeb s jejich povinnostmi registrace a dodržování standardů kvality. Zákon přinesl také změnu v postavení tzv. uživatele sociálních služeb, kterému jsou tyto služby poskytovány na základě smluvního vztahu a nikoliv na základě rozhodnutí příslušného úřadu. Uživatel má nyní plné právo a možnost požadovat, aby sociální služby, které jsou mu poskytovány, byly kvalitní a naplňovaly jeho potřeby. (24)

4.2.1 Sociální služby a jejich členění

„Sociální služby jsou souborem dílčích činností vykonávaných v rámci poskytování služeb. Mezi tyto činnosti patří např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí ubytování nebo přenocování, výchovné a vzdělávací činnosti, sociální poradenství, zprostředkovatelská činnost, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí, podpora dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, podpora

soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění apod. V některých zařízeních pobytových sociálních služeb (týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro seniory se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem) má jejich provozovatel povinnost zajistit též zdravotní péči pro klienty, a to formou ambulantní péče buď prostřednictvím zdravotnického zařízení, nebo přímo prostřednictvím svých zaměstnanců s odbornou způsobilostí.“¹⁴ (18) Sociální služby poskytují konkrétní pomoc a podporu osobám, které nevládají nebo zvládají s obtížemi svoji sociální situaci. (18)

Sociálně zdravotní služby se dle zákona č. 108/2006 Sb. poskytují jak v pobytových zařízeních sociálních služeb, tak v pobytových zdravotnických zařízeních (sociální lůžka, odlehčovací péče aj.). Zejména jsou poskytovány osobám, které nevyžadují akutní zdravotní péči, ale nejsou schopny se o sebe kvalitně postarat ve vlastním domácím prostředí. (18)

Zřizovateli zařízení, která poskytují sociální služby, mohou být v ČR obce, kraje, MPSV, nestátní neziskové organizace, nadace a jiné právnické a fyzické osoby.

Sociální služby jsou financovány z více zdrojů. Dotacemi ze státního rozpočtu, z veřejných rozpočtů, z evropských fondů, prostředky získanými vlastní činností poskytovatelů, sponzorskými dary, výnosy veřejných sbírek aj. Dalším zdrojem jsou např. úhrady samotných klientů včetně jejich příspěvku na péči. (20). Tento příspěvek je nová dávka dle zákona a nahrazuje dřívější dávky a to příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost zrušené k 1.1.2007. To znamená, že se poskytuje přímo osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Neposkytuje se osobám zajišťujícím péči. Pojem „závislost“ nahradil od 1.1.2007 pojem „bezmocnost“ (částečná, převážná, úplná). (4)

Závislost je rozdělena do čtyř stupňů (lehká, středně těžká, těžká, úplná). Míra závislosti je posuzována podle počtu úkonů uvedených v zákoně, které není osoba schopna samostatně zvládat a přitom se hodnotí schopnost péče o vlastní osobu a soběstačnost. Jednotlivým stupňům odpovídají stanovené finanční částky. (4)

¹⁴ KAHOUN, V. a kolektiv. *Sociální zabezpečení*, s. 255

Sociální služby jsou poskytovány za úhradu nebo bez úhrady, vždy však v rozsahu určeném zákonem nebo prováděcí vyhláškou MPSV ČR. (19) V zákoně se stanoví maximální výše úhrad z důvodu zamezení finančního zneužití při provozování sociálních služeb.

Základní druhy sociálních služeb

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Sociální poradenství:

- a) základní – poskytování informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace
- b) odborné – zaměřeno na poskytování informací pro potřeby sociálních skupin prostřednictvím specializovaných poraden (20)

Služby sociální péče mají pomáhat osobám se zajištěním popř. obnovením fyzické i psychické soběstačnosti. Umožnit jim zapojit se v co největší míře do běžného života společnosti a v případech, kdy to jejich stav vylučuje, jim rovněž zajistit důstojné prostředí a zacházení, což je cílem těchto služeb. Mezi ně se řadí osobní asistence (terénní služba), pečovatelská služba (terénní nebo ambulantní služba), tísňová péče (terénní služba), průvodcovské a předčitatelské služby (terénní nebo ambulantní služby), podpora samostatného bydlení (terénní služba), odlehčovací služby (terénní, ambulantní, pobytové služby), služby v centrech denních služeb (ambulantní služby), služby v denních stacionářích (ambulantní služby), služby v týdenních stacionářích (pobytové služby), služby v domovech pro seniory se zdravotním postižením (pobytové služby), služby v domovech pro seniory (pobytové služby), služby v domovech se zvláštním režimem (pobytové služby), chráněné bydlení (pobytová služba), sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (pobytové služby). Popis shora uvedených služeb a jejich konkrétní náplně je uveden ve znění zákona č. 108/2006 Sb., v ustanovení §§ 39 – 52. (18)

Služby sociální prevence jsou zaměřeny na situace a jevy, jež mohou vést k sociálnímu vyloučení osob. (25) Mají vést k překonávání nepříznivé sociální situace těchto osob a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Zákon č.108/2006 Sb. uvádí v ustanovení §§ 54 –70 a v prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb. podrobnější vymezení obsahu uvedených služeb.

Základní formy poskytování sociálních služeb

- pobytové (spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb)
- ambulantní (klient za službou dochází, je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb – bez ubytování, klient tzv. jde za službou)
- terénní (poskytovány v přirozeném tj. zpravidla domácím sociálním prostředí klientů, služba tzv. jde za klientem)

Zákon o sociálních službách vyjmenovává druhy zařízení, ve kterých jsou poskytovány ambulantní nebo pobytové sociální služby a tyto služby popisuje. Jde např. o centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a jiná, jejichž úplný výčet je obsažen v ust. § 34 zákona o sociálních službách. (18)

4.3 Význam rodiny a domácího prostředí pro seniory, pomoc rodinám

Stárnutím často ubývají schopnosti lidí. Ti jsou nuceni přizpůsobovat se změněným podmínkám, běžné úkoly musí potom zvládat jiným způsobem, než byli zvyklí na vrcholu svých sil. Některým je třeba dle jejich současných potřeb např. upravit domácnost. Jiní mohou mít problémy s udržováním domácnosti a s běžnými aktivitami. Někteří staří lidé si nemusí plně uvědomovat úbytek svých schopností, mohou být méně soudní a raději dají přednost izolaci ve svém bytě, spojenou s problémy v péči o domácnost i svoji osobu. Důvěrně známé prostředí je jejich jistotou, o kterou nechtějí přijít. Vlivem snížené soběstačnosti seniorů v pokročilém stáří, kdy právě potřebují pomoc i v běžných každodenních činnostech, dochází k jejich závislosti na pomoci druhých lidí, buď rodinných příslušníků, příbuzných, známých, nebo profesionálů v jejich domácím prostředí či v různých zařízeních pro seniory. Dochází ke změně stylu jejich života vycházející z této nové situace. Pro mnoho seniorů může být velice těžké přijmout skutečnost snižující se celkové soběstačnosti, závislosti na druhých, tudíž požádat a přijímat pomoc od druhých. Mohou mít pocity selhání, méněcennosti, ponížení, nespokojenosti či zbytečnosti. Nechtějí být pro okolí zátěží, být na obtíž, stydí se za to, že potřebují pomoc a že určité věci nezvládají. Snadno se může objevit depresivní ladění u těchto osob. Mnohdy je těžké nepodlehnout pocitu bezmocnosti, apatii a rezignaci. (7) Z toho vyplývá, že je nezávislost a soběstačnost nesmírně důležitá

a znamená pro každého samostatně existovat v prostředí, v němž žije. Také udržuje sebeúctu lidí.

Citové vazby na nejbližší osoby, zvláště na rodinu, pocit fyzické a psychické blízkosti partnera, dětí a vnoučat, jsou pro staré lidi velice důležité. Správně fungující rodina pro seniory představuje hlavní životní zázemí, jistotu, je zdrojem opory a pomoci. Pokud je člověk navíc těžce nemocný a nesoběstačný, je dobře fungující rodina tím nejlepším prostředím, ve kterém jsou respektovány všechny jeho potřeby a přání. Rodina je rovněž prostředníkem jeho styku s blízkými lidmi, vrstevníky, přáteli, sousedy a brání tak sociální izolaci nemocného.

Rodina by měla mít nezastupitelnou úlohu v péči o seniora. V domácím prostředí je tato péče možná jen za předpokladu, že rodinní příslušníci chtějí, mohou a umí o dotyčného pečovat. Důležitá je pro ně motivace k péči. (1) V současné době, oproti dřívějším dobám, se mnohdy nemohou rodinní příslušníci z různých důvodů každodenně starat o své nemocné blízké a zcela jim přizpůsobit svůj život. Pro některé bývá snadnější zajistit seniorovi pobytové zdravotnické nebo sociální zařízení. Rodinám, které pokud chtějí a celkový zdravotní stav seniora dovolí se o něj starat, je třeba vycházet vstříc a poskytovat jim podporu ze strany společnosti.

Pokud jsou senioři nuceni odejít ze svého prostředí do zdravotnického nebo sociálního zařízení nejčastěji z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a z toho plynoucí neschopnosti sebeobsluhy a ztráty soběstačnosti, může být pro ně tato situace velkou psychickou zátěží, zdrojem úzkosti, nejistoty, strachu ze změněného prostředí, z anonymní role obyvatele zařízení, ve kterém je život organizovaný s dodržováním určitých pravidel denního režimu a kde jsou cizí lidé. Vždy záleží na závažnosti zdravotního stavu. Na některé může mít hospitalizace v nemocnici nebo pobyt v určitém zařízení i kladný vliv a to při zachování naděje na úspěšné léčení nebo pozitivní sociální význam tím, že nejsou osamoceni mezi ostatními pacienty. Délka adaptace na nové prostředí je ovlivněna tím, zda je umístění dotyčného v něm dobrovolné či nedobrovolné. Záleží také na tom, jaký byl člověk před onemocněním. (7)

Demence jsou globálním problémem souvisejícím s prodlužováním délky života a stárnutím populace. Náleží mezi nejzávažnější onemocnění osob vyššího věku s výrazným negativním dopadem nejen na osoby jimi postižené, ale i na ty, kteří o postižené pečují. *„Počáteční stadia demence probíhají obvykle v domácím prostředí a jsou příčinou dysbalance celého rodinného systému, řady stresových situací a studu u nemocného i u jeho partnera či dětí. Dochází k vypadávání z tradičních rolí,*

k chybování, ke ztrátě zájmů, ke konfliktům, pláči a výčítkám. Situaci mohou zhoršovat paranoidní projevy nemocného či jeho žárlivost. Podporu potřebuje stejně nemocný jako rodina, zvláště partner.“¹⁵ (2)

Pro pečující osoby je postupující deteriorace psychických a tělesných funkcí, změna osobnosti nemocného a tím péče o něj z hlediska prognózy dlouhodobě velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěží. (30) Zátěž bývá zpravidla umocněna nutností opustit nebo změnit zaměstnání, či snížit pracovní úvazek a věnovat se péči o nemocného.

Každodenní dlouhodobá péče o nemocného, bezmocného navíc dementního člověka je zodpovědná a náročná. Je třeba, aby měl nemocný doma klidné harmonické prostředí s pravidelným denním režimem, aktivitami posilujícími dřívější dovednosti, lehkou psychickou i fyzickou zátěží a minimem nových podnětů. Péče je však vyčerpávající, mnohdy až neúnosná po všech stránkách. U ošetřovaného se může projevovat egoismus, začíná považovat poskytovanou péči okolí o svoji osobu za samozřejmost a začíná ji, kolikrát i bezohledně, vyžadovat. Chybí mu již schopnost objektivního hodnocení situace. (7) Pečující osoby jsou často nuceni slevit z uspokojování svých vlastních potřeb. Kvalita jejich života se snižuje. Mnohdy bývají izolováni od okolního prostředí a sami začnou trpět zhoršením svého zdravotního stavu fyzického i psychického. Mohou pociťovat úzkosti, frustraci i deprese. Chronický stres bez možnosti potřebného odpočinku může vést právě k jejich fyzickému, emocionálnímu a duševnímu vyčerpání. Proto je u těchto osob velice důležitá prevence syndromu vyhoření spočívající v odreagování, odpočinku, relaxaci takovými způsoby, jaké každému vyhovují. S tím souvisí i možnost uplatnění např. respitní péče. Často těmto pečovatelům chybí dostatek informací o tom, kam se obrátit o pomoc. Zde zastávají svoji hlavní úlohu praktičtí lékaři, kteří by měli podat informace o možnosti poskytování služeb v příslušné komunitě (domácí péče, pečovatelská služba, stacionáře, dobrovolníci, charitativní sdružení aj.) (22)

¹⁵ . KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA ,P. a kolektiv. *Geriatricie a gerontologie*, s. 445

V péči o člověka s demencí je důležitá edukace pečujících osob. Zde lze využít poznatků a informací, které poskytuje Česká alzheimerská společnost (ČALS), člen významných mezinárodních organizací – Alzheimer's Disease International (Mezinárodní alzheimerská asociace = ADI) a Alzheimer Europe (evropská asociace alzheimerských společností) (5). ČALS vznikla v roce 1996 a v roce 1997 byla zaregistrována jako občanské sdružení. (6) Je velice uznávanou společností. Poskytuje psychoedukaci, organizuje semináře, školení pro profesionály i širokou veřejnost. (29) Rovněž poskytuje různé druhy péče včetně respitní péče, zabývá se mnoha činnostmi, projekty, disponuje knihovnou s publikacemi a vydává informační materiály. Kontaktní a informační centrum sídlí v Praze. Pobočky ČALS jsou po celé ČR a působí jako informační a poradenská centra pro lidi postižené syndromem demence a jejich rodinné příslušníky. (17)

Jednou z poboček je od roku 1999 i středisko Městské charity v Plzni v Lobzích. Zde je poradna jak pro rodinné příslušníky a osoby pečující o blízké postižené poruchami paměti a demencí, tak i pro osoby, které mají problémy s pamětí. Rovněž i pro širokou veřejnost s možností si nechat otestovat paměť. V poradně poskytuje informace sociální pracovnice a zprostředkovává kontakt i s odborníky - převážně psychiatrem. Tzv. „Čajů o páté“ v současnosti pořádaných v Domově sv. Aloise se účastní převážně rodinní příslušníci nemocných postižených demencí, kteří si vyměňují mezi sebou zkušenosti, vzájemně se informují, diskutují o problémech a potřebách, které péče o nemocné s demencí přináší. Rovněž se účastní i zájemci, kteří mají v rodině už nemocného blízkého nebo mají u něho podezření na počínající demenci a ještě nenavštívili odborného lékaře. Pořádají se zde přednášky, besedy, setkání s odborníky, konzultace se sociální pracovníci poradny a vedoucí Domova sv. Aloise. Sama jsem měla možnost zúčastnit se těchto setkání svépomocných skupin pečujících. Myslím si, že jsou to přínosná setkání jak pro tyto pečující laiky, tak i pro profesionály. Pečujícím osobám se uleví, odlehčí od problémů se svými nemocnými blízkými a jsou povzbuzeni k další péči. Získají i nové informace a cenné rady týkající se péče (např. si mohou vzájemně doporučit lékaře psychiatra, protože se stává, že je dotyčný nemocný léčen u neurologa a psychiatra nemá).

Každoročně dne 21. června v den svátku Aloise jako připomenutí problematiky demencí a důležitosti včasné diagnostiky pro správnou terapii a péči, probíhá v ČR „Pomerančový den“ vyhlášený ČALS jako Světový den Alzheimerovy choroby (místo datumu 21. září vyhlášeným ADI v roce 1994). V tento den probíhá řada akcí,

informační a sbírková kampaň na všech pobočkách ČALS. Získaná finanční částka je určena ke zlepšení podmínek lidí postižených demencí včetně jejich rodin. ČALS také každým rokem uděluje prestižní cenu Zlatá vážka pro ty, kteří významně přispěli k péči o staré a staré nemocné lidi. (5,6)

Často bývá problémem, kam umístit nemocné seniory, kteří trpí poruchami paměti a zejména pak určitými formami demence. Někteří nemocní jsou umístěni v ústavních zařízeních zdravotní nebo sociální péče (Léčebny dlouhodobě nemocných, Domovy pro seniory, psychiatrické léčebny, některá soukromá zařízení). Větší počet nemocných však zůstává v domácím prostředí, kde jim poskytují péči rodinní příslušníci často s pomocí domácí zdravotní péče, pečovatelské služby, asistenční služby, tísňové péče nebo docházejí či jsou ubytováni ve stacionáři.

Nejen ve specializovaných zařízeních s podpůrným prostředím pro tyto nemocné, ale i na nesespecializovaných pracovištích, je třeba respektovat zájmy nemocných, poskytovat jim individuální péči, podporovat jejich důstojnost, spokojenost, chovat k nim úctu, mít empatii a poskytnout jim možnost využívat jejich zachovalé schopnosti v každodenním životě. Personál by měl být schopný rozumět problematickému chování těchto nemocných a podle stupně projevů demence k nim volit vhodný přístup. (17)

Spolu se společenskými změnami po roce 1989 se zkvalitnila a rozšířila péče o seniory i zásluhou různých poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Díky zvyšujícímu se počtu seniorů s poruchami kognitivních funkcí a demencemi zvláště s Alzheimerovou chorobou, stále roste zájem o tuto problematiku. Jsou zřizována specializovaná zařízení, která soustřeďují pozornost na tyto seniory a poskytují jim potřebnou péči. Po roce 1989 se rozšířila síť denních center pro seniory. Několik je jich specializováno právě na péči o pacienty s demencí, ale poptávka je jimi pokryta jen v malé míře. Některé neziskové organizace poskytují respitní (úlevové) služby. (20) Jsou zřizovány také domovy se zvláštním režimem, což umožňuje zákon č. 108/2006 Sb. Tyto domovy by byly pro pacienty s demencí a jejich rodiny vítaným řešením, kdyby jich byl dostatek. (5)

Regionální implementační strategie přijatá v roce 2002 pro Madridský mezinárodní akční plán zmiňuje v závazku č.7: *„Zejména přístup k pacientům s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi vyžaduje skutečně komplexní, multidisciplinární přístup se zřetelem na potřeby pacienta i jeho pečujících. Důležité je také zajištění podpůrných, domácích a respitních služeb, které by měly tvořit široké spektrum od domácí péče a pomoci přes poradenství, denní centra až k respitním pobytům a podobně. Jenom tímto*

způsobem je možné oddálit pobyt pacienta postiženého demencí v ošetrovatelském domě nebo v psychiatrické léčebně.“¹⁶ (8)

„Demenca představuje pro postiženou osobu obrovskou ztrátu pronikající všemi aspekty všedního života. Porucha deformuje obraz, který osoba o světě získává, a také způsob, kterým vyjadřuje své reakce.“¹⁷ (16)

Ti nemocní, kteří si poruchy svých kognitivních funkcí ještě uvědomují, nesou těžce pocit ztráty společenské prestiže a snížení ekonomické úrovně. Chování nemocného člověka bývá pro jeho okolí často nesrozumitelné a nepředvídatelné. Proto postoj některých lidí k seniorům trpícím demencí může mít projevy jednak soucitu, ale mnohdy i odporu, bázně, opovržení a vyhýbání se kontaktu s nimi. (7) Mnoho lidí si také myslí, že demence přirozeně provází stáří jako takové a nelze s tím nic dělat. Toto pramení především z neznalosti a malé informovanosti o dané problematice. Kdo nepřišel do kontaktu s demenčními osobami, těžko může chápat jejich situaci. Je proto nutné seznamovat nejširší veřejnost včetně mladších generací s problematikou duševních chorob a s jejich projevy. (28)

Alzheimer Europe vyzývá v Pařížské deklaraci přijaté výročním shromážděním Alzheimer Europe 29. června 2006 v Paříži, Evropskou unii, Radu Evropy a vlády jednotlivých zemí, aby „ uznaly, že Alzheimerova choroba a jiné formy demence představují významný zdravotnický problém, který je třeba řešit koordinovaně jak na evropské a mezinárodní úrovni, tak i na úrovni jednotlivých států, a přijmout na všech výše uvedených úrovních, akční plány pro řešení této problematiky.“¹⁸ (8)

¹⁶ HOLMEROVÁ, I., CILAG, J. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*, s. 57

¹⁷ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 21

¹⁸ HOLMEROVÁ, I., CILAG, J. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*, s. 57

5 Denní a týdenní stacionář pro seniory s poruchami paměti a demencemi v Plzni

Na území statutárního města Plzně byl provoz prvního střediska Denního stacionáře pro seniory s poruchami paměti a fyzickým handicapem (stavy po CMP, úrazech) zahájen jako jediný v Plzni u Městské charity Plzeň (MCHP) v březnu 1997 v sídle Charitní ošetrovatelské a pečovatelské služby (CHOPS) v Polední ulici v Lobzích, od října 1997 i s možností týdenního pobytu.

Druhé středisko bylo otevřeno v listopadu 1997 ve Chválenické ulici v Plzni. Po jeho zrušení se v roce 2002 otevřelo středisko ve Francouzské ulici v Plzni. K 31.12.2010 bylo zrušeno středisko jak v Polední, tak i ve Francouzské ulici. U MCHP zanikl denní stacionář a dále byl provozován pouze týdenní stacionář v Domově se zvláštním režimem - Domov sv. Aloise v Hradištské ulici v Plzni. Toto zařízení sociálních služeb s nepřetržitým provozem pro osoby s poruchami paměti a demencemi využívali i klienti týdenního stacionáře při zhoršení jejich zdravotního stavu nebo rodinné situace. Výhodou pro klienty byl nezátěžující přechod na tento typ zařízení, než jaký by byl při překladi do jiného pobytového zařízení. Ve stacionáři byla kapacita osmi lůžek z celkového počtu 36 lůžek Domova sv. Aloise. K 31.12.2011 týdenní stacionář u MCHP zanikl z ekonomických a provozních důvodů. Klienti stacionáře zůstávají dále v Domově se zvláštním režimem v nepřetržitém provozu. Zde jsou pod stálým dohledem a jsou jim poskytovány služby dané zákonem č. 108/2006 Sb. § 50. Do Domova sv. Aloise dochází jedenkrát týdně praktický lékař, jedenkrát za dva týdny psychiatr, jedenkrát za měsíc neurolog a dle potřeby stomatolog a urolog. Do Domova sv. Aloise i nadále dochází pravidelně kněz, který slouží mši svatou, vykonává individuálně svátost smíření a tím pečuje o duchovní potřeby klientů. Dle zájmu si zde mohou klienti za úplaty sjednat fakultativní služby (pedikúra, kadeřnice). (43)

Dne 1. dubna 2011 otevřela Mgr. Bohumila Hajšmanová Domovinka další sociální zařízení zvláštního režimu pro seniory se zdravotními a duševními problémy potřebující pomoc v každodenním životě - denní a týdenní stacionář v Úslavské ulici v Plzni. (44)

Stacionáře jsou novějším typem zařízení sociálních služeb, které poskytují služby při týdenním nebo denním pobytu specifickým typům klientů. Bývají u určitého poskytovatele sociálních služeb jako jedno z jeho zařízení. Mezi poskytovatelem a klienty (příjemci péče a služeb) je uzavřen písemný smluvní vztah. S tím souvisí i

informovanost rodinných příslušníků o podmínkách poskytované péče a služeb, o možnosti návštěv. Zde má svoji nezastupitelnou úlohu sociální pracovnice zařízení. Potenciálním klientům i jejich rodinám je umožněno navštívit tato zařízení a seznámit se s jejich provozem. Pro uchazeče, kterým nelze zpravidla z kapacitních důvodů okamžitě vyhovět, je vedena jejich evidence.

5.1 Vymezení pojmu denní a týdenní stacionář

Zákon č. 108/2006 Sb. definuje denní stacionáře jako místa poskytování ambulantních služeb osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického postižení nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (21) To znamená, že denní stacionáře poskytují klientům denní služby a nezajišťují ubytování. Do denního stacionáře je klient dopravován rodinným příslušníkem nebo osobou, která o něj pečuje, popřípadě pracovníkem v sociálních službách. Základními činnostmi služeb v denním stacionáři jsou: *„pomoc při zvládnání běžných úkonů, péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*¹⁹ (23) V odpoledních hodinách se klient opět za doprovodu vrací domů.

Stejný zákon vymezuje i pojem týdenní stacionáře, ve kterých se poskytují pobytové služby osobám uvedeným v denních stacionářích a jejichž služby obsahují základní činnosti ve stejném rozsahu jako v denních stacionářích s tím rozdílem, že klienti jsou zde v průběhu týdne ubytováni. Klient by se měl vracet do domácího prostředí pravidelně na víkend, existuje však možnost setrvání ve stacionáři, avšak víkend doma musí trávit alespoň jedenkrát v měsíci.

¹⁹ EDICE ÚZ. Úplné znění zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, s. 160

Týdenní stacionář může poskytovat také respitní péči, která je na dobu určitou. Přijímá klienty na přechodnou dobu (až třítýdenní) jako řešení pro pečující osoby, které se o své nemocné blízké nemohou z různých důvodů starat. Např. sami onemocní, řeší své osobní problémy a záležitosti, jsou pracovně vytíženi nebo si potřebují odpočinout. Repitní péče (úlevová) je ve všech směrech únosnější pro seniory než ústavní péče a pro společnost je výhodná i po ekonomické stránce. Tuto péči si hradí klienti dle ceníku služeb.

Služby stacionářů se poskytují za úplatu. Uživatel hradí náklady na ubytování, stravu a poskytovanou péči v souladu se smlouvou s poskytovatelem sociálních služeb. Dle zákona č. 108/2006 Sb. „ *Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis. Po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu. Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku.*“²⁰ (23) Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb ve stacionářích stanoví aktuální vyhláška.

Podmínkou přijetí do stacionářů je podání žádosti o umístění, alespoň částečná mobilita klienta, jeho zájem o pobyt v kolektivu, doporučení od klientova praktického lékaře a během zkušební doby posouzení jeho sžití s kolektivem. Z přijetí jsou vyloučeny osoby imobilní, nepřizpůsobivé, neschopné soužití v kolektivu, návykově závislé, osoby v těžkém stádiu Alzheimerovy choroby nebo osoby vyžadující hospitalizaci. (44)

Ve stacionářích pracuje s klienty personál složený z pečovatelů (s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách), registrovaných všeobecných sester, fyzioterapeuta, sociální pracovníce. Na požádání k uspokojení požadavků věřících je zajištěn i duchovní. Ve stacionářích se poskytují také poradenské služby týkající se problematiky poruch paměti a demencí. Je zde rovněž možnost sjednání fakultativních služeb (kadeřnice, pedikúra).

Významná je spolupráce personálu stacionářů s rodinnými příslušníky, kteří zajišťují léky, inko pomůcky, návštěvy svých blízkých u praktického lékaře a odborných specialistů.

²⁰ EDICE ÚZ. *Úplné znění zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách*, s. 165

5.2 Význam stacionární péče

Schopnosti klientů se často mění. Jiné jsou v době přijetí do zařízení, jiné během pobytu, mění se při změně zdravotního stavu, při pravidelné aktivizaci personálem, po návštěvě známých nebo rodinných příslušníků či po krátkodobém víkendovém pobytu v kruhu rodiny. Smyslem stacionární péče je pokud možno dlouhodobě stabilizovat zdravotní stav klientů, zachovávat či zlepšovat kvalitu jejich života, podporovat sociální zázemí klientů, vytvářet celkovou pohodu, péči poskytovat s větším porozuměním osobnosti klientů, upevňovat rodinné vztahy a snažit se o zachování stávajícího stavu sebeobslužných činností po co nejdelší dobu. Cílem je oddálit případnou ústavní péči u klientů. (31)

Stacionární péče pro klienty s poruchami paměti a demencemi je vítanou pomocí rodinám, které o své nemocné seniory pečují. Zahrnuje komplexní péči o tyto seniory, kteří nemohou zůstat celý den sami v domácím prostředí, v němž jejich potřeby zcela nepokrývá domácí péče s pečovatelskou službou. Rovněž poskytuje úlevu osobám, které se o nemocné seniory část dne starají v domácím prostředí, ale pracovní povinnosti nebo zdravotní stav jim nedovolí o ně pečovat celodenně a péče o nemocného seniora je fyzicky i psychicky vyčerpává. Pro tyto pečovatele je velikou pomocí a zmírněním stresu vědomí, že je o jejich blízké nemocné postaráno kvalitně, v příjemném, vstřícném a bezpečném prostředí co nejvíce se podobající domácímu s respektem k jejich soukromí.

Ve většině případů se o klienta, který dojíždí do stacionáře, stará doma jeho životní partner. Ten díky pobytu svého blízkého ve stacionáři může načerpat sílu a tím pokračovat v péči. Pro některé pečovatele je problém dopravy klienta do denního stacionáře. Někteří jsou ještě zaměstnaní a nemohou si svoji pracovní dobu přizpůsobit, jiní nemají dopravní prostředek a doprovodem klienta ztrácí čas, který by mohli věnovat regeneraci svých sil. Tyto skutečnosti samozřejmě ovlivňují také provoz denního stacionáře. Problémem může být u některých klientů právě denní dojíždění do stacionáře, způsobující jim stres, únavu a horší přizpůsobivost při změně prostředí.

Mnoho pečovatelů vítá proto možnost umístění svého blízkého v týdenním stacionáři.

5.2.1 Péče zaměřená na potřeby klientů ve stacionářích

U každého člověka s Alzheimerovou chorobou nebo podobným postižením se nedá předem určit, kterými příznaky se bude nemoc projevovat a jak rychlý bude postup nemoci. Některé příznaky se nemusí projevit vůbec, některé vzácnější se projeví více než ty nejběžnější. Zaměřit se na uspokojování potřeb těchto lidí, je velice důležité. I když mají dotyční sníženou schopnost vykonávat určité činnosti nebo ji ztrácí, stále dokážou určitým způsobem vnímat svoje okolí, mít z něčeho radost.

Základním předpokladem poskytované péče je profesionalita v přístupu k potřebám a jejich naplňování u jednotlivých klientů tak, aby byla zachována kvalita jejich života. Při péči orientované na klienta tzv. individualizované péči se vychází z informovanosti o klientovi, porozumění jeho potřebám, stanovení pořadí jejich naléhavosti a jejich uspokojování. Jisté je, že se potřeby liší podle stadia choroby, celkového zdravotního stavu, vzdělání, zájmů i zvyklostí. Předpokladem pro poznání potřeb a správného sestavení cílů individuálního plánu péče orientovaného na doplnění deficitu potřeb, je dobré navázání vztahu mezi ošetřujícím personálem a klientem. Vztahu založeného na vzájemné důvěře, dostatku času opakovaně tráveného s klientem, zpětné vazbě, schopnosti a dovednosti pracovníků v přímé péči. Důležité je vlastní pozorování a forma komunikace s klientem, nalezení vhodného pojmenování jeho potřeb, rozpoznání potřeb, které klient neumí dostatečně vyjádřit a nazvat. (24)

Stacionární péče je zaměřena na biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby klientů zajišťované v holistickém pohledu s ohledem na jejich měnící se priority. Při saturaci potřeb klientů stacionářů se vychází ze základního rozdělení potřeb sestavených americkým psychologem Abrahamem Maslowem ve 40. letech minulého století. Při uspokojování fyziologických potřeb klientů, je kladen důraz na náležitou výživu, na pravidelnost stravování včetně podpory samostatnosti. Jídlo bývá pro seniory významnou denní i společenskou událostí. Znamená také navazování vztahů a příležitost ke vzpomínání. Stravování v rodinném stylu včetně účasti personálu při jídle má pozitivní vliv na klienty. U klientů se pravidelně hodnotí hmotnostní index (BMI). Saturace potřeby hydratace je zásadní. Nemocní často nemají pocit žízně nebo ho nepřesně definují. Proto se věnuje pozornost dostatečnému pitnému režimu a to zvláště v letním období, kdy i při mírné dehydrataci hrozí riziko delirantních stavů. Protože klienti s Alzheimerovou chorobou mají sklon ke spánkové inverzi, je zajišťován jejich pravidelný odpočinek, spánek a povzbuzování k aktivitám během dne. Dále se dbá na

celkovou péčí o tělo, osobní hygienu, péči o pokožku, vyprazdňování, pohyb a čistotu prostředí. (5)

Hlavní psychosociální potřeby se týkají pocitu jistoty a bezpečí. Nemocný starý člověk se cítí mnohem více ohrožen a potřebuje vědět a cítit, že není sám a opuštěný. Zajištění těchto potřeb pomáhá lépe a rychleji se adaptovat na jiné prostředí. Personál se snaží o to, aby měli klienti pocit dobrého zázemí. Odměnou personálu může být radost klientů při návratu do stacionáře např. se slovy: „To jsem ráda, sestřičko, že už jsem doma.“ Mnohdy si i rodinní příslušníci vyslechnou po celodenní namáhavé péči od svého nemocného blízkého stesk: „Už mě odvez domů.“ Tím dotyčný myslí odvoz do stacionáře. Pro uspokojování sociálních potřeb jsou rovněž důležité návštěvy rodinných příslušníků a známých v týdenním stacionáři. *„Prostředí, které napomáhá pocitu bezpečí je takové, ve kterém se nenalézá nic neočekávaného, kde všechno, co osoba potřebuje je viditelné a jasně dostupné. Bezpečí znamená také mít příležitost vyjádřit své schopnosti, šikovnost, tvořivost a talent ve vstřícném prostředí, bez rizika selhání.“*²¹ (16)

Potom přichází na řadu vyšší potřeby vztahové. Pocit sounáležitosti, důvěry a lásky potřebuje každý senior. I když má funkční rodinu a přátele, může se cítit v tomto zařízení osamocen díky odtržení od těchto blízkých lidí. To si musí uvědomovat personál stacionáře a snažit se dávat klientům najevo své porozumění, projevovat toleranci k těmto nemocným a jejich potřebám. Umět je vyslechnout, pochopit určité jejich nároky, nálady, rozmary, mít trpělivost, ohleduplnost a jednat s nimi laskavě. Rovněž jim vyjádřit blízkost, projevovat empatii, poskytnout jim motivaci k životu, možnost bavit se, z něčeho se těšit a začleňovat je do kolektivu. Pozitivní vliv na klienty má prostředí stacionářů připomínající domov, denní rozvrh aktivit, jejich pravidelné střídání s odpočinkem, péče založená na individuálním přístupu s ohledem na dodržování určitých zvyků klientů. I pro člověka s demencí je důležité mít roli, být členem lidské skupiny, někam patřit, být zde respektován a ceněn. Z odpovědnosti při individuálních a skupinových aktivitách se rodí pocit identity a role.

²¹ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 70

Je pamatováno také na posilování sebeúcty dáváním klientovi najevo, že neobtěžuje a respektování jeho důstojnosti a soukromí. Klienti jsou vedeni ke vzájemnému pochopení mezi sebou. Jejich autonomie je vyjádřena např. stálým místem u stolu, na pohovce, v křesle nebo hrnečkem na čaj a kávu. Sebedůvěra klientů je podporována naplňováním narušených kognitivních potřeb a to udržováním stability kognitivních funkcí pomocí jejich tréninku v různých činnostech. Personál vede klienty k trvalé spolupráci v oblasti sebekpěče a sebeobsluhy.

Potřeby seberealizace ustupují a lze je jen těžko naplňovat. Spíše jde o symbolické uspokojení v rámci vzpomínek. Někteří klienti svým neklidným chováním, blouděním, hledáním nebo nutkáním odcházet dávají najevo potřebu vykonávat svoje zažité dřívější pracovní činnosti. Tato jejich potřeba se dá usměrňovat každodenními aktivizačními činnostmi a medikací. (5, 16)

Potřeby klientů spojené s jejich vyznáním jsou ve stacionáři respektovány a uspokojovány (pastorační pracovník, kněz).

5.2.2 Proces individuálního plánování s klienty stacionářů

Je důležité, aby měl personál stacionáře dostatečné množství informací o klientovi z hlediska zdravotního, ošetrovatelského, sociálního a rodinného. Personál musí vědět, jakou užívá klient medikaci, zda trpí alergiemi, do jaké míry může cvičit, zda má např. pravidelné odběry krve apod. Musí vědět, jaké jsou psychické a fyzické schopnosti klientů, jejich zájmy, záliby, aby byl dobře naplněn čas jejich pobytu ve stacionáři. Při zjišťování podrobných informací o klientovi, je významným předpokladem dotazování rodinných příslušníků nebo jiných pečujících osob. Dále pozorování klientových projevů verbálních i neverbálních, vzhledu a potřeb. Sledování paměťových schopností, vnímání, řeči, komunikačních schopností, projevování emocí, pohyblivosti, kvality spánku, dýchání, vyprazdňování, hygienické péče, stravování a zda trpí nějakými bolestmi. Rozhovorem a správnou komunikací s klientem se doplní informace o jeho stavu, starostech, obavách, přáních.

O klientech stacionářů je vedena podrobná dokumentace, která je rozdělena na zdravotní a sociální část. Zdravotní část (dokumentace všeobecných sester poskytujících zdravotní péči dle ordinace praktického lékaře) obsahuje základní informace o klientovi, ošetrovatelský plán, denní ošetrovatelské záznamy klienta s hodnocením jeho celkového zdravotního stavu, medikační list, sledování fyziologických funkcí, BMI, pitného

režimu, vyprazdňování, jednoduché psychometrické funkční testy MMSE, ADL, IADL, záznam o ošetrovatelské rehabilitaci, lékařské zprávy, kontakt na praktického lékaře, odborné lékaře, na rodinu, kopie karty pojištěnce. V sociální části (dokumentace pečovatелů - pracovníků v sociálních službách pracujících pod odborným dohledem registrovaných sester) jsou kromě základních informací o klientovi a jeho stavu zaznamenány klientovy aktivity ve stacionáři, jeho účast či neúčast při nich. Rovněž efektivita práce s klientem, vycházející z měsíčních individuálních plánů péče. (43) Plán vychází z nejzávažnějších problémů klienta a stanoví postupné kroky, které mohou zlepšit jeho současný stav i kvalitu života nebo zmírnit jeho zhoršování. Plán stanoví časový horizont, úkoly pro členy týmu, umožňuje pravidelné hodnocení stavu klienta, změn v jeho potřebách i stanovení nového cíle. Hlavním aktérem při sestavování individuálního plánu péče je klient. (17)

Stěžejní roli v procesu individuálního plánování s klienty má tzv. klíčový pracovník (pracovník v sociálních službách). Každý klíčový pracovník má na starosti několik stálých klientů. Na podkladě získaných a vyříděných informací stanoví potřeby, priority, problémy, přání i připomínky každého klienta, cíl, kterého oba chtějí dosáhnout s časovým horizontem a navrhuje opatření k jeho naplnění. Poté zhodnotí zda a jak byl cíl naplněn, popř. se cíl upraví dle měnících se potřeb klienta.

Příklady sestavení individuálního plánu péče:

1. Potřeby a přání klienta: Klient by si rád zlepšil nebo alespoň zachoval stávající hybnost a trávil delší čas na procházce po okolí.

Metody zjištění: rozhovor s klientem

Cíl klienta a klíčového pracovníka: Klient si zachová stávající fyzický stav. Pobyt venku za účelem tréninku chůze se 3x týdně prodlouží na 20 minut.

Opatření k naplnění cíle: Jedenkrát denně dvacet minut individuálně zaměřené kondiční cvičení a posilování svalových skupin dle cvičební jednotky. Návčik chůze v terénu s doprovodem postupně na delší vzdálenosti a s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta.

Záznam o realizaci cíle - zhodnocení, zda byl cíl splněn s datumem a podpisem pracovníka (příklady hodnocení: 1. Cíle bylo dosaženo, klient chodí 3x týdně na 20 minut s doprovodem na procházky. Zlepšila se fyzická kondice i nálada klienta. 2. Cíle nebylo možno dosáhnout. Důvodem bylo jednak nepříznivé počasí, díky kterému nemohl klient chodit na procházky a rovněž virové onemocnění, které u něho proběhlo. Klient je proto ve špatné náladě a přeje si tento svůj cíl znovu zařadit).

2. Potřeby a přání klienta: Klientka si stěžuje na větší zapomnětlivost a vyslovila přání, více si pamatovat. Ráda by častěji s někým hovořila a přijímala návštěvy.

Metody zjištění: rozhovor s klientkou

Cíl klienta a klíčového pracovníka: Motivace klientky a podpora k aktivizačním činnostem procvičujícím paměť. Rozšíření společenských kontaktů. Zvýšení četnosti návštěv rodiny.

Opatření k naplnění cíle: Dvakrát denně 20 minut provádět pravidelný trénink kognitivních funkcí. Povzbuzovat klientku k denním aktivitám, provádět s klientkou zaměstnání dle aktivizačních programů. Z běžných denních aktivit vytvořit rutinu a odstranit negativní rozpoložení. Klientčiny blízké předměty ponechat na obvyklých místech. Podpořit klientku k větší komunikaci s ostatními klienty. Kontaktovat rodinné příslušníky ohledně možností zvýšení počtu návštěv u klientky.

Záznam o realizaci cíle - zhodnocení, jak byl cíl naplněn s datumem a podpisem pracovníka (příklad hodnocení: Klientka dodržuje denní řád, pravidelně trénuje kognitivní funkce, přesto vzhledem k základnímu onemocnění nedošlo ke zlepšení krátkodobé paměti).

3. Potřeby a problém klienta: Klientka má problém s dodržováním hygienických návyků, převlékáním osobního prádla a úpravou vlastního zevnějšku.

Metody zjištění: pozorování, rozhovor s klientkou.

Cíl klienta a klíčového pracovníka: Motivace a aktivizace klientky ke zlepšení celkové péče o sebe sama.

Opatření k naplnění cíle: Denně provádět úkony směřující k nácviku soběstačnosti. Doprovázet klientku do koupelny, radit jí a kontrolovat, jaké úkony má provádět. Nechat ji nejprve bez pomoci udělat úkony, které zvládne sama, podporovat její samostatnost a pomáhat jen v nezbytném případě. Udržovat dle možností její dřívější návyky spojené s péčí o své tělo. Snažit se, aby celková koupel byla pro klientku příjemným zážitkem a dbát na její bezpečnost. Připravovat klientce oblečení v pořadí, v jakém si je má obléknout.

Záznam o realizaci cíle - zhodnocení, jak byl cíl naplněn s datumem a podpisem pracovníka (příklad hodnocení: Klientka je snaživá jen občas, má často výkyvy nálad, potřebuje větší dopomoc při provádění úkonů v péči o sebe sama. Cíl naplněn nebyl).

(43)

5.3 Denní režim ve stacionářích

Uživatelé stacionářů v Plzni pro osoby s poruchami paměti a demencemi jsou převážně senioři s Alzheimerovou chorobou, dále např. s Parkinsonovou chorobou, po cévních mozkových příhodách a s jinými i fyzickými handicapy. Preferováni jsou uživatelé z Plzně. Nově příchozí procházejí adaptací už během čtrnáctidenní zkušební doby, o které se provádí záznam. Uživatelům je ve stacionářích umožněno činnorodě prožívat každý den v kolektivu vrstevníků, zároveň jsou zabezpečeni odbornou pomocí celkově po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální. Profesionální péče zahrnuje vše co klienti potřebují, tzn. od zajištění základních potřeb až po bohatý program nejrůznějších stimulačních činností. (11)

Život ve stacionářích má svůj řád. Klienti jsou vedeni ve všech činnostech k pravidelnosti. Denní režim ve stacionářích aktivizuje klienty k účasti na individuálních i skupinových organizovaných činnostech. To je důležité i proto, že se jejich schopnosti často mění, zpravidla klesají. Aktivizační programy jsou pro nemocné seniory stejně podstatné jako fyzická péče a výživa. Jsou důležité pro jejich pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Sestavují se dle jejich potřeb, oni sami se na nich podílejí. Musí být vhodně programovány, odpovídat tíži postižení a možnostem klientů. Mají využívat zachovaných schopností klientů, v rámci možností nabídnout a dopřát činnosti, které měli rádi a jsou schopni je zvládnout. Ne vždy se všichni klienti zapojí do naplánovaných činností. Některé jim nemusí vyhovovat. Mohou být pro ně nesrozumitelné nebo jen s nimi nesouhlasí a odmítají účast, což je jejich právem. Každá činnost by měla být dobrovolná, klienty nenutit do situací, které pro ně nemají smysl, ale nabídnout jim jiný program. Klienti musí být personálem stacionářů podporováni a motivováni.

Význam mají pravidelně se opakující aktivity, které ale nesmí klienty fyzicky ani psychicky vyčerpávat. Měly by je zaujmout, být příjemné, těšit je. Jednoduché úkoly se jim musí zadávat postupně, aby se necítili nejisti, neschopni a aby nebyli od činností odrazeni. Vše kolem činností je nutné komentovat. Nesmí se podceňovat ani přeceňovat jejich schopnosti, což by mohlo vést k rozvoji úzkosti či deprese. Důležitá je pro klienty přiměřená pochvala, poděkování a tím je posilována jejich sebeúcta. Jelikož lidé s demencí mají tendenci provádět neúčelné aktivity, má proto velký význam jejich smysluplné a bezpečné zaměstnávání. (16,22) Pestrost aktivizačního programu má vliv na fyzický a duševní stav klientů, poskytuje jim adekvátní stimulaci, společné zážitky i

příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu. Je třeba respektovat právo každého klienta na jeho individuální volný čas včetně času klidu. (26)

Režim ve stacionářích se zaměřuje na rozvoj samostatnosti v běžných denních aktivitách. Po ranním postupném vstávání seniorů v týdenním stacionáři a aktivitách osobní péče (hygienické péči, péči o chrup, převlečení osobního prádla) vykonaných buď samostatně, nebo spíše s dopomocí personálu, klienti společně snídají. Již i v těchto úkonech je podporována jejich soběstačnost, sebeobslužnost a udržování schopností, které mají. Nácvikem základních dovedností a jejich procvičováním se současně trénuje paměť. Nejvhodnějšími činnostmi během dne jsou pro klienty takové, které dělali rutinně celý život a jsou zakódovány v dlouhodobé paměti.

Mezi dopolední činnosti jsou zařazeny tělesné a duševní aktivity v prostoru k tomu určeném. Mezi základní pohybové aktivity patří jednoduchá a přitom účinná kondiční cvičení dle cvičebních jednotek, cvičení pro udržení pohyblivosti kloubů, posílení svalových skupin, horních končetin, dolních končetin, břišního svalstva at' už cvičení aktivní nebo pasivní, procvičování jemné motoriky a koordinace pohybu. Součástí cvičení je dechová gymnastika. Taneční terapie pozitivně ovlivňuje mozkovou činnost, svalstvo, zároveň je i reminiscenční metodou, protože vyvolává vzpomínky. Mohou se jí účastnit i obtížně pohybliví klienti a to podupáváním, pohupováním či tleskáním. Trénink chůze probíhá i v terénu a to s ohledem na zdravotní stav klientů. Pohyb je pro seniory důležitý k udržování fyzické kondice, svalového tonu, rozsahu pohybu kloubů. Svalová hmota může být i znovu obnovena. Fyzické aktivity mají pozitivní vliv na metabolismus, dýchání, aktivizují srdce, krevní oběh, podporují vyprazdňování, snižují bolesti pohybového aparátu a ovlivňují soběstačnost. Přispívají ke zlepšení nálady, snížení depresivního ladění, mají význam proti bloudění, nočnímu neklidu, nespavosti, ke zlepšení komunikace a kognitivních funkcí. Pohyb v terénu s vytyčenou pravidelnou trasou je rovněž důležitý i z důvodu podpory sociálního kontaktu s lidmi, kteří žijí a bydlí v okolí stacionářů. Činnostmi se zúčastňují i obtížně pohybliví klienti za pomoci kompenzačních pomůcek.

Dalšími činnostmi denního režimu jsou trénink kognitivních funkcí, reminiscenční terapie a podpůrné terapie - muzikoterapie, ergoterapie, terapie pomocí her i kanisterapie. Rovněž jsou zařazeny aktivity zaměřené na zájmy klientů, besedy, hudební vystoupení, výlety do okolí, různé společenské akce, oslavy narozenin a oslavy svátků v roce (Velikonoce, Mikuláš, Vánoce, Silvestr).

Kognitivní trénink zahrnuje cvičení na podporu a procvičování kognitivních funkcí s důrazem na ty, které jsou zachovány. Je vhodný po fyzické aktivitě. Význam má čtení novin, knih, jednoduchých textů, opakování toho co klient přečetl, počítání, jednoduché a nesoutěživé slovní hry, slovní fotbal, doplňování slov, rýmů, říkanek, přísloví, hádanky, hovory na různá témata, procvičování slovní zásoby, luštění křížovek, skládání obrázců, hraní jednotlivých společenských her (domino s obrázky nebo čísla, jednoduché a velké pexeso, Člověče nezlob se, sestavování skládanek, puzzle, hraní karet), poslech rozhlasu. Dále sluchové, zrakové či hmatové a čichové hry u klientů se zhoršenými smyslovými poruchami jako cvičení paměti, při kterých určují předměty nebo se jim vybavují určité vzpomínky.

Reminiscenční terapie prováděná individuálně nebo skupinově se řadí mezi techniky procvičování kognitivních funkcí. Je to práce se vzpomínkami seniorů, která má význam i u lidí s rozvinutou formou demence díky zachované dlouhodobé paměti. Je aktivizační metodou, která vlivem určitých podnětů a kontaktů s předměty, využívá vzpomínek a jejich vybavování. Vzpomínání je metodou validace. Vyvolané vzpomínky na různé události ze života oslovují vnímání lidí. Mohou být pro seniory vítané či nevítané. Při terapii jde o spontánní vzpomínání na doby mládí, společenských událostí, vyprávění o starých zvycích, hovory o filmech, které kdysi shlédli, o hercích, o tom, jak se dříve žilo. Rovněž se jedná o prohlížení rodinných fotografií a starých předmětů. Svůj význam mají vzpomínkové krabice nebo kufříky s různými věcmi, o kterých mohou klienti hovořit. Vzpomínky jsou spojeny s emocemi, s opětovným prožíváním určitých situací, s procvičováním myšlení, paměti, bývají zdrojem informací pro personál a rovněž přispívají ke zlepšení vztahů mezi seniorem a pečujícím. Zde má svůj význam spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mohou poskytnout jak informace o klientově životě, tak i fotografie a případně jeho drobné oblíbené předměty.

Význam pro osoby s demencí mají také věci, které udržují denní orientaci v realitě. Např. hodiny s velkým ciferníkem, viditelný kalendář, rozvrh dne, nástěnka s ročním obdobím. V rámci jednoduchých aktivizačních cvičení je vhodné klást otázky na orientaci v čase, místě a osobě. Čas se posiluje spojením každodenních aktivit a vzpomínek klientů – snídaně, oběd, večeře, doba spánku.

Muzikoterapie (zpěv, poslech hudby) je velice důležitá a mezi seniory s poruchami kognitivních funkcí oblíbená. Je to z toho důvodu, že schopnost hudebního projevu, zpěvu a vybavnosti textu starých písniček zůstává dlouho při těchto poruchách

zachována a to dokonce i v době, kdy už tito senioři nejsou schopni běžně komunikovat. Je účinná i při zvládnání neklidu a problémového chování.

Ergoterapie zahrnuje činnosti, které klienti dříve ovládali a dosud ještě některé dovedou. Mají z nich radost a uspokojení z jejich zvládnání, pocit užitečnosti, což má kladný vliv na jejich psychiku, podporu jemné motoriky, orientování se v realitě a posilování soběstačnosti. Význam mají ruční práce – vyšívání, šití, pletení, háčkování, práce s papírem, vystřihování, koláže, práce s přírodními materiály (např. s květinami, slámou), psaní, kreslení, modelování, vytváření mozaiek, příprava jednoduchých jídel, kde mohou využít dovedností naučených v dřívějších dobách, připravit si čaj a kávu, prostírání, utírání malých kusů nádobí, utírání prachu, zalévání květin apod.

V rámci kanisterapie je pes využíván ke zpříjemnění pobytu klientů i ke zlepšení jejich psychiky a komunikace. Pohazení zvířete a vnímání hladkosti srsti navozuje příjemné pocity klientů.

Po svačině následuje vycházka. Po společném obědě, kávě nebo čaji nastává doba klidu. Klienti denního stacionáře odpočívají v pohodlném křesle, klienti týdenního stacionáře mohou být na lůžku. Po odpolední svačině jsou do programu opět zařazeny činnosti procvičující kognitivní funkce, vycházka nebo přijímání návštěv. Klienti denního stacionáře odcházejí v odpoledních hodinách domů. Pro klienty týdenního stacionáře je po odpoledním programu připravena večeře. Do večerního programu je zařazeno např. sledování televizních pořadů, videa s komentářem personálu, aby přijímané informace byly pro klienty lépe srozumitelné a aby klienti udrželi lepší pozornost. Oblíbené je sledování filmů pro pamětníky nebo pohádek, i když pozornost klientů s demencí není déle trvalá. I to je však paměťové cvičení při následném slovním rozboru a opakování. Rovněž se zhodnotí spolu s klienty celý prožitý den. Správným měřítkem efektivnosti celodenního programu je oboustranná spokojenost. Večerní hygienou a uložením na lůžko končí aktivizace klientů. (2, 29)

Při práci se seniory trpícími demencí je příkládána velká pozornost zvláštnostem komunikace s těmito seniory. Např. je důležité se při rozhovoru dívat do očí, hovořit pomalu, zřetelně, srozumitelně v jednoduchých větách, důležité informace opakovat. Nepoužívat tázacích vět, ale oznamovacích. Oslovovat seniory tak, jak si oni přejí, hledat skrytý význam v jejich chování a řeči, jimiž reagují na svoje obavy, pocity, starosti a vzpomínky. Pomáhat jim ve vyjadřování, napovídat slova, kterými chtějí něco sdělit, popisovat situace, ve kterých se nachází. Pozorovat a kontrolovat vykonané činnosti, slovně je opakovat. Projevovat zájem o city seniorů, nevyvracet jejich

myšlenky, představy, klást vhodné otázky k jejich pochopení, citlivým způsobem vést rozhovor, který nedává smysl. Nepřipomínat jim slovně jejich zapomínání, nenapomínat je za to, nekřičet na ně, ani je neodmítat. Nepřemísťovat jim věci pro ně významné z důvodu jistoty a orientace. Senioři často prožívají obavy, úzkost, strach z určitých situací, jsou nedůvěřiví, ostražití, mají omezenou schopnost se rozhodovat. Mnozí neví, kde se nachází, kam jdou, co budou dělat, co se děje okolo nich, bloudí, chtějí odcházet. Mohou mít strach z koupání, přesunů, ze známých i neznámých osob. Touží po bezpečí a náklonnosti. Potřebují vnímat uklidňující hlas a dotek. Při jejich úzkosti je třeba potvrdit jejich představy a stát se tím, za co oni dotyčného považují. Komunikační dovednosti jsou základním prostředkem k navázání dobrého vztahu s klientem. Důležité jsou nejen verbální, ale i nonverbální projevy komunikace (mimika, vlídný úsměv, gesta, objetí, hlazení aj.). Je důležité získat a udržet si důvěru seniorů a také se umět ovládat při jejich případném negativistickém chování. (22, 27)

Jako všeobecná sestra domácí péče u Městské charity Plzeň jsem při ošetřování klientů denního stacionáře, měla možnost osobně se seznámit s provozem stacionářů, poznat jejich denní chod, který je nastaven tak, aby se co nejvíce podobal dennímu chodu života seniorů v domácím prostředí. Poznatky z mé praxe v ošetřování klientů denního stacionáře ukazovaly pozitivum v tom, že rodinní pečovatelé jsou v denním styku s personálem, navzájem se informují o zdravotním stavu a problémech seniorů. Rovněž jsou spokojeni, že je o jejich seniora postaráno. Někteří klienti s demencí chápali dojíždění do denního stacionáře jako chození do práce, na které byli celý život zvyklí nebo jako událost chození do společnosti a lépe se s touto skutečností sžívali. Měli také jistotu každodenních návratů domů. Jako negativum se mnohdy ukázala již shora uváděná problematika dojíždění jako fyzického výkonu s psychickým dopadem. Pro někoho bylo negativum větší počet lidí na malém prostoru a z toho vyplývající neklid, někdy dezorientace. Dalším negativem byla často nemožnost přizpůsobení pracovní doby rodinného pečovatele, což mělo za následek pozdní vyzvedávání klienta z denního stacionáře. Zde personál vycházel vstříc a setrval s klientem do doby jeho odchodu. Eliminací těchto problémů byla volba umístění v týdenním stacionáři, kdy odpadly problémy s dojížděním a z toho vyplývajících stresů pro obě strany – rodiny i klienta. Na druhé straně i někteří klienti týdenního stacionáře, kteří se vraceli po víkendu v rodině zpět, vykazovali změny nálad a chování. Tyto odchylky se během krátkého času vrátily do normálu.

I přes některá tato úskalí, která provází vztahy stacionářů a klientů si myslím, že tato zařízení jsou smysluplná, účelná a mají pro seniory svůj význam.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ TÉMA

Jaké jsou znalosti laické veřejnosti a zdravotníků o existenci a statutu denního i týdenního stacionáře v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi a jaký vliv má věk, stupeň vzdělání a odborné zaměření na informovanost v této oblasti.

6.1 Hypotézy

Hypotéza 1. Respondenti z řad zdravotníků jsou seznámeni s problematikou existence a statutu denního a týdenního stacionáře v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi daleko více, než laická veřejnost. (otázka 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Hypotéza 2. Nadpoloviční většina respondentů laické veřejnosti na rozdíl od zdravotnických pracovníků neví, jaký je rozdíl mezi denním a týdenním stacionářem. (otázka 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

Hypotéza 3. Respondenti preferují pobyt částečně pohyblivých seniorů ve stacionáři oproti jejich umístění v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem nebo celodenní péči v rodině. (otázka 19)

Hypotéza 4. Respondenti věkových kategorií do 38 let z řad laické veřejnosti mají méně znalostí o existenci a fungování denního a týdenního stacionáře pro seniory s poruchami paměti a demencemi než respondenti starší 38 let. (otázka 5 – 20)

7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda občané z řad laiků a zdravotníků ví o existenci stacionářů pro seniory s poruchami paměti a demencemi v Plzni a mají-li základní informace o jejich funkcích. Rovněž jsem chtěla zjistit, zda by oslovení respondenti preferovali péči o částečně pohyblivé seniory s výše uvedenými poruchami ve stacionářích, oproti péči v lůžkovém sociálním nebo zdravotnickém zařízení s nepřetržitým provozem či celodenní péči v rámci rodiny.

8 VZOREK RESPONDENTŮ

Realizace výzkumu proběhla v městě Plzni. Zkoumaný vzorek respondentů, který se podílel na tomto šetření, čítal celkem 207 osob. Pro srovnání jsem zvolila dvě skupiny respondentů. Do jedné skupiny byla zařazena laická veřejnost, do druhé skupiny zdravotničtí pracovníci různých specializací. Mojí snahou bylo postihnout co možná nejširší věkové spektrum respondentů ve výzkumném souboru. Složení respondentů odpovídá prostředí, ve kterém se pracovně i zájmově pohybuji a do kterého jsem dotazníky rozdala. V zastoupení pohlaví převažovaly ženy. Určitým omezením ve výzkumném souboru může být skutečnost, že se respondenti dosud nesetkali s nutností péče o duševně nemocného seniora ve vlastní rodině. Rovněž může dojít k systematickému zkreslení úrovně znalostí problematiky ze strany zdravotnických pracovníků z důvodu specifického odborného zaměření v jejich profesi.

9 METODY VÝZKUMU

V bakalářské práci jsem vycházela z kvantitativního výzkumu. Pro potřeby tohoto výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření (viz příloha č. 5), které jsem založila rozdáním 230 kusů anonymních dotazníků. Jejich návratnost byla 93% - 6 kusů nebylo vráceno, vyhodnotitelnost 90% - 17 jich nebylo způsobilých objektivního hodnocení. Zpracovala jsem 207 dotazníků a zařadila je do hodnocení.

Dotazníky jsem osobně rozdala a zpět je od respondentů vybrala. Respondenti byli seznámeni s cílem dotazníkového šetření a s ubezpečením anonymity svého vyjádření. Vyplňování dotazníků záleželo na jejich dobrovolném přístupu.

Dotazník byl sestaven celkem z 21 otázek. Na jednotlivé otázky bylo možno odpovědět jednoznačně a počty odpovědí se shodují s počtem hodnocených respondentů. Výjimku tvoří pouze otázka 21., kde četnost odpovědí neodpovídá počtu hodnocených respondentů. Výběr zvolené odpovědi označovali respondenti zaškrtnutím v předznačeném čtverečku.

Při tvorbě otázek jsem se snažila, aby byly věcné a srozumitelné. Z celkového počtu 21 otázek jsem použila 9 otázek uzavřených, 1 otázku kontrolní a 10 otázek polytomických.

10 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Nejprve jsem zpracovala identifikační údaje, abych získala základní data pro další zpracování. Soubor dat jsem uspořádala do sledovaných kategorií – zdravotníků a laiků, dále potom do kategorie laiků do 38 let a laiků nad 38 let. Toto členění jsem zvolila jako výchozí pro ověřování stanovených hypotéz.

Statistické údaje z dotazníků jsem vyhodnotila. Jako základ pro sestavení grafů jsem použila absolutní četnost a vyjádřila ji relativní četností. Veškeré údaje jsem následně podrobně popsala. Z nich jsem vycházela při porovnávání dosaženého procenta správných odpovědí mezi sledovanými kategoriemi. V případě otázek 18. a 19. jsem procentuálně porovnávala vyjádřené názory respondentů sledovaných kategorií. Ve vyhodnocení otázky 21. jsem konstatovala pouze počty vyjádřených názorů ve sledovaných kategoriích.

Výsledky procentuálního porovnání mezi kategoriemi zdravotníků a laiků, mezi kategoriemi laiků do 38 let a laiků nad 38 let se zabývám v diskusi a následně při ověřování hypotéz.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

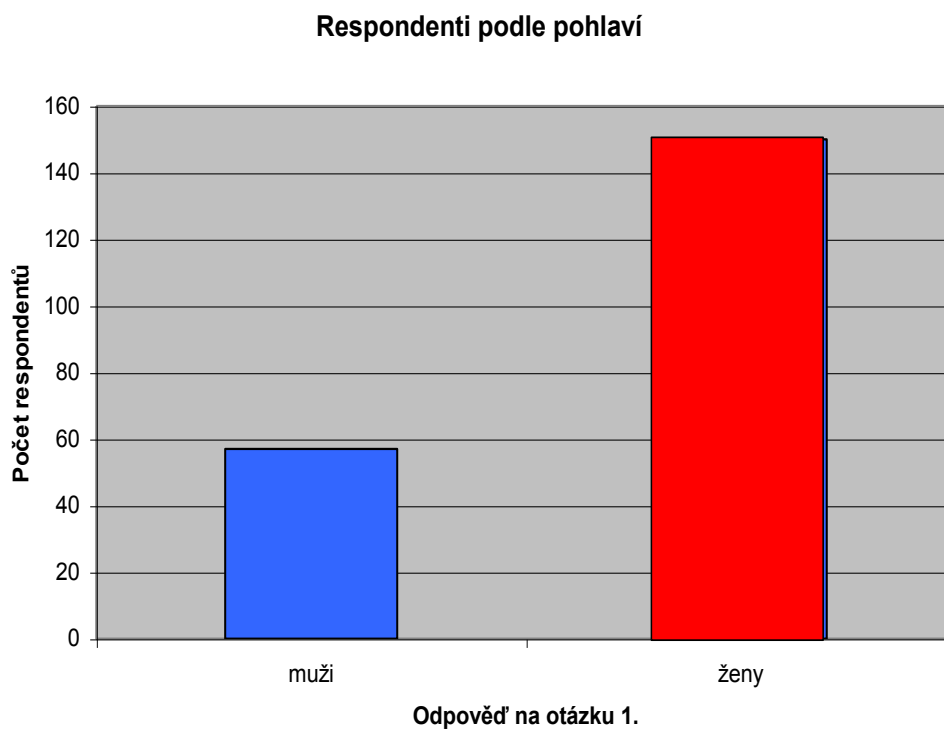
11.1 Identifikační údaje

Výsledky uskutečněného výzkumu vycházejí ze statistického zpracování dotazníků. Jak již bylo uvedeno, výzkumný vzorek se skládal z 207 respondentů.

Otázky 1. až 4. se týkají bližší identifikace respondentů.

Otázka 1. Jakého jste pohlaví?

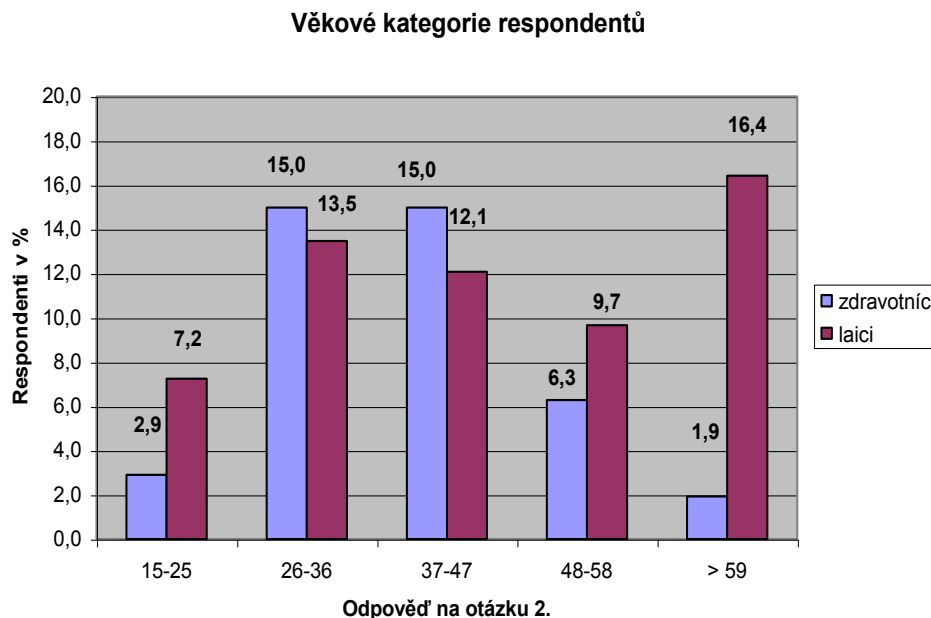
Graf 1 Respondenti podle pohlaví



Na otázku 1. odpovědělo 207 respondentů, z toho 57 mužů – tj. 27,5% a 150 žen – tj. 72,5% z celkového počtu respondentů.

.....Otázka 2. Jaký je Váš věk?

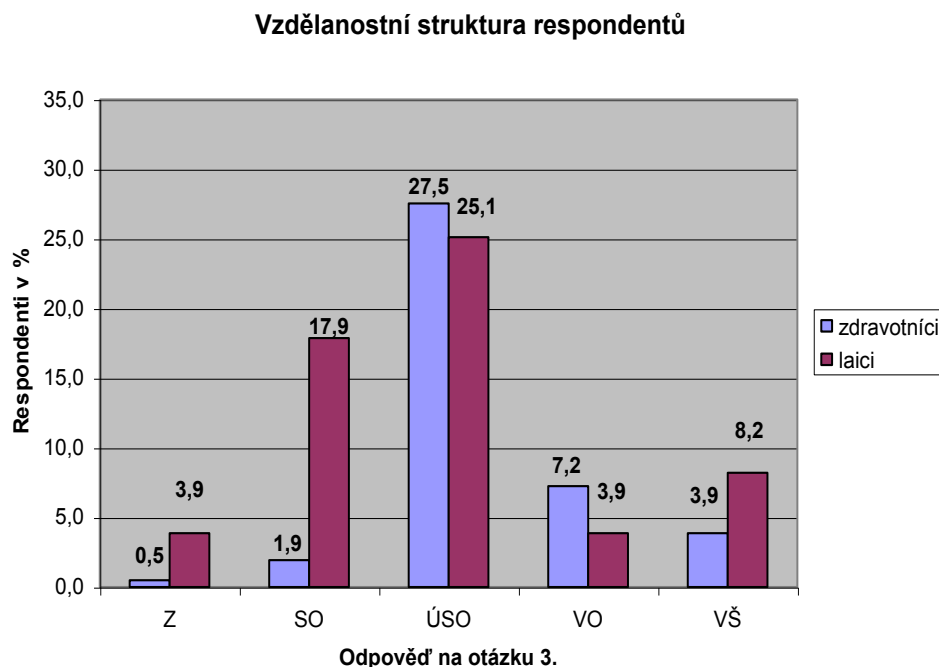
Graf 2 Věkové kategorie respondentů



Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie 26-36 let, ve které odpovídalo 59 respondentů, z toho 31 zdravotníků (15,0%) a 28 laiků (13,5%). Dále následovala kategorie 37-47 let – 31 zdravotníků (15,0%) a 25 laiků (12,1%), dále kategorie více než 59 let – 4 zdravotníci (1,9%) a 34 laiků (16,4%), kategorie 48-58 let – 13 zdravotníků (6,3%) a 20 laiků (9,7%) a poslední kategorie 15-25 let – 6 zdravotníků (2,9%) a 15 laiků (7,2%).

Otázka 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

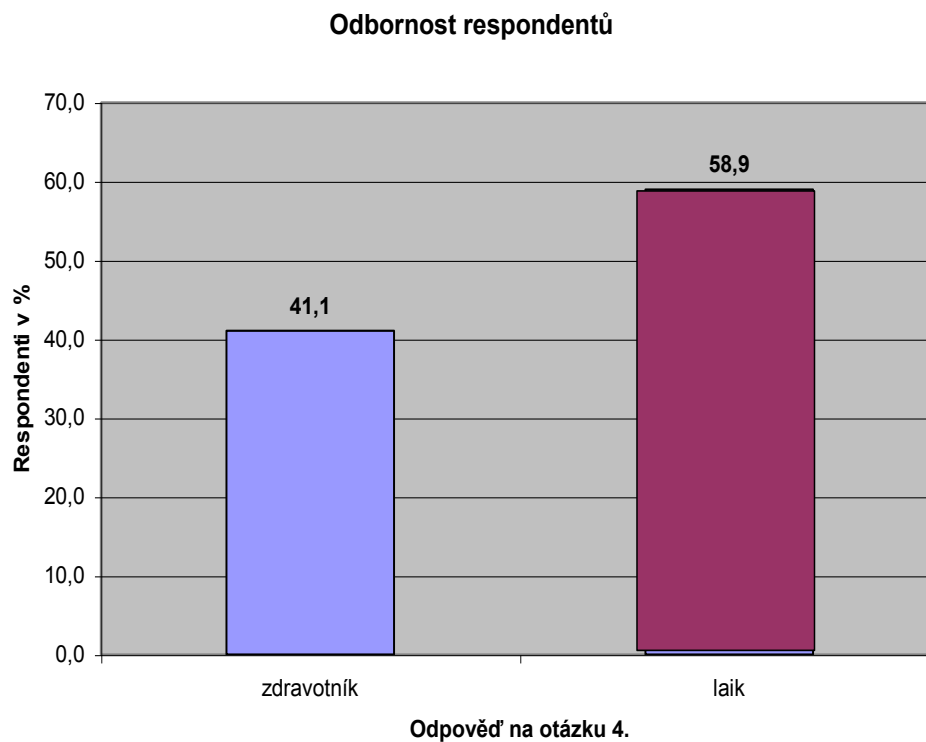
Graf 3 – Vzdělanostní struktura respondentů



Nejpočetnější kategorií je ta, která dosáhla úplného středního odborného vzdělání (ÚSO). Jednalo se o 57 zdravotníků - tj. 27,5% ze zkoumaného vzorku respondentů a 52 laiků - tj. 25,1%. Jako další následovala kategorie respondentů se středním odborným vzděláním (SO), kde byli zaznamenáni 4 zdravotníci - tj. 1,9% a 37 laiků - tj. 17,9%. V další pozici byli respondenti s vysokoškolským vzděláním (VŠ) s 8 zdravotníky - tj. 3,9% a 17 laiky - tj. 8,2%. Další místo patřilo kategorii respondentů s vyšším odborným vzděláním (VO) s 15 zdravotníky - tj. 7,2% a 8 laiky - tj. 3,9%. Nejméně zastoupenou kategorií byli respondenti se základním vzděláním (Z), kde byl zaznamenán 1 zdravotník - tj. 0,5% a 8 laiků - tj. 3,9%.

Otázka 4. Jste? (zdravotník – laik)

Graf 4 Odbornost respondentů



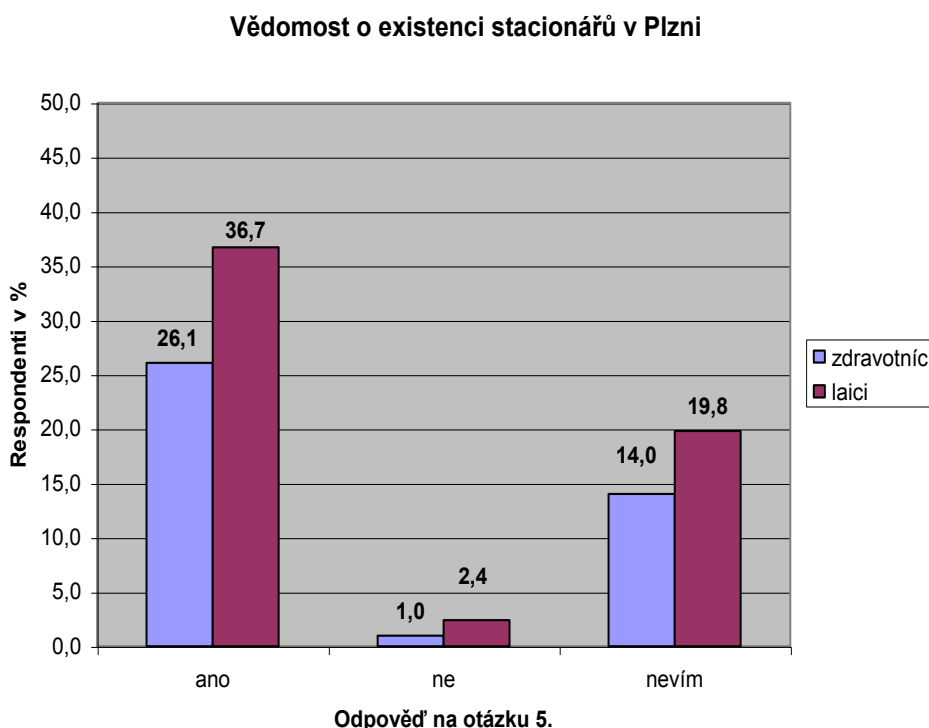
Ve zkoumaném vzorku respondentů se promítlo prostředí, v němž se pracovně i zájmově pohybují a do kterého jsem rozdala dotazníky. Z celkového počtu respondentů bylo 85 zdravotníků – tj. 41,1% a 122 laiků – tj. 58,9%.

11.2 Ostatní statistické údaje

Otázka 5. Existuje denní a týdenní stacionář v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

Správná odpověď je: „ano.“

Graf 5 Vědomost o existenci stacionářů v Plzni



Z 207 respondentů bylo 85 zdravotníků a 122 laiků.

Respondenti z řad zdravotníků odpověděli v 54 případech „ano“, což je z celkového počtu odpovědí 26,1%.

Odpovědi „ne“ u zdravotníků byly ve 2 případech, což je z celkového počtu odpovědí 1%.

Odpověď „nevím“ označilo 29 zdravotníků, což činilo 14,0% z celkového počtu odpovědí.

Kategorie laiků se vyjádřila takto: v 76 případech odpovědí „ano“, tj. 36,7% z celkového počtu odpovědí.

Odpovědi laiků v 5 případech „ne“, což je 2,4% z celkového počtu odpovědí.

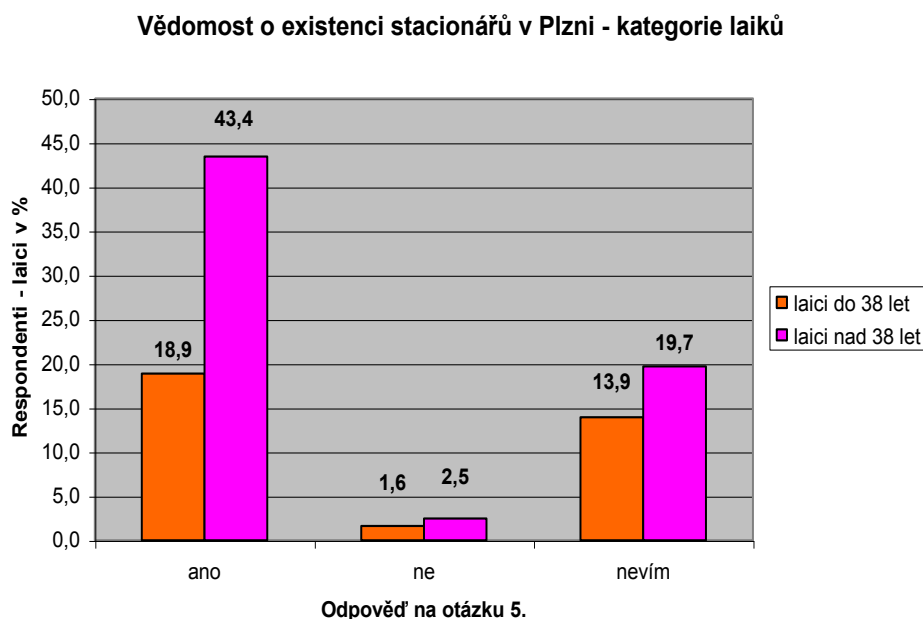
Odpověď laiků ve 41 případě byla „nevím“, což je 19,8% z celkového počtu odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 5. dosáhlo správných odpovědí :

54 zdravotníků, což je z celkového počtu 85 zdravotníků	63,5%
76 laiků, což je z celkového počtu 122 laiků	62,3%

Graf 6 Vědomost o existenci stacionářů v Plzni – kategorie laiků



Laici do 38 let se vyjádřili ve 23 případech „ano“, což je v procentuálním vyjádření 18,9% z celkového počtu 122 respondentů laiků.

Ve 2 případech „ne“, tj. 1,6% respondentů.

V 17 případech „nevím“, což je 13,9% respondentů.

Laici nad 38 let odpověděli v 53 případech „ano“, tj. 43,4% respondentů

Ve 3 případech se vyjádřili „ne“, tj. 2,5% respondentů.

Ve 24 případech se vyjádřili „nevím“, což je 19,7% respondentů.

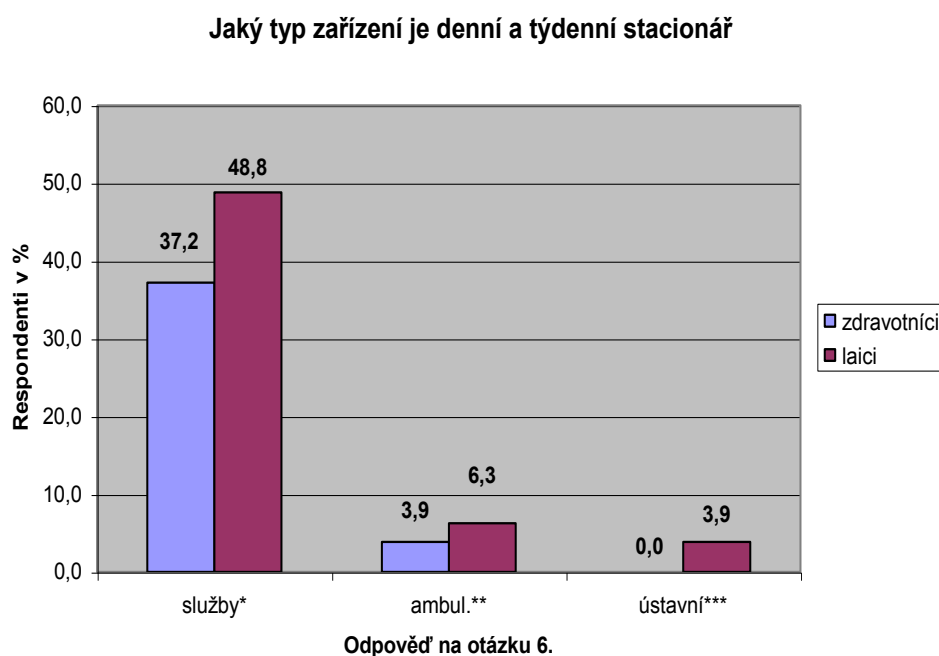
Aby bylo možno porovnat nesourodý vzorek respondentů v kategorii laiků, tzn. 42 respondentů do 38 let a 80 respondentů nad 38 let, bylo nutné provést procentní propočít podílu odpovědí v každé kategorii zvlášť.

V případě otázky 5. dosáhlo správných odpovědí:

23 laiků do 38 let z celkového počtu 42	54,8%
53 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	66,3%

Otázka 6. Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář?

Graf 7 Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář



* - zařízení sociálních služeb s celodenní a celotýdenní komplexní péčí o klienta

** - ambulanci zdravotnické zařízení pro docházející pacienty

*** - ústavní lůžkové zařízení s nepřetržitou péčí

Správná odpověď je: „zařízení sociálních služeb s celodenní a celotýdenní komplexní péčí o klienta.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 77 případech, což je 37,2% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

8 nesprávných odpovědí v této kategorii – ambulantní zdravotnické zařízení pro docházející pacienty představuje 3,9% celkového počtu 207 odpovědí.

Nesprávnou odpověď - ústavní lůžkové zařízení s nepřetržitou péčí neoznačil žádný respondent této kategorie.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena ve 101 případě, což představuje 48,8% celkového počtu 207 odpovědí.

Ambulantní zdravotnické zařízení pro docházející pacienty jako nesprávnou odpověď určilo 13 laiků, tj. 6,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

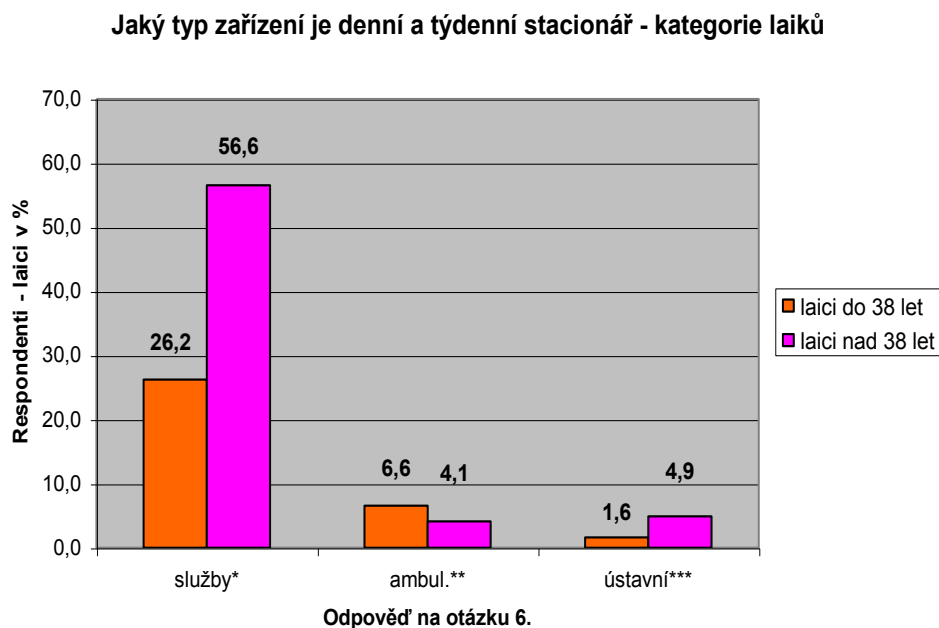
Ústavní lůžkové zařízení s nepřetržitou péčí jako nesprávnou odpověď určilo 8 laiků, tj. 3,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 6. dosáhlo správných odpovědí :

77 zdravotníků z celkového počtu 85	90,6%
101 laiků z celkového počtu 122	82,8%

Graf 8 Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář – kategorie laiků



* - zařízení sociálních služeb s celodenní a celotýdenní komplexní péčí o klienta

** - ambulantní zdravotnické zařízení pro docházející pacienty

*** - ústavní lůžkové zařízení s nepřetržitou péčí

Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let ve 32 případech, což je 26,2% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Nesprávné odpovědi této kategorie jsou v části ambulantního zdravotnického zařízení v počtu 8 případů, tj. 6,6%.

Nesprávné odpovědi této kategorie jsou v části ústavní lůžkové zařízení v počtu 2 případů, tj. 1,6%.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 69 případech, což představuje 56,6% celkového počtu 122 odpovědí.

Nesprávné odpovědi této kategorie jsou v části ambulantního zdravotnického zařízení v počtu 5 případů, tj. 4,1%.

Nesprávné odpovědi této kategorie jsou v části ústavní lůžkové zařízení v počtu 6 případů, tj. 4,9%.

Aby bylo možno porovnat nesourodý vzorek respondentů v kategorii laiků, tzn. 42 respondentů do 38 let a 80 respondentů nad 38 let, bylo nutné provést procentní propočty podílu odpovědí v každé kategorii zvlášť.

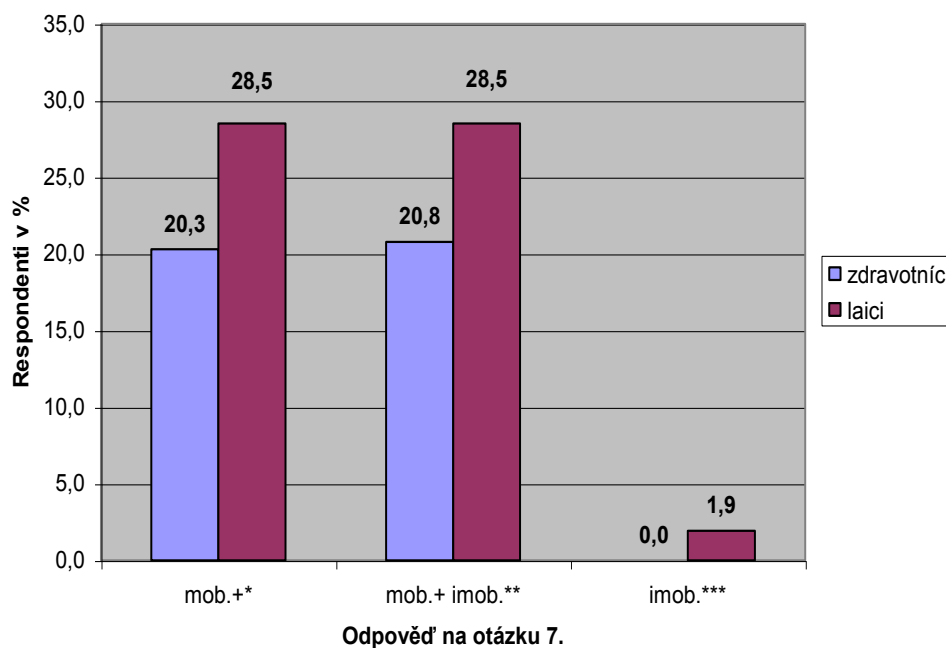
V případě otázky 6. dosáhlo správných odpovědí:

32 laiků do 38 let z celkového počtu 42	76,2%
69 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	86,3%

Otázka 7. V denním a týdenním stacionáři mohou pobývat senioři :

Graf 9 Mobilita, částečná mobilita a imobilita seniorů pro umístění v denním a týdenním stacionáři

Mobilita, částečná mobilita a imobilita seniorů pro umístění v denním a týdenním stacionáři



* - jen mobilní nebo částečně mobilní

** - mobilní i imobilní

*** - jen imobilní

Správná odpověď je: „jen mobilní nebo částečně mobilní.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků ve 42 případech, což je 20,3% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

V této kategorii označilo jako nesprávnou možnost – mobilní i imobilní – 43 respondentů, tj. 20,8% z celkového počtu 207 odpovědí.

Jako nesprávnou možnost – jen imobilní – neoznačil v této kategorii žádný respondent.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena v 59 případech, což představuje 28,5% z celkového počtu 207 odpovědí.

V této kategorii označilo jako nesprávnou možnost – mobilní i imobilní – 59 respondentů, tj. 28,5% z celkového počtu 207 odpovědí.

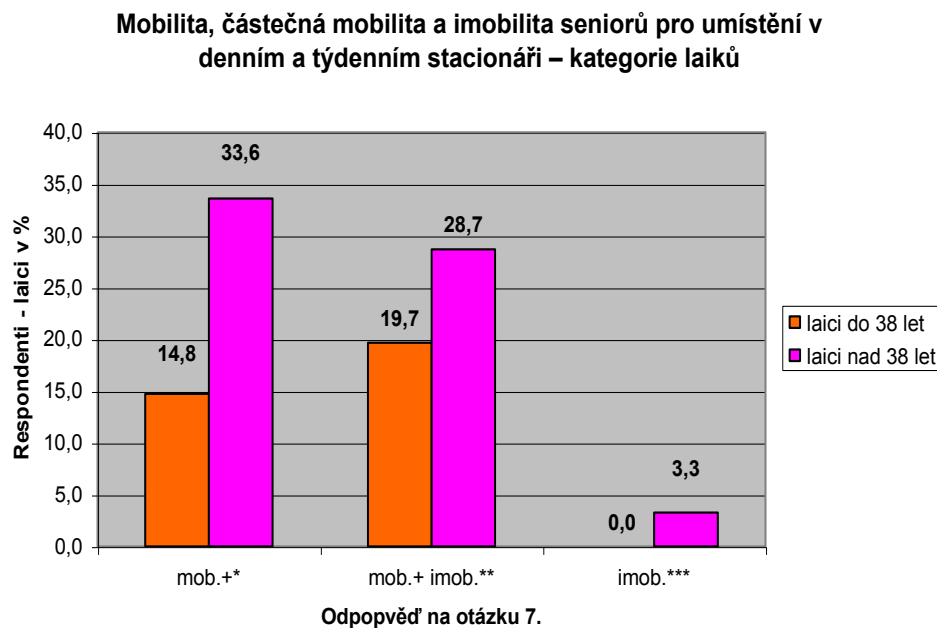
Jako nesprávnou možnost – jen imobilní – označili v této kategorii 4 respondenti, tj. 1,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 7. dosáhlo správných odpovědí:

42 zdravotníků z celkového počtu 85	49,4%
59 laiků z celkového počtu 122	48,4%

Graf 10 Mobilita, částečná mobilita a imobilita seniorů pro umístění v denním a týdenním stacionáři – kategorie laiků



* - jen mobilní nebo částečně mobilní

** - mobilní i imobilní

*** - jen imobilní

Tato otázka byla úspěšně zodpovězena 18 respondenty v kategorii laiků do 38 let, tj. 14,8% z celkového počtu 122 odpovědí.

V této kategorii označili respondenti nesprávnou možnost – mobilní i imobilní – ve 24 případech, tj. 19,7% z celkového počtu 122 odpovědí.

Jako nesprávnou možnost – jen imobilní – neoznačil v této kategorii žádný respondent.

V kategorii starších respondentů nad 38 let se 41 vyjádřilo správně, tj. 33,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

V této kategorii označilo nesprávnou možnost – mobilní i imobilní – 35 respondentů, tj. 28,7% z celkového počtu 122 odpovědí.

Jako nesprávnou možnost – jen imobilní – označili v této kategorii 4 respondenti, tj. 3,3% z celkového počtu 122 odpovědí.

Aby bylo možno porovnat nesourodý vzorek respondentů v kategorii laiků, tzn. 42 respondentů do 38 let a 80 respondentů nad 38 let, bylo nutné provést procentní propočty podílu odpovědí v každé kategorii zvlášť.

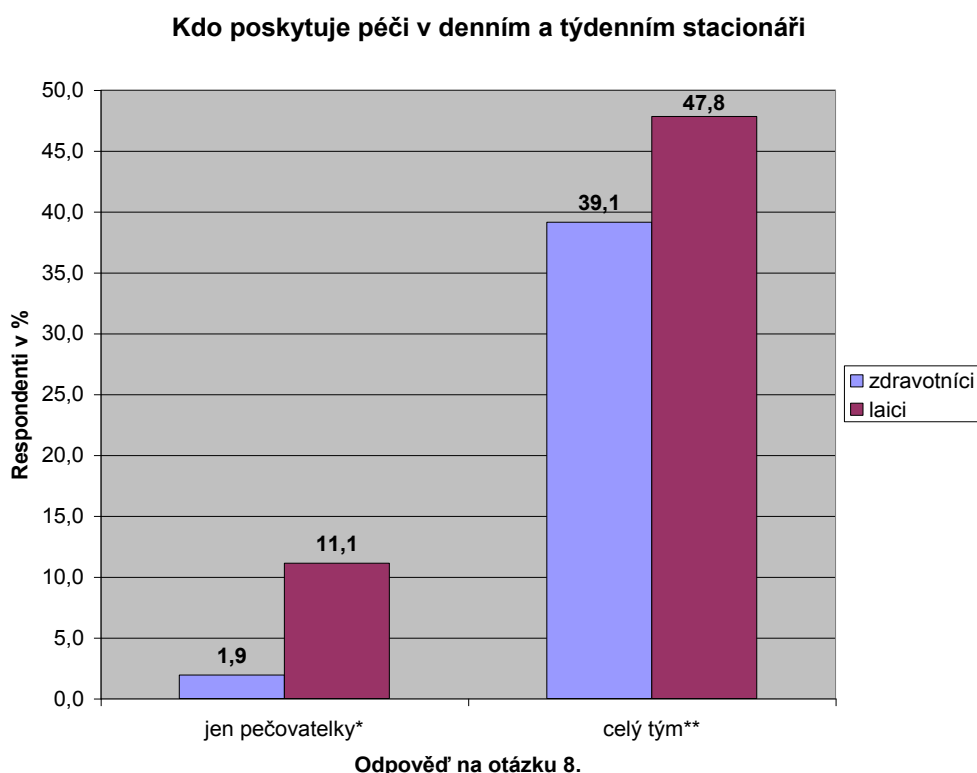
V případě otázky 7. dosáhlo správných odpovědí:

18 laiků do 38 let z celkového počtu 42 42,9%

41 laiků nad 38 let z celkového počtu 80 51,3%

Otázka 8. Jaký personál pečuje o seniory v denním a týdenním stacionáři?

Graf 11 Kdo poskytuje péči v denním a týdenním stacionáři



* - pouze pečovatelky s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách (pomoc při zvládnání běžných činností)

** - pečovatelky s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách, všeobecné sestry, fyzioterapeut, sociální pracovníce, duchovní

Správná odpověď je: „pečovatelky s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách, všeobecné sestry, fyzioterapeut, sociální pracovníce, duchovní.“

Správnou odpověď označilo 81 respondentů v kategorii zdravotníků, což představuje 39,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

Nesprávnou odpověď v této kategorii označili 4 respondenti, tj. 1,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků označilo správnou odpověď 99 respondentů, což představuje 47,8% z celkového počtu odpovědí.

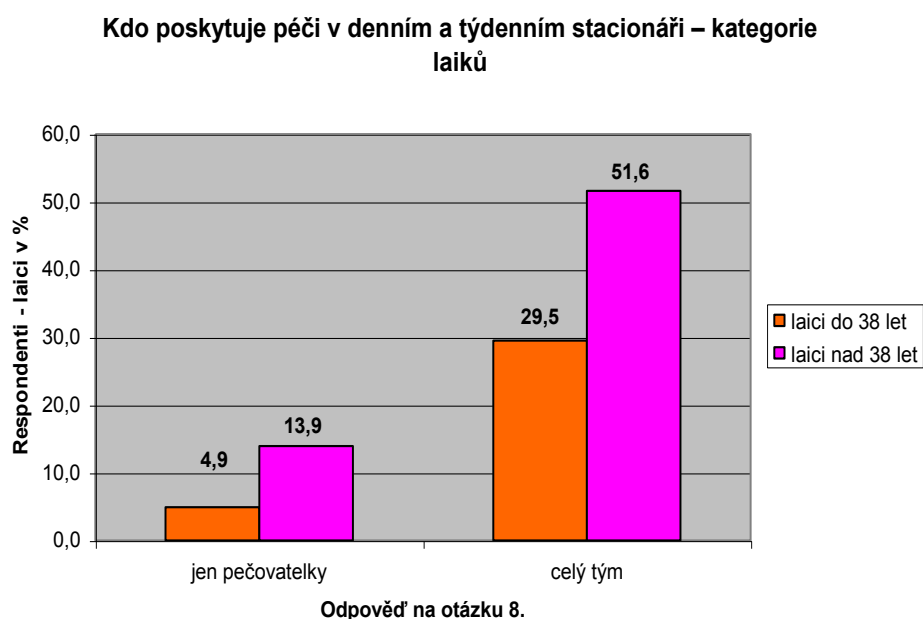
Nesprávnou odpověď označilo 23 laiků, tj. 11,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 8. dosáhlo správných odpovědí :

81 zdravotníků z celkového počtu 85	95,0%
99 laiků z celkového počtu 122	81,1%

Graf 12 Kdo poskytuje péči v denním a týdenním stacionáři – kategorie laiků



Správnou odpověď v kategorii laiků do 38 let označilo 36 respondentů, což je 29,5% z celkového počtu 122 odpovědí.

Nesprávnou odpověď v této kategorii označilo 6 respondentů, tj. 4,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

Správnou odpověď v kategorii laiků nad 38 let označilo 63 respondentů, což je 51,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

Nesprávnou odpověď v této kategorii označilo 17 respondentů, tj. 13,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

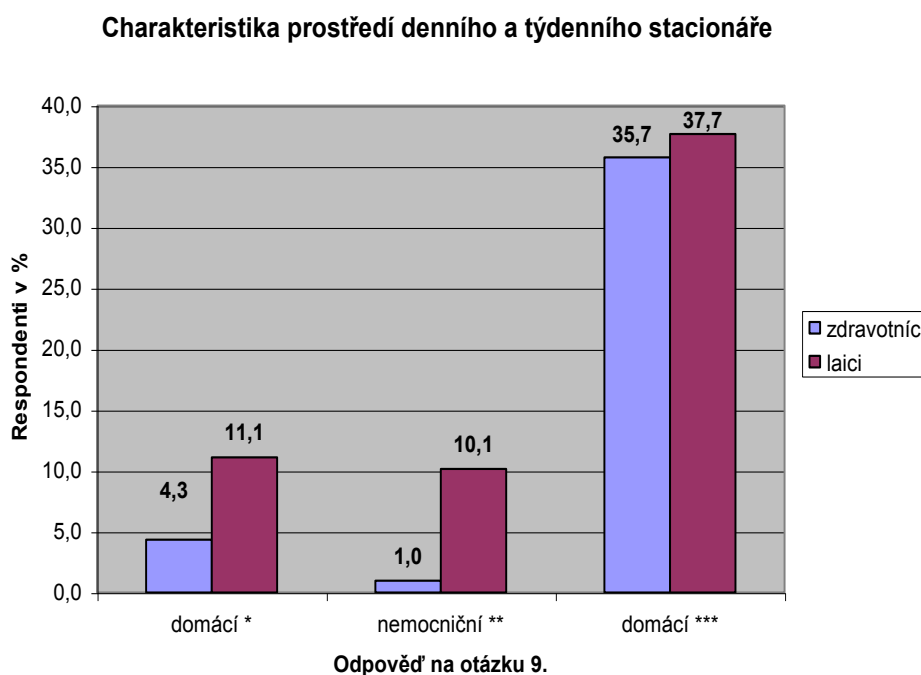
Aby bylo možno porovnat nesourodý vzorek respondentů v kategorii laiků, tzn. 42 respondentů do 38 let a 80 respondentů nad 38 let, bylo nutné provést procentní propočty podílu odpovědí v každé kategorii zvlášť.

V případě otázky 8. dosáhlo správných odpovědí:

36 laiků do 38 let z celkového počtu 42	85,7%
63 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	78,8%

Otázka 9. Jaká je charakteristika prostředí denního a týdenního stacionáře?

Graf 13 Charakteristika prostředí denního a týdenního stacionáře



* - prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu

** - prostředí je podobné nemocničnímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu

*** - prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována individuálně včetně kulturních a společenských aktivit

Správná odpověď je: „prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována individuálně včetně kulturních a společenských aktivit.“

Správnou odpověď označilo 74 respondentů v kategorii zdravotníků, což představuje 35,7% z celkového počtu 207 odpovědí.

Domácí prostředí se stejnou péčí pro všechny označilo jako nesprávnou odpověď 9 zdravotníků, tj. 4,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

Nemocniční prostředí jako nesprávnou odpověď označili 2 zdravotníci, tj. 1,0% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků správnou odpověď označilo 78 respondentů, což představuje 37,7% z celkového počtu 207 odpovědí.

Domácí prostředí se stejnou péčí pro všechny označilo jako nesprávnou odpověď 23 laiků, tj. 11,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

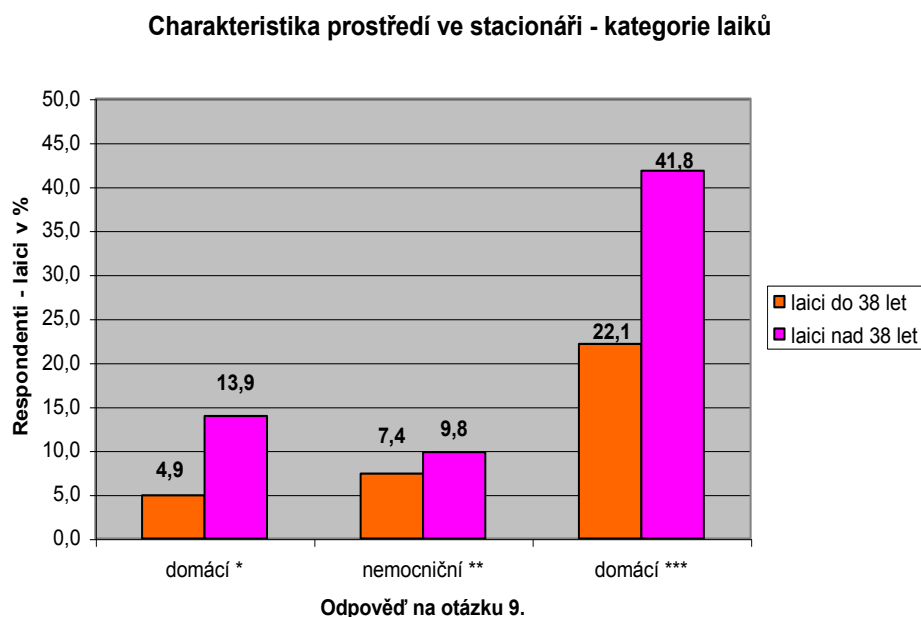
Nemocniční prostředí jako nesprávnou odpověď označilo 21 laiků, tj. 10,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 9. dosáhlo správných odpovědí :

74 zdravotníků z celkového počtu 85	87,0%
78 laiků z celkového počtu 122	63,9%

Graf 14 Charakteristika prostředí ve stacionáři - kategorie laiků



* - prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu

** - prostředí je podobné nemocničnímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu

*** - prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována individuálně včetně kulturních a společenských aktivit

Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let ve 27 případech, což je 22,1% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Domácí prostředí se stejnou péčí pro všechny označilo jako nesprávnou odpověď 6 laiků této kategorie, tj. 4,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

Nemocniční prostředí jako nesprávnou odpověď označilo 9 laiků této kategorie, tj. 7,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 51 případě, což představuje 41,8% celkového počtu 122 odpovědí.

Domácí prostředí se stejnou péčí pro všechny označilo jako nesprávnou odpověď 17 laiků této kategorie, tj. 13,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

Nemocniční prostředí jako nesprávnou odpověď označilo 12 laiků této kategorie, tj. 9,8% z celkového počtu 122 odpovědí.

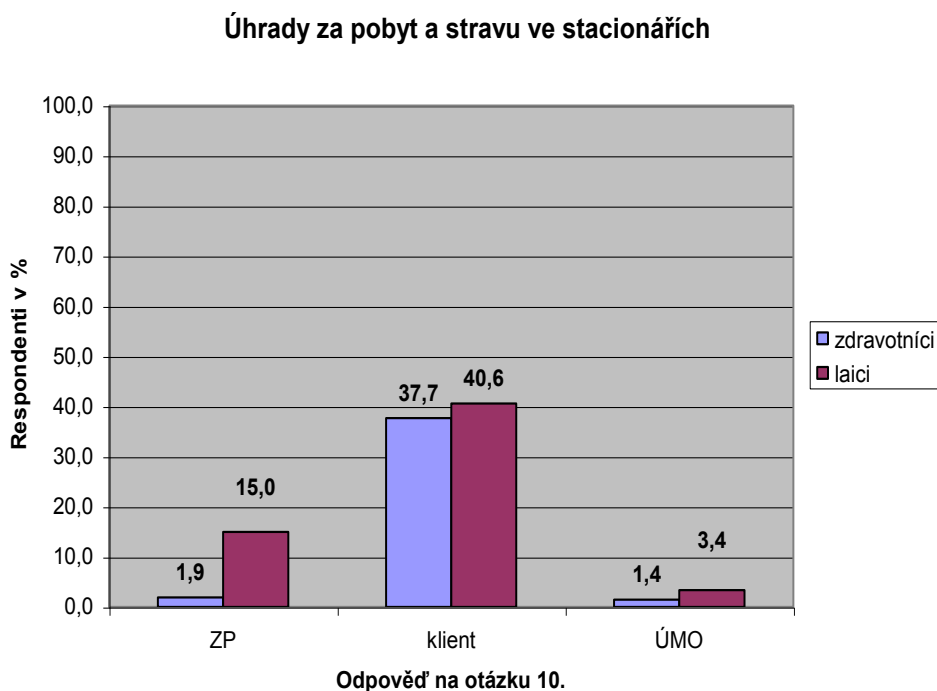
Aby bylo možno porovnat nesourodý vzorek respondentů v kategorii laiků, tzn. 42 respondentů do 38 let a 80 respondentů nad 38 let, bylo nutné provést procentní propočít podílu odpovědí v každé kategorii zvlášť.

V případě otázky 9. dosáhlo správných odpovědí:

27 laiků do 38 let z celkového počtu 42	64,3%
51 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	63,8%

Otázka 10. Kdo hradí pobyt a stravu v denním a týdenním stacionáři?

Graf 15 Úhrady za pobyt a stravu ve stacionářích



ZP – zdravotní pojišťovna

ÚMO – úřad příslušného městského obvodu

Správná odpověď je: „klient“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 78 případech, což je 37,7% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Úhradu od zdravotní pojišťovny jako nesprávnou odpověď označili 4 zdravotníci, tj. 1,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

Úhradu z prostředků úřadu příslušného městského obvodu označili 3 zdravotníci, tj. 1,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena ve 84 případech, což představuje 40,6% z celkového počtu 207 odpovědí.

Úhradu od zdravotní pojišťovny jako nesprávnou odpověď označilo 31 laiků, tj. 15,0% z celkového počtu 207 odpovědí.

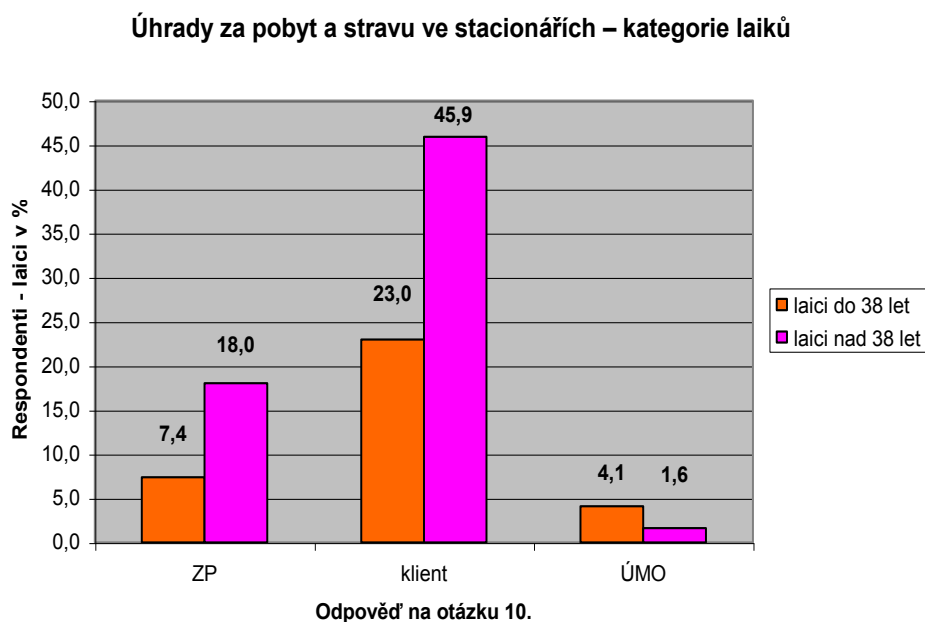
Úhradu z prostředků úřadu příslušného městského obvodu označilo 7 laiků, tj. 3,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 10. dosáhlo správných odpovědí:

78 zdravotníků z celkového počtu 85	91,8%
84 laiků z celkového počtu 122	68,9%

Graf 16 Úhrady za pobyt a stravu ve stacionářích – kategorie laiků



Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let ve 28 případech, což je 23,0% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Úhradu od zdravotní pojišťovny jako nesprávnou odpověď označilo 9 laiků do 38 let, tj. 7,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

Úhradu z prostředků úřadu příslušného městského obvodu označilo 5 laiků do 38 let, tj. 4,1% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 56 případech, což představuje 45,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

Úhradu od zdravotní pojišťovny jako nesprávnou odpověď označilo 22 laiků nad 38 let, tj. 18,0% z celkového počtu 122 odpovědí.

Úhradu z prostředků úřadu příslušného městského obvodu označili 2 laici, tj. 1,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

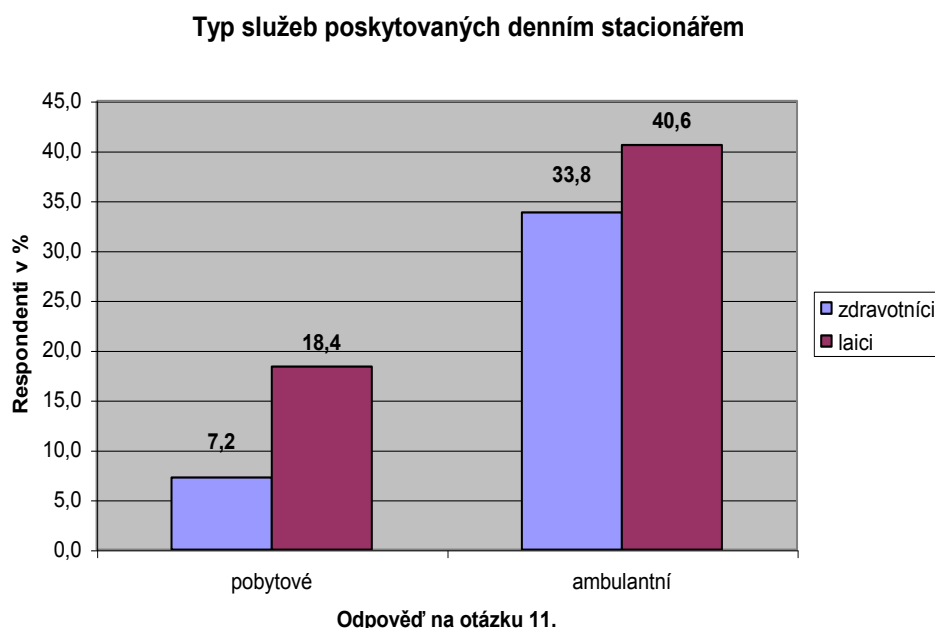
V případě otázky 10. dosáhlo správných odpovědí:

28 laiků do 38 let z celkového počtu 42

66,7%

Otázka 11. Jaký typ služeb poskytuje denní stacionář?

Graf 17 Typ služeb poskytovaných denním stacionářem



Správná odpověď je: „ambulantní.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 70 případech, což je 33,8% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

15 nesprávných odpovědí v této kategorii je 7,2% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena v 84 případech, což představuje 40,6% z celkového počtu 207 odpovědí.

38 nesprávných odpovědí v této kategorii činí 18,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

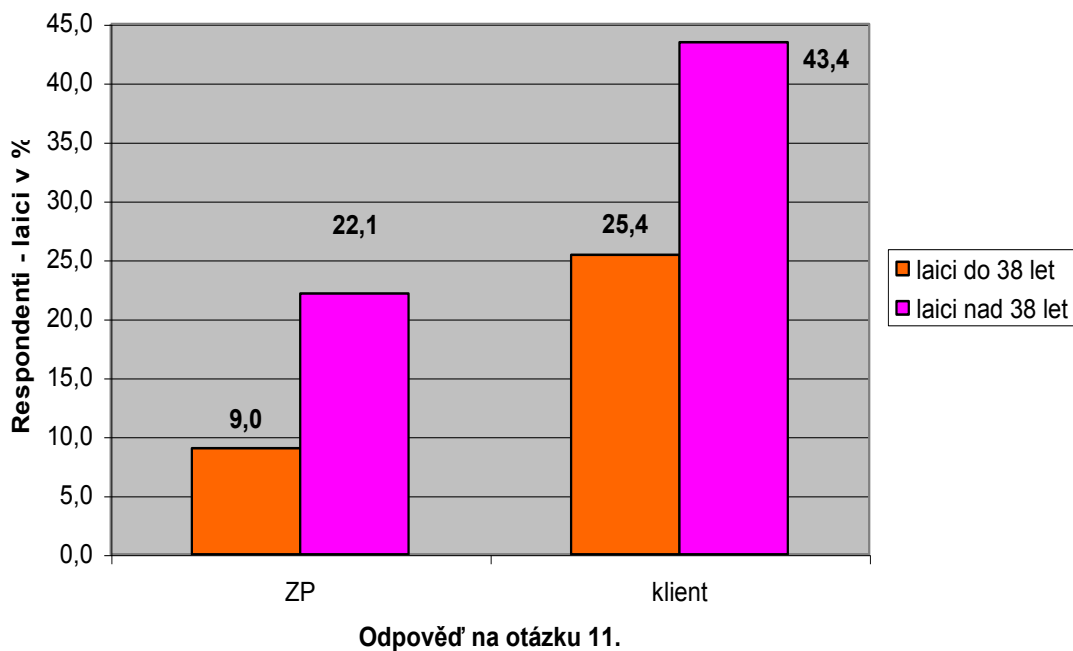
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 11. dosáhlo správných odpovědí :

70 zdravotníků z celkového počtu 85	82,4%
84 laiků z celkového počtu 122	68,9%

Graf 18 Typ služeb poskytovaných denním stacionářem – kategorie laiků

Typ služeb poskytovaných denním stacionářem – kategorie laiků



Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let v 31 případech, což je 25,4% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

11 nesprávných odpovědí v této kategorii je 9,0% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 53 případech, což představuje 43,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

27 nesprávných odpovědí v této kategorii činí 22,1% z celkového počtu 122 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní

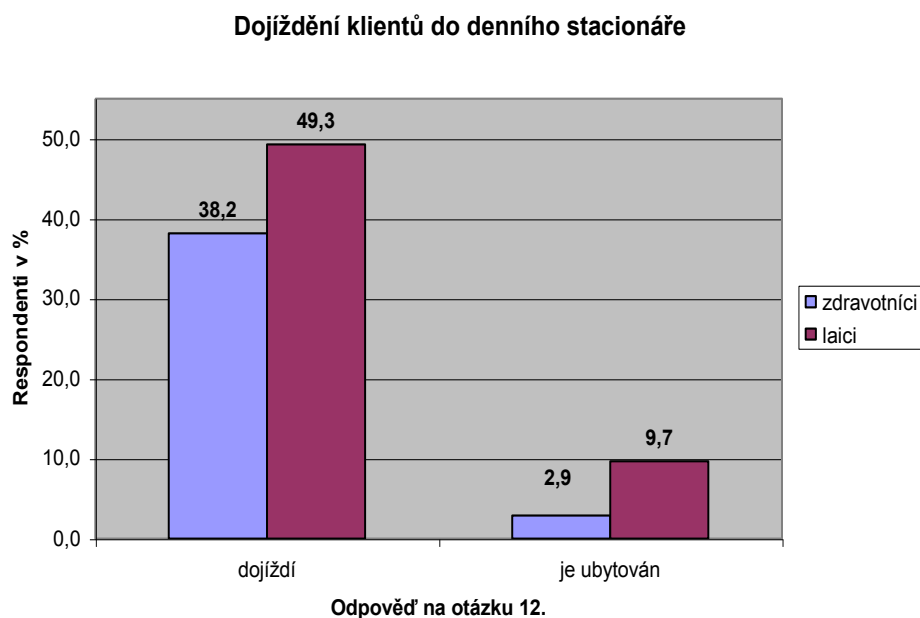
výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 11. dosáhlo správných odpovědí:

31 laiků do 38 let z celkového počtu 42	73,8%
53 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	66,3%

Otázka č. 12 Klient denního stacionáře : (dojíždí denně, je ubytován)

Graf 19 Dojíždění klientů do denního stacionáře



* - dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma

** - je ubytovaný ve stacionáři od pondělí do pátku, víkendy tráví doma

Správná odpověď je: „dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 79 případech, což je 38,2% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Nesprávnou odpověď označilo 6 zdravotníků, což je 2,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena ve 102 případech, což představuje 49,3% celkového počtu 207 odpovědí.

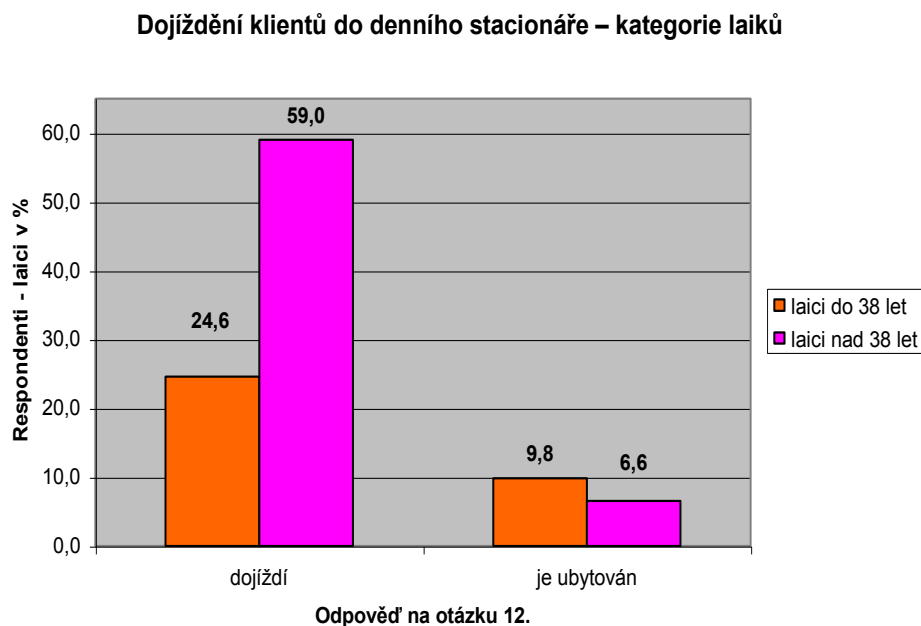
Nesprávnou odpověď označilo 20 laiků, což je 9,7% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 12. dosáhlo správných odpovědí :

79 zdravotníků z celkového počtu 85	92,9%
102 laiků z celkového počtu 122	83,6%

Graf 20 Dojíždění klientů do denního stacionáře – kategorie laiků



Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let v 30 případech, což je 24,6% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Jako nesprávnou odpověď - „je ubytován“ – označilo 12 laiků do 38 let, tj. 9,8% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 72 případech, což představuje 59,0% celkového počtu 122 odpovědí.

Jako nesprávnou odpověď - „je ubytován“ – označilo 8 laiků nad 38 let, tj. 6,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

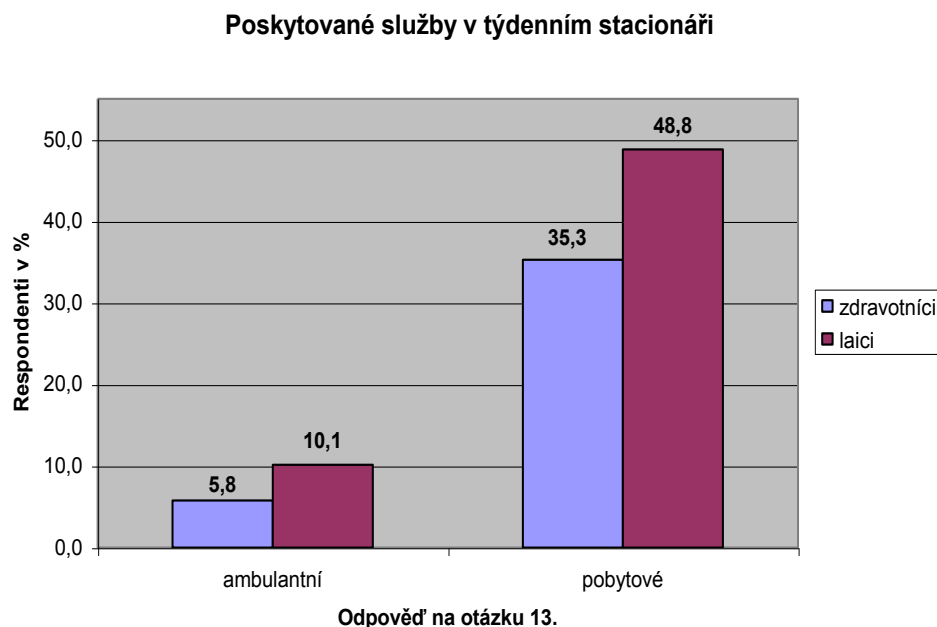
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 12. dosáhlo správných odpovědí :

30 laiků do 38 let z celkového počtu 42	71,4%
72 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	90,0%

Otázka 13. Jaký typ služeb poskytuje týdenní stacionář?

Graf 21 Poskytované služby v týdenním stacionáři



Správná odpověď je: „pobytové.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 73 případech, což je 35,3% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Nesprávnou odpověď označilo 12 zdravotníků tj. 5,8% celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena ve 101 případě, což představuje 48,8% celkového počtu 207 odpovědí.

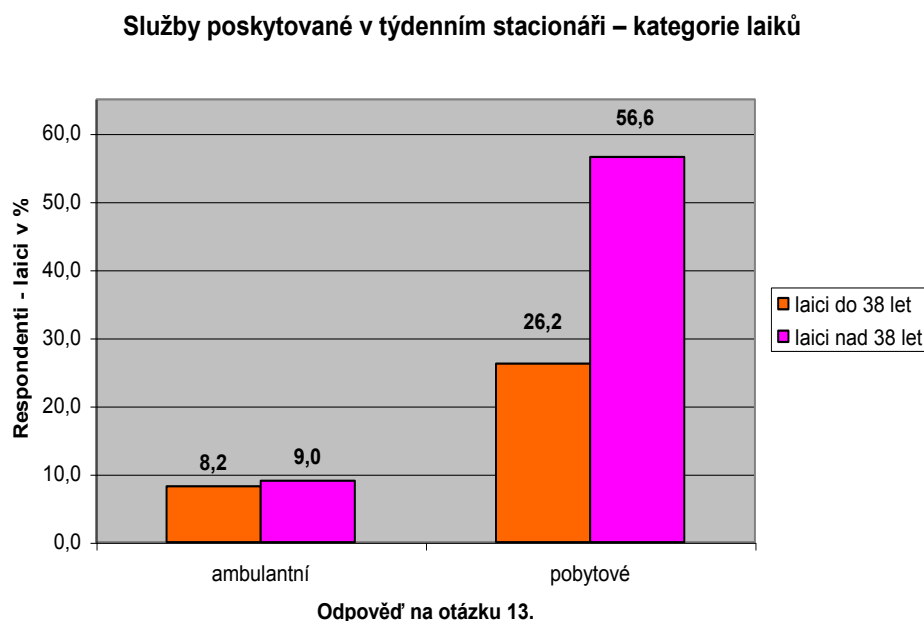
Nesprávnou odpověď označilo 21 laiků tj. 10,1% celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 13. dosáhlo správných odpovědí

73 zdravotníků z celkového počtu 85	85,9%
101 laiků z celkového počtu 122	82,8%

Graf 22 Služby poskytované v týdenním stacionáři – kategorie laiků



Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let ve 32 případech, což je 26,2% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Nesprávných odpovědí je v této kategorii 10, což je 8,2% celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 69 případech, což představuje 56,6% celkového počtu 122 odpovědí.

Nesprávných odpovědí v této kategorii je 11, což je 9,0% z celkového počtu 122 odpovědí.

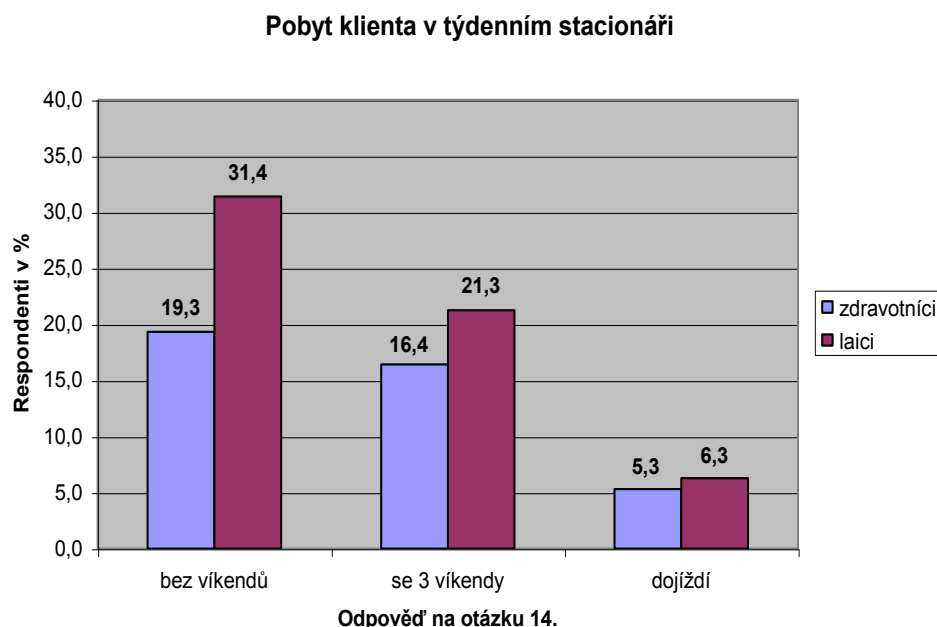
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 13. dosáhlo správných odpovědí :

32 laiků do 38 let z celkového počtu 42	76,2%
69 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	86,3%

Otázka 14. Klient týdenního stacionáře je: (ubytován a víkendy tráví doma, ubytován přes týden plus tři víkendy, dojíždí denně a víkendy tráví doma)

Graf 23 Pobyť klienta v týdenním stacionáři



* - ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19. hod., víkendy tráví doma

** - ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19. hod., minimálně však jeden víkend v měsíci musí trávit doma, ostatní víkendy může být ve stacionáři

*** - dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma

Správná odpověď je: „ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19. hod., minimálně však jeden víkend v měsíci musí trávit doma, ostatní víkendy může být ve stacionáři.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 34 případech, což je 16,4% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Pobyť v týdenním stacionáři bez víkendů jako nesprávnou odpověď označilo 40 zdravotníků, tj. 19,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

Denní dojíždění do týdenního stacionáře jako nesprávnou odpověď označilo 11 zdravotníků, tj. 5,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena ve 44 případech, což představuje 21,3% celkového počtu 207 odpovědí.

Pobyt v týdenním stacionáři bez víkendů jako nesprávnou odpověď označilo 65 laiků, tj. 31,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

Denní dojíždění do týdenního stacionáře jako nesprávnou odpověď označilo 13 laiků, tj. 6,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

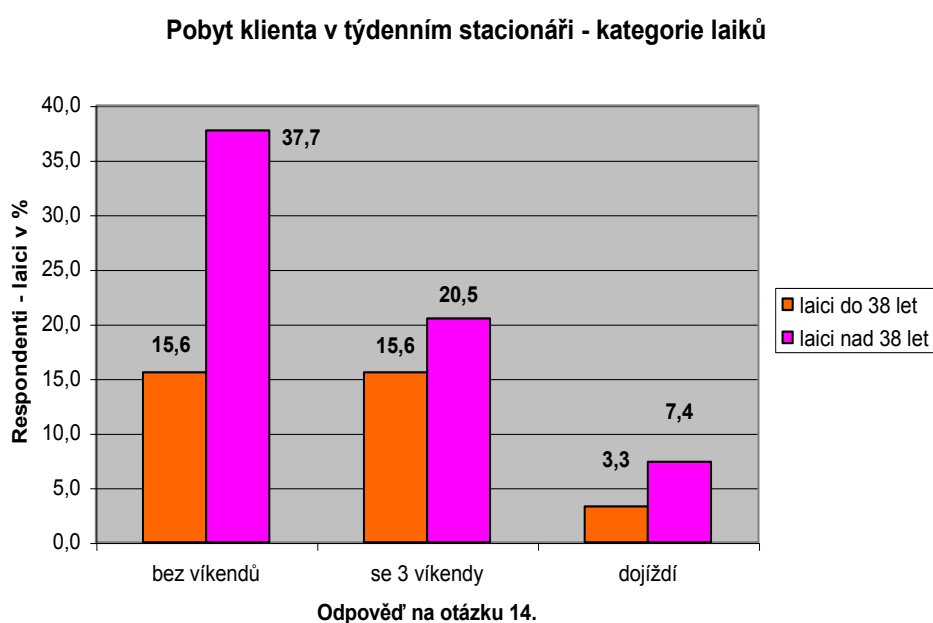
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 14. dosáhli správných odpovědí :

34 zdravotníci z celkového počtu 85 40,0%

44 laici z celkového počtu 122 36,1%

Graf 24 Pobyt klienta v týdenním stacionáři - kategorie laiků



Správná odpověď je: „ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19. hod., minimálně však jeden víkend v měsíci musí trávit doma, ostatní víkendy může být ve stacionáři.“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let v 19 případech, což je 15,6% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Pobyt v týdenním stacionáři bez víkendů jako nesprávnou odpověď označilo 19 laiků do 38 let, tj. 15,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

Denní dojíždění do týdenního stacionáře jako nesprávnou odpověď označili 4 laici do 38 let, tj. 3,3% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena v 25 případech, což představuje 20,5% celkového počtu 122 odpovědí.

Pobyt v týdenním stacionáři bez víkendů jako nesprávnou odpověď označilo 46 laiků nad 38 let, tj. 37,7% z celkového počtu 122 odpovědí.

Denní dojíždění do týdenního stacionáře jako nesprávnou odpověď označilo 9 laiků nad 38 let, tj. 7,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

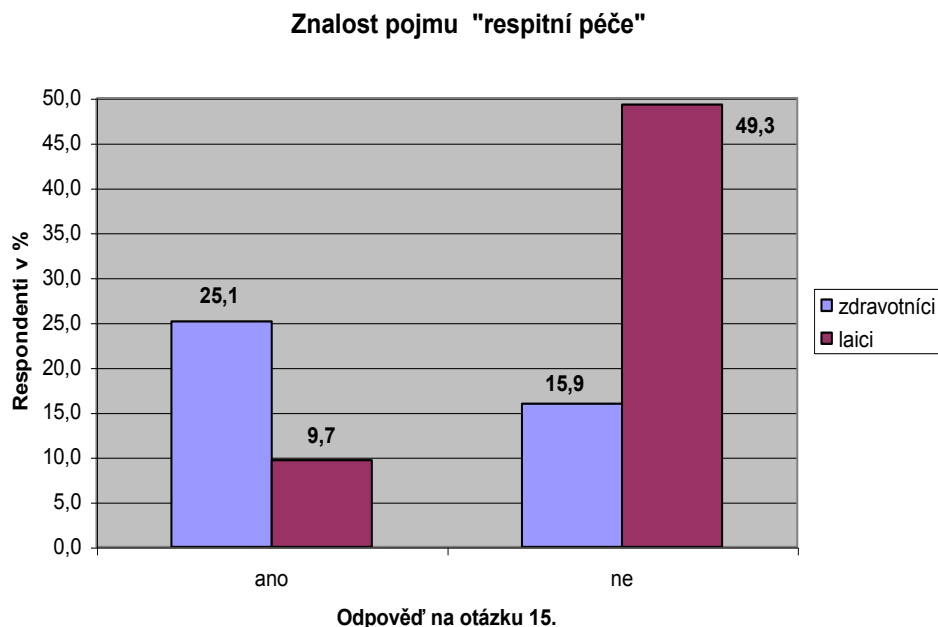
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 14. dosáhlo správných odpovědí :

19 laiků do 38 let z celkového počtu 42	45,2%
25 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	31,3%

Otázka 15. Máte představu o tom, co je respitní péče?

Graf 25 Znalost pojmu „repitní péče“



Odpověď „ano“ označili zástupci kategorie zdravotníků v 52 případech, což je 25,1% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Odpověď „ne“ v této kategorii zvolilo 33 zdravotníků, tj. 15,9% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla odpověď „ano“ označena ve 20 případech, což představuje 9,7% celkového počtu 207 odpovědí.

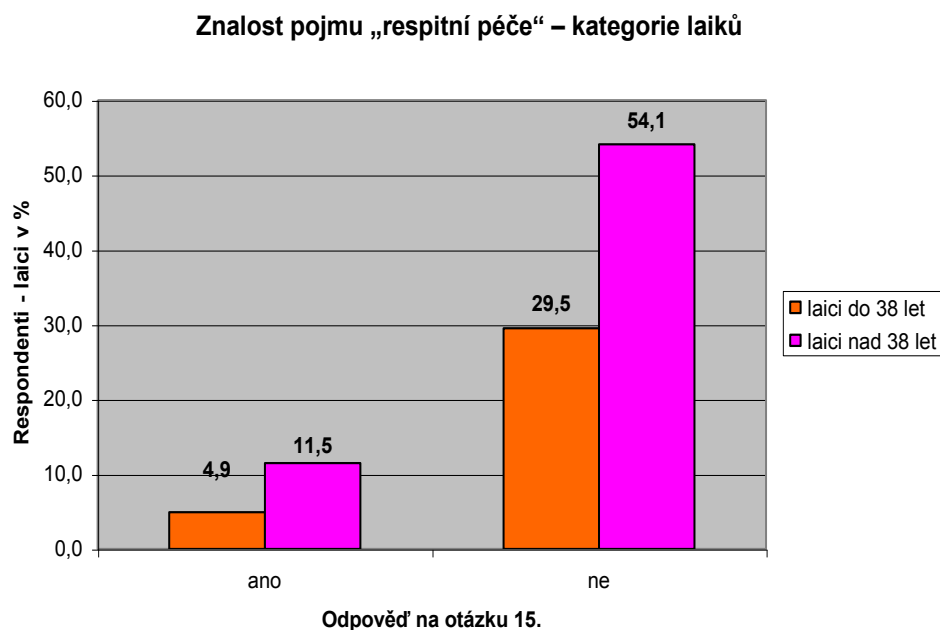
Odpověď „ne“ v této kategorii zvolilo 102 laiků, tj. 49,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 15. dosáhlo správných odpovědí :

52 zdravotníků z celkového počtu 85	61,2%
20 laiků z celkového počtu 122	16,4%

Graf 26 Znalost pojmu „respirní péče“ – kategorie laiků



Odpověď „ano“ označili zástupci kategorie laiků do 38 let 6 případech, což je 4,9% z celkového počtu 122 odpovědí.

Odpověď „ne“ v této kategorii zvolilo 36 respondentů, tj. 29,5% celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla odpověď „ano“ označena ve 14 případech, což představuje 11,5% celkového počtu 122 odpovědí.

Odpověď „ne“ v této kategorii zvolilo 66 respondentů, tj. 54,1% z celkového počtu 122 odpovědí.

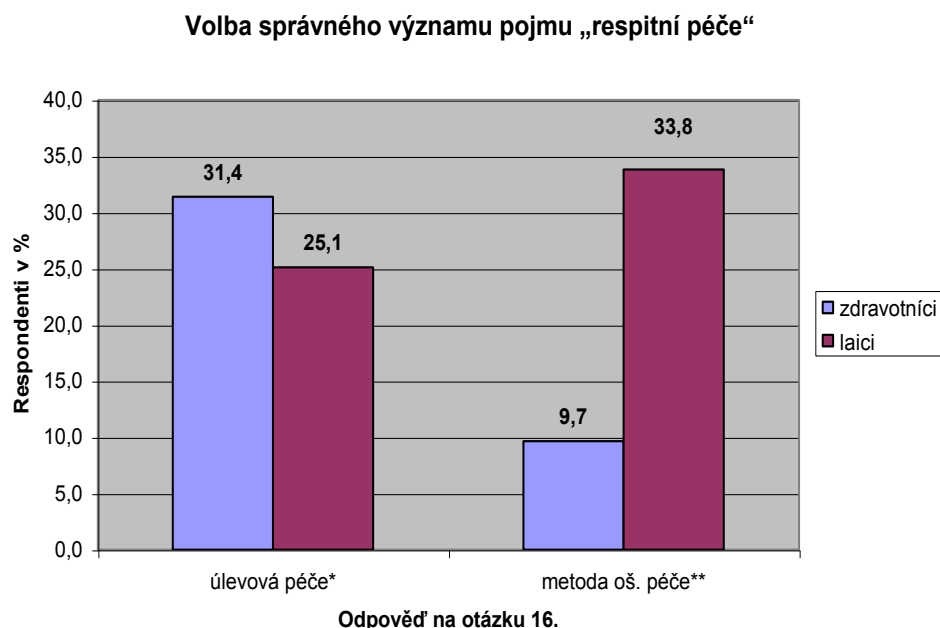
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 15. dosáhlo správných odpovědí :

6 laiků do 38 let z celkového počtu 42	14,3%
14 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	17,5%

Otázka 16. Respirní péče je: (úlevová, metoda ošetrovatelské péče)

Graf 27 Volba správného významu pojmu „respitní péče“



* - úlevová (krátkodobá do tří týdnů)

** - metoda ošetrovatelské péče

Správná odpověď je: „úlevová (krátkodobá do tří týdnů).“

Správnou odpověď označili zástupci kategorie zdravotníků v 65 případech, což je 31,4% z celkového počtu 207 odpovědí na položenou otázku.

Jako metodu ošetrovatelské péče a současně nesprávnou odpověď označilo respitní péči 20 zdravotníků, tj. 9,7% z celkového počtu 207 odpovědí.

V kategorii laiků byla správná odpověď označena v 52 případech, což představuje 25,1% celkového počtu 207 odpovědí.

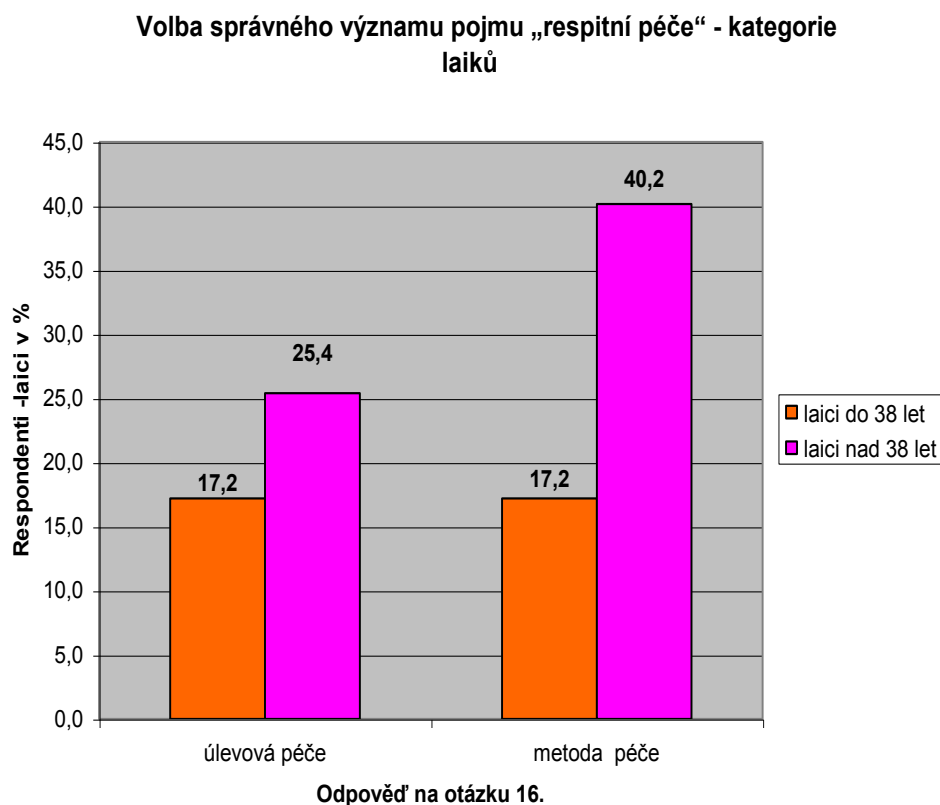
Jako metodu ošetrovatelské péče a současně nesprávnou odpověď označilo respitní péči 70 laiků, tj. 33,8% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 16. dosáhlo správných odpovědí :

65 zdravotníků z celkového počtu 85	76,5%
52 laiků z celkového počtu 122	42,6%

Graf 28 Volba správného významu pojmu „respitní péče“ – kategorie laiků



Správná odpověď je: „úlevová (krátkodobá do tří týdnů).“

I v kategoriích laiků platí stejné zásady hodnocení, dosažené výsledky 17,2% u mladších a 25,4% u starších jsou toho příkladem.

Správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků do 38 let ve 21 případě, což je 17,2% z celkového počtu 122 odpovědí na položenou otázku.

Jako metodu ošetrovatelské péče a současně nesprávnou odpověď označilo respitní péči 21 laiků do 38 let, tj. 17,2% z celkového počtu 122 odpovědí.

V kategorii laiků nad 38 let byla správná odpověď označena ve 31 případě, což představuje 25,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

Jako metodu ošetrovatelské péče a současně nesprávnou odpověď označilo respitní péči 49 laiků nad 38 let, tj. 40,2% z celkového počtu 122 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní

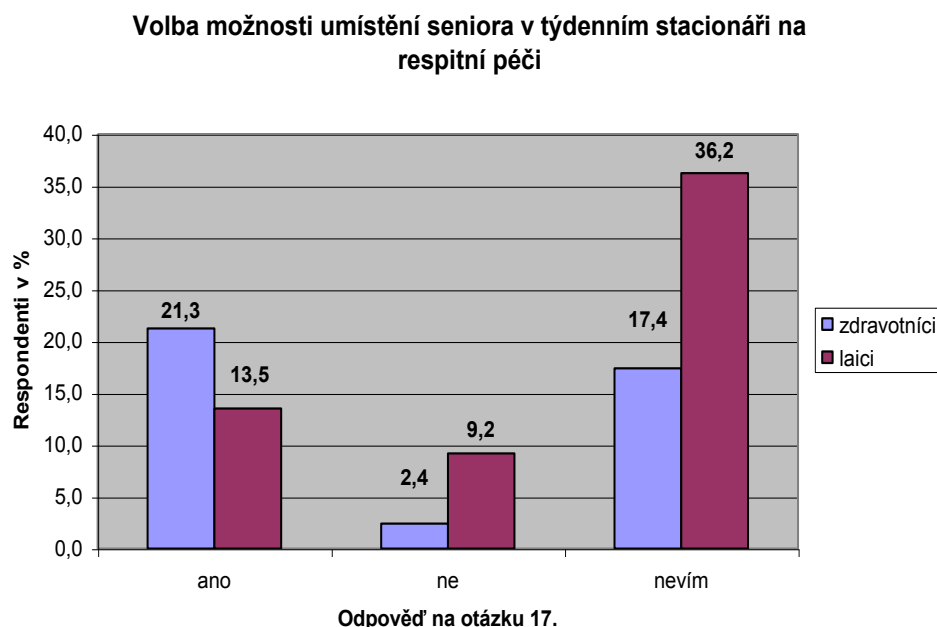
výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 16. dosáhlo správných odpovědí :

21 laiků do 38 let z celkového počtu 42	50,0%
31 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	38,8%

Otázka 17. Lze umístit seniory do týdenního stacionáře jen na respitní péči?

Graf 29 Volba možnosti umístění seniora v týdenním stacionáři na respitní péči



Správná odpověď je: „ano.“

Odpověď „ano“ označili zástupci kategorie zdravotníků ve 44 případech, což je 21,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

Odpověď „ne“ jako nesprávnou označili zdravotníci v 5 případech, tj. 2,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

Rovněž odpověď „nevím“ jsem hodnotila jako nesprávnou a v kategorii zdravotníků ji označilo 36 respondentů, tj. 17,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

Odpověď „ano“ jako správnou označili zástupci kategorie laiků ve 28 případech, což je 13,5% z celkového počtu 207 odpovědí.

Odpověď „ne“ jako nesprávnou označili laici v 19 případech, tj. 9,2% z celkového počtu 207 odpovědí.

Rovněž odpověď „nevím“ jsem hodnotila jako nesprávnou a v kategorii laiků ji označilo 75 respondentů, tj. 36,2% z celkového počtu 207 odpovědí.

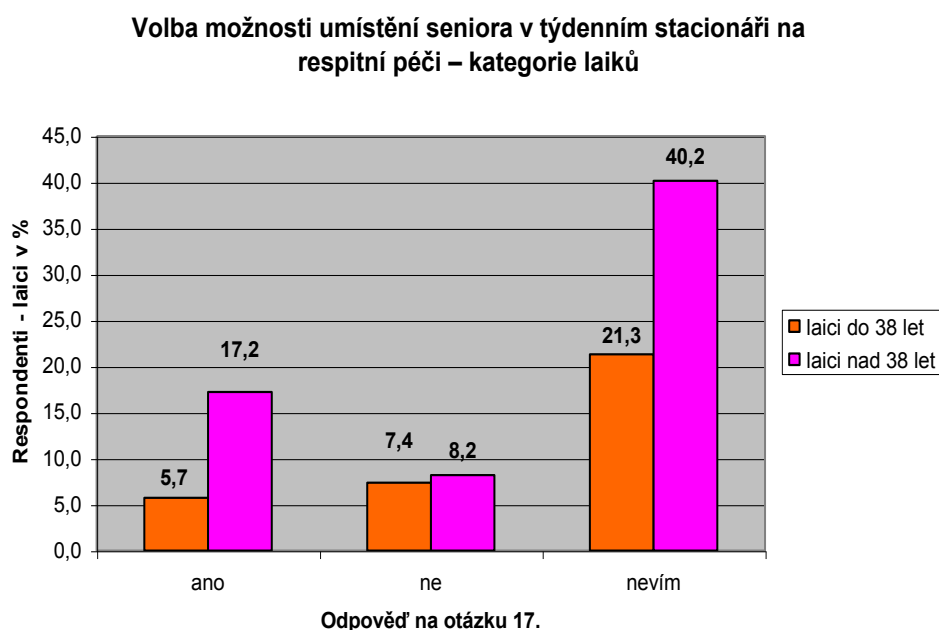
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 17. dosáhlo správných odpovědí :

44 zdravotníků z celkového počtu 85 51,8%

28 laiků z celkového počtu 122 23,0%

Graf 30 Volba možnosti umístění seniora v týdenním stacionáři na respitní péči –
kategorie laiků.



Správná odpověď je: „ano.“

Odpověď „ano“ označili zástupci kategorie laiků do 38 let v 7 případech, což je 5,7% z celkového počtu 122 odpovědí.

Odpověď „ne“ jako nesprávnou označili laici do 38 let v 9 případech, tj. 7,4% z celkového počtu 122 odpovědí.

Rovněž odpověď „nevím“ jsem hodnotila jako nesprávnou a v kategorii laiků do 38 let ji označilo 26 respondentů, tj. 21,3% z celkového počtu 122 odpovědí.

Odpověď „ano“ jako správnou odpověď označili zástupci kategorie laiků nad 38 let ve 21 případech, což je 17,2% z celkového počtu 122 odpovědí.

Odpověď „ne“ jako nesprávnou označili laici nad 38 let v 10 případech, tj. 8,2% z celkového počtu 122 odpovědí.

Rovněž odpověď „nevím“ jsem hodnotila jako nesprávnou a v kategorii laiků nad 38 let ji označilo 49 respondentů, tj. 40,2% z celkového počtu 122 odpovědí.

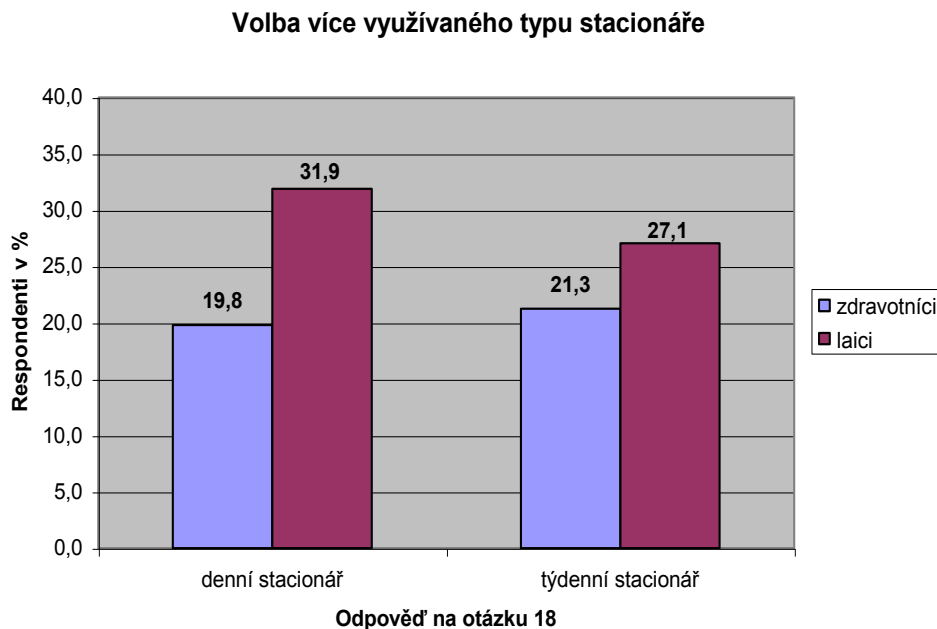
Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za laiky do 38 let a zvlášť za laiky nad 38 let.

V případě otázky 17. dosáhlo správných odpovědí :

7 laiků do 38 let z celkového počtu 42	16,7%
21 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	26,3%

Otázka 18. Jaký typ stacionáře je dle Vašeho mínění více využíván?

Graf 31 Volba více využívaného typu stacionáře



Tato otázka dala možnost každému z 207 respondentů zamyslet se v souvislosti s předchozími otázkami nad tím, jaký typ stacionáře by zvolil pro poskytování péče svému seniorovi.

Svůj názor, že více je využíván denní stacionář, vyslovilo 41 respondentů z řad zdravotníků, tj. 19,8% z celkového počtu 207 odpovědí.

Větší využití týdenního stacionáře označilo 44 zdravotníků, tj. 21,3% z celkového počtu 207 odpovědí.

Kategorie laiků se vyjádřila v počtu 66 respondentů, tj. 31,9% z celkového počtu 207 odpovědí pro větší využívání denního stacionáře.

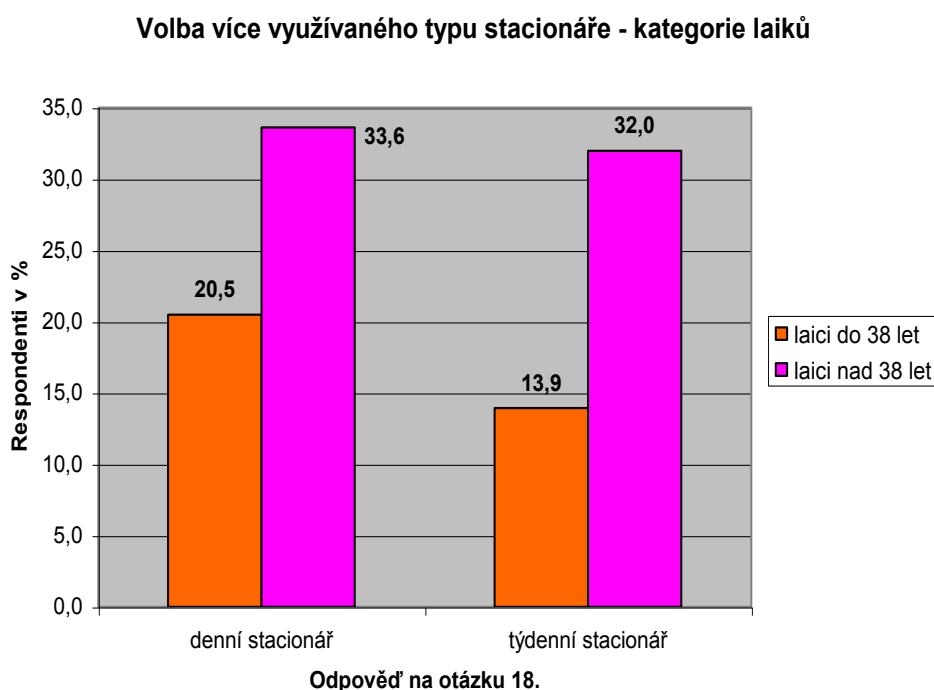
Větší využití týdenního stacionáře označilo 56 respondentů – laiků, tj. 27,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 18. se respondenti vyjádřili takto:
pro větší využitelnost denního stacionáře by se přiklonilo:

41 zdravotníků z celkového počtu 85	48,2%
66 laiků z celkového počtu 122	54,1%
pro větší využitelnost týdenního stacionáře by se přiklonilo:	
44 zdravotníků z celkového počtu 85	51,8%
56 laiků z celkového počtu 122	45,9%

Graf 32 Volba více využívaného typu stacionáře – kategorie laiků



Kategorie laiků do 38 let dala svoje sympatie dennímu stacionáři ve 25 případech, tj. 20,5% z celkového počtu 122 odpovědí.

Kategorie laiků do 38 let se v 17 případech, tj. 13,9% z celkového počtu 122 odpovědí, vyjádřila pro týdenní stacionář.

Kategorie laiků nad 38 let dala přednost dennímu stacionáři – ve 41 případě, tj. 33,6% z celkového počtu 122 odpovědí.

Pro týdenní stacionář se vyjádřila kategorie laiků nad 38 let v 39 případech, tj. 32% z celkového počtu 122 odpovědí.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní

výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 18. se respondenti vyjádřili takto:

pro větší využitelnost denního stacionáře by se přiklonilo:

25 laiků do 38 let z celkového počtu 42 59,5%

41 laiků nad 38 let z celkového počtu 80 51,3%

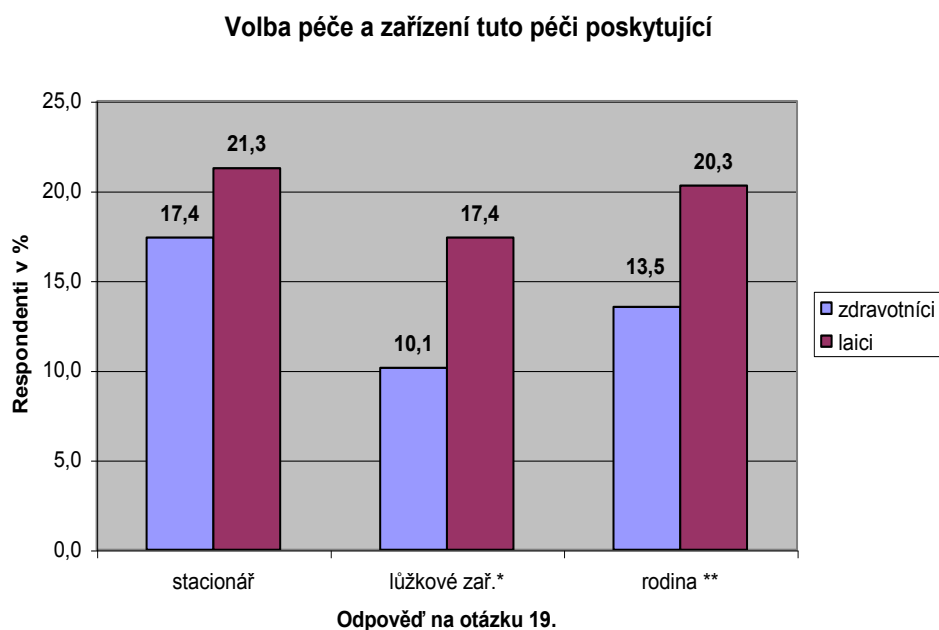
pro větší využitelnost týdenního stacionáře by se přiklonilo:

17 laiků do 38 let z celkového počtu 42 40,5%

39 laiků nad 38 let z celkového počtu 80 48,8%

Otázka 19. Jaká péče je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro částečně pohyblivé seniory s poruchami paměti a demencemi?

Graf 33 Volba péče a zařízení tuto péči poskytující



* - péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem

** - celodenní péče o seniora v rámci rodiny

Kategorie zdravotníků se vyslovila pro péči ve stacionáři v 36 případech, což je 17,4% z celkového počtu 207 odpovědí.

Pro péči v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem se vyslovilo 21 zdravotníků, což je 10,1% z celkového počtu 207 odpovědí.

Pro celodenní péči v rámci rodiny se vyslovilo 28 zdravotníků, tj. 13,5% z celkového počtu 207.

Kategorie laiků se vyslovila pro péči ve stacionáři ve 44 případech, což je 21,3% z celkového počtu 207.

Pro péči v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem se vyslovilo 36 laiků, což je 17,4% z celkového počtu 207.

Pro celodenní péči v rámci rodiny se vyslovilo 42 laiků, což je 20,3% z celkového počtu 207.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 19. odpověděli v kategorii zdravotníci – laici takto:

„péče ve stacionáři“

36 zdravotníků z celkového počtu 85 42,4%

44 laiků z celkového počtu 122 36,1%

„péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem“

21 zdravotníků z celkového počtu 85 24,7%

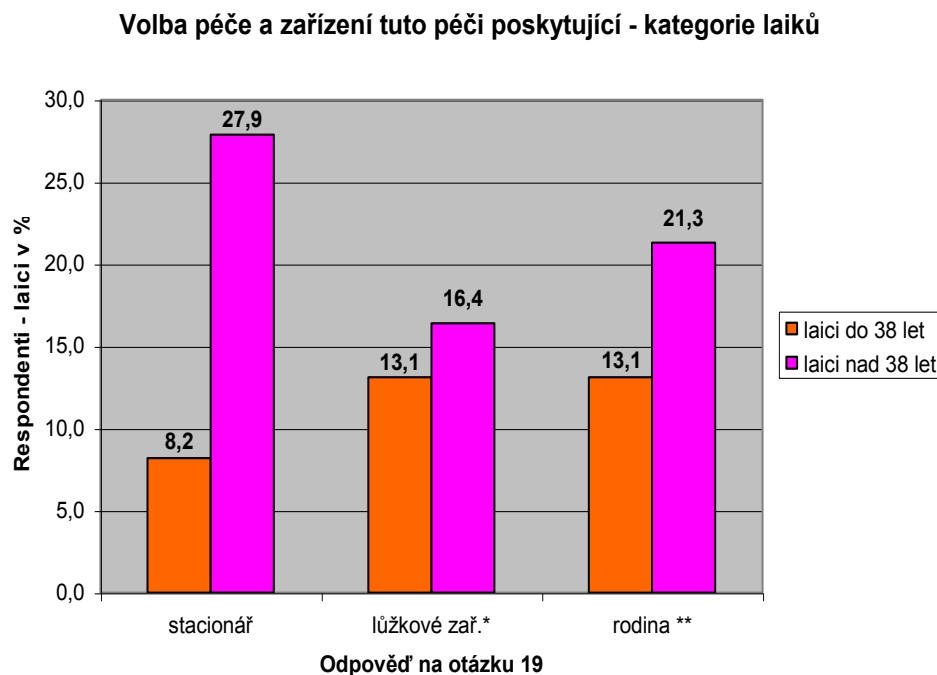
36 laiků z celkového počtu 122 29,5%

„celodenní péče o seniora v rámci rodiny“

28 zdravotníků z celkového počtu 85 32,9%

42 laiků z celkového počtu 122 34,4%

Graf 34 Volba péče a zařízení tuto péči poskytující – kategorie laiků.



* - péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem

** - celodenní péče o seniora v rámci rodiny

Na otázku v kategorii laiků do 38 let odpovědělo ve prospěch stacionáře 10 respondentů, tj. 8,2% z celkového počtu 122.

Pro péči v lůžkovém zařízení se vyslovilo 16 respondentů z kategorie laiků do 38 let, tj. 13,1% z celkového počtu 122.

Pro celodenní péči v rodině u kategorie laiků do 38 let se vyslovilo 16 respondentů, což je 13,1% z celkového počtu 122 .

V kategorii laiků nad 38 let se pro péči ve stacionáři vylovalo 34 respondentů, což je 27,9% z celkového počtu 122.

Pro péči v lůžkovém zařízení se vyslovilo 20 respondentů z kategorie laiků nad 38 let, tj. 16,4% z celkového počtu 122.

Pro celodenní péči v rodině u kategorie laiků nad 38 let se vyslovilo 26 respondentů, což je 21,3% z celkového počtu 122.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní

výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 19. odpověděli v kategorii laici do 38 let - laici nad 38 let takto:
 „péče ve stacionáři“

10 laiků do 38 let z celkového počtu 42	23,8%
34 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	42,5%

„péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem“

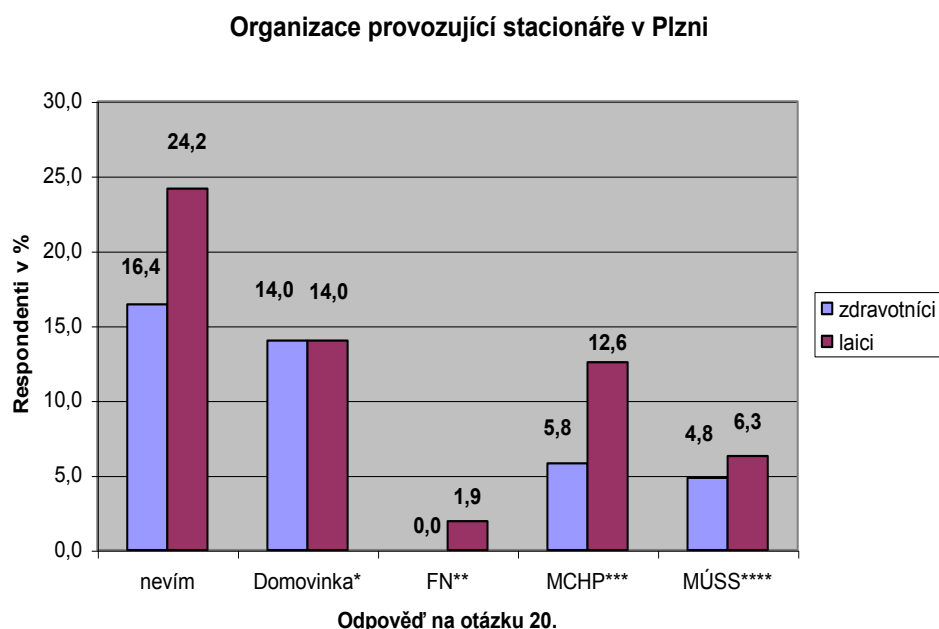
16 laiků do 38 let z celkového počtu 42	38,1%
20 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	25,0%

„celodenní péče o seniora v rámci rodiny“

16 laiků do 38 let z celkového počtu 42	38,1%
26 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	32,5%

Otázka 20. Která organizace nebo zdravotnické zařízení provozuje v Plzni denní a týdenní stacionář pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

Graf 35 Organizace provozující stacionáře v Plzni



* - Mgr. Bohumila Hajšmanová - Domovinka

** - Fakultní nemocnice

*** - Městská charita Plzeň

**** - Městský ústav sociálních služeb

Správná odpověď je: „Mgr. Bohumila Hajšmanová Domovinka.“

Správně odpovědělo 29 respondentů z řad zdravotníků, což je 14,0% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „nevím“ označilo 34 zdravotníků, tj. 16,4% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „Fakultní nemocnice“ neoznačil žádný respondent z kategorie zdravotníků.

Odpověď „Městská charita“ označilo 12 respondentů zdravotníků, tj. 5,8% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „Městský ústav sociálních služeb“ označilo 10 respondentů zdravotníků, tj. 4,8% z celkového počtu 207 respondentů.

V kategorii laiků odpovědělo správně 29 respondentů, tj. 14% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „nevím“ označilo 50 laiků, tj. 24,2% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „Fakultní nemocnice“ označili 4 laici, tj. 1,9% z celkového počtu 207 respondentů.

Odpověď „Městská charita“ označilo 26 laiků, tj. 12,6% z celkového počtu 207 respondentů.

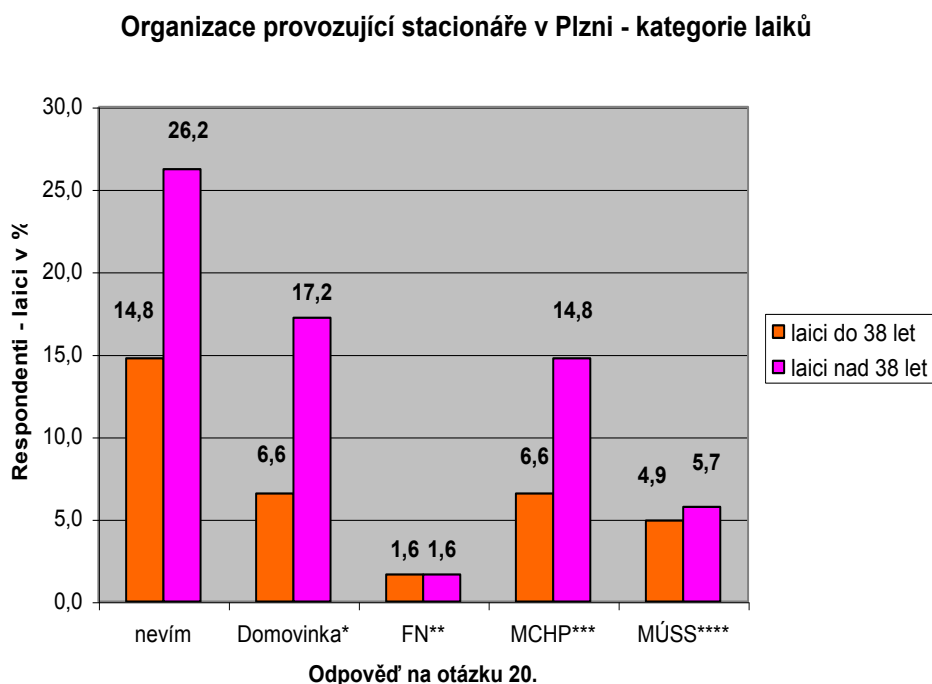
Odpověď „Městský ústav sociálních služeb“ označilo 13 laiků, tj. 6,3% z celkového počtu 207 respondentů.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 85 zdravotníků a 122 laiků, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvlášť za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 20. dosáhli správných odpovědí :

29 zdravotníků z celkového počtu 85	34,1%
29 laiků z celkového počtu 122	23,8%

Graf 36 Organizace provozující stacionáře v Plzni - kategorie laiků



Správně odpovědělo 8 respondentů z řad laiků do 38 let, což je 6,6% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „nevím“ označilo 18 laiků do 38 let, tj. 14,8% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Fakultní nemocnice“ označili 2 respondenti z kategorie laiků do 38 let, tj. 1,6% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Městská charita“ označilo 8 respondentů laiků do 38 let, tj. 6,6% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Městský ústav sociálních služeb“ označilo 6 respondentů laiků do 38 let, tj. 4,9% z celkového počtu 122 respondentů.

V kategorii laiků nad 38 let odpovědělo správně 21 respondentů, tj. 17,2% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „nevím“ označilo 32 laiků nad 38 let, tj. 26,2% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Fakultní nemocnice“ označili 2 laici nad 38 let, tj. 1,6% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Městská charita“ označilo 18 laiků nad 38 let, tj. 14,8% z celkového počtu 122 respondentů.

Odpověď „Městský ústav sociálních služeb“ označilo 7 laiků nad 38 let, tj. 5,7% z celkového počtu 122 respondentů.

Aby bylo možno objektivně porovnat nesourodý vzorek respondentů, který představuje 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let, bylo nutno provést procentní výpočet podílu jednotlivých odpovědí v každé kategorii, tzn. zvláště za zdravotníky, za laiky.

V případě otázky 20. dosáhli správných odpovědí :

8 laiků do 38 let z celkového počtu 42	19,0%
21 laiků nad 38 let z celkového počtu 80	26,3%

Otázka 21. Kde zjistíte potřebné informace o denním a týdenním stacionáři v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi? (možnost více odpovědí)

Nejvíce odpovědí se objevilo v použití údajů získaných na internetu – celkem 137, z toho zdravotníci 67, laici 70. Následovaly dotazy u praktického lékaře – 121, z toho 56 od zdravotníků a 65 od laiků. Do stacionáře směřovalo 99 dotazů, z toho 50 od zdravotníků a 49 od laiků. Do Městské charity bylo směřováno 93 dotazů, z toho 54 od zdravotníků a 39 od laiků. Informaci v brožurách a časopisech by hledalo 69 dotazujících respondentů, z toho 40 zdravotníků a 29 laiků.

Kategorie laiků by informace o stacionářích získávala nejvíce z internetu - celkem 70, z toho 31 z kategorie mladších 38 let a 39 dotazů z kategorie starších 38 let. Ve stejném členění kategorií potom následovaly dotazy u praktického lékaře v celkovém počtu 65 dotazů, z toho 22 z kategorie mladších 38 let a 43 dotazů z kategorie starších 38 let. Další byly dotazy ve stacionáři - celkem 49 z toho 25 z kategorie mladších 38 let a 24 dotazů z kategorie starších 38 let. Následovaly dotazy v Městské charitě – ČALS celkem 39, z toho 12 z kategorie mladších 38 let a 27 dotazů z kategorie starších 38 let. Na posledním místě bylo 29 laiků preferujících informační brožury a časopisy, z toho 13 kategorie mladších 38 let a 16 kategorie starších 38 let..

12 DISKUSE

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na výzkum týkající se problematiky stacionářů pro seniory s poruchami paměti a demencemi v Plzni. Jeho cílem bylo zjistit, jak je informována laická veřejnost v porovnání se zdravotnickými pracovníky o existenci a statutu denních a týdenních stacionářů pro seniory s těmito poruchami. Stejně jsem porovnávala kategorii laiků s rozdělením na skupiny do 38 let a nad 38 let. Rovněž jsem zjišťovala, zda by oslovení respondenti preferovali péči o seniory s výše uvedenými poruchami ve stacionářích oproti péči v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem, či celodenní péči v rámci rodiny.

Za tímto účelem jsem sestavila kvantitativní výzkum, abych mohla získat informace z co největšího vzorku respondentů. Metodou dotazníkového šetření jsem oslovila celkem 230 respondentů z lokality Plzeň a následně vyhodnotila 207 dotazníků, které byly vhodné ke zpracování. Jednotlivé odpovědi na otázky sestavené v dotazníku jsem zpracovala do grafů podle sledovaných kategorií. Každou otázku jsem stručně vyhodnotila a s tímto vyhodnocením jsem pracovala při ověřování stanovených hypotéz.

Při osobním kontaktu s respondenty jsem se setkala s názorem, že některé otázky jsou náročné. Příkladem je termín „respitní péče“, její význam a využití. Dále rozdílnost poskytovaných služeb v denním a týdenním stacionáři. U otázek vztahujících se k těmto dvěma problémům, chybovali jak laici, tak i zdravotníci bez rozlišení. Problém pro respondenty se ukázal i při hodnocení umístění seniorů ve stacionářích v souvislosti s jejich mobilitou.

Dotazníkové šetření bylo pro mě zpětnou vazbou. Získané informace jsem využila pro vytvoření informačního letáku, ve kterém jsem vysvětlila zmíněné problémy a doplnila je dalšími potřebnými všeobecnými informacemi. Informační leták jsem směřovala pro širokou veřejnost. Jeho distribuci předpokládám do čekáren praktických lékařů.

Svoji práci jsem neporovnávala s žádným podobným výzkumem nebo srovnatelnou publikací.

Nyní bych se věnovala diskusi nad výsledky dotazníkového šetření.

Základní identifikační údaje jsou postiženy v otázkách 1. - 4. Jsou dány jako fakta a jsou neměnné. Od otázky 5. jsou získávány statistické údaje, které lze vyhodnocovat, vázat v souvislostech na sebe a použít je jako výsledky k potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

....Odpovědi z dotazníků celkem na 21 otázek jsou uvedeny v předchozí kapitole za sledovaný vzorek 207 respondentů, z toho 85 zdravotníků a 122 laiků. V dalším členění ve věkových kategoriích 42 laiků do 38 let a 80 laiků nad 38 let včetně zaznamenání v grafech.

Jen pro zajímavost uvádím, že zkoumaný vzorek 207 respondentů představovalo 57 mužů a 150 žen. Vzdělanostní struktura byla zastoupena 9 osobami se základním vzděláním, 41 osobou se středním vzděláním, 109 osobami s úplným středním vzděláním, 23 osobami s vyšším odborným vzděláním a 25 osobami s vysokoškolským vzděláním.

Pro přehlednost uvádím v diskusi v otázkách 5. – 17., 20. procentuální porovnání správných odpovědí mezi sledovanými kategoriemi. V případě otázky 18. jsem porovnávala procentuálně počty odpovědí, které vyjadřovaly volbu, nikoliv správnost. U otázky 19. jsem pouze konstatovala dosažené výsledky ve sledovaných kategoriích. U otázky 21. jsem vyhodnocovala pouze počty zvolených možností k získání informací o stacionářích.

Z porovnaných výsledků jsem ověřovala stanovené hypotézy.

Otázka 5. Existuje denní a týdenní stacionář v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

Z rozboru zodpovězení otázky 5. vyplývá, že vědomosti zdravotníků převýšily vědomosti laiků jen o nepatrný rozdíl – o 1,2%.

Kategorie laici nad 38 let převýšila mladší kategorii do 38 let o 11,5%.

Vzdělání respondentů nehrálo žádnou roli.

Otázka 6. Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář?

Otázka byla postavena tak, aby evokovala správný výběr z možných odpovědí bez přímé znalosti problematiky. V určení typu zařízení stacionářů odpověděli správně zdravotníci o 7,8% lépe než laici.

Respondenti laici do 38 let měli o 10,1% více správných odpovědí než respondenti laici nad 38 let.

Získané výsledky nebyly ovlivněny vzděláním respondentů. Vysvětlení typu zařízení stacionářů jsem uvedla v letáku.

Otázka 7. V denním a týdenním stacionáři mohou pobývat senioři:

Nabízené odpovědi se zaměřily na fyzický stav klientů stacionářů. Dá se říci, že lze tuto otázku a odpovědi na ní považovat za nedostatečně zvládnutou. Pojem částečné mobility a imobility respondenti rozlišovali obtížně a tudíž volili špatnou odpověď týkající se zařazení seniorů do stacionářů dle jejich pohyblivosti.

Kategorie zdravotníků byla úspěšnější jen o 1,0% než kategorie laiků.

Respondenti laici do 38 let měli o 8,4% méně správných odpovědí než laici nad 38 let.

V této otázce rovněž nehrálo vzdělání žádnou roli. Vysvětlení pojmů mobility a imobility jsem zapracovala do letáku.

Otázka 8. Jaký personál pečuje o seniory v denním a týdenním stacionáři?

Otázka byla zodpovězena lépe v kategorii zdravotníků, kteří převýšili ve správných odpovědích kategorii laiků o 13,9%. Zdravotníci jsou zřejmě informovanější tím, že pracují v prostředí, které se třeba i okrajově problematiky dotýká.

Respondenti kategorie laiků mladších 38 let měli o 6,9% lepší výsledek než laici nad 38 let.

V této otázce rovněž nemá vzdělání přímou souvislost s dosaženými výsledky. Tato problematika je zapracována v letáku.

Otázka 9. Jaká je charakteristika prostředí denního a týdenního stacionáře?

Nabízené odpovědi vedly respondenty k výběru, který byl nejbližší správnému hodnocení. Kategorie zdravotníků byla o 23,1% lepší než kategorie laiků.

Laici do 38 let dosáhli jen o 0,5% správných odpovědí více než laici starší 38 let.

Lze konstatovat, že vzdělání opět nemělo vliv na dosažené výsledky. Pokud zdravotníci dosahovali lepších výsledků, potom je zřejmě úspěch dán informacemi, které získávají ve svém povolání.

Charakteristika prostředí stacionářů je popsána v letáku.

Otázka 10. Kdo hradí pobyt a stravu v denním a týdenním stacionáři?

Ve vyhodnocení správných odpovědí uspěli lépe respondenti kategorie zdravotníků o 22,9% než kategorie laiků.

Respondenti – laici mladší 38 let byli ve vyhodnocení správných odpovědí o 3,3% horší, než respondenti laici starší 38 let.

Ti respondenti, kteří neodpověděli správně, se zřejmě domnívají, že určitá výše nákladů, je hrazena z jiných zdrojů než klientových, jak tomu bývalo v minulosti.

Vzdělání nebylo ovlivňujícím činitelem dosažených výsledků. Opět rozhodovaly informace získané mimo vzdělávací proces.

Odpověď na tuto otázku jsem uvedla v letáku.

Otázka 11. Jaký typ služeb poskytuje denní stacionář?

Z výsledků je patrné, že otázka byla zodpovězena uspokojivě. Část respondentů, která odpověděla špatně na tuto otázku, zřejmě považuje denní docházení do stacionáře za „pobyt“. I přesto, že nabízené odpovědi dávaly jednoznačnou možnost volby, mohlo být dosažené procento správných odpovědí vyšší. Domnívám se, že při hlubším zamyšlení, mohli respondenti logicky vyvodit správný termín v odpovědi již z následně položené otázky 12.

Kategorie zdravotníků dosáhla o 13,5% více správných odpovědí než kategorie laiků.

Věková kategorie laiků do 38 let měla o 7,5% více správných odpovědí než kategorie laiků nad 38 let.

Dosažené výsledky nebyly ovlivněny vzděláním. Typ služeb poskytovaných denním stacionářem je popsán v letáku.

Otázka 12. Klient denního stacionáře: (dojíždí denně, je ubytován)

Otázka byla ve srovnání s otázkou 11. pochopena a zodpovězena velmi dobře. Respondenti – zdravotníci odpověděli o 9,3% lépe než laici.

Věková kategorie laiků do 38 let odpovídala hůře o 18,6% než kategorie laiků nad 38 let.

Ani zde nebyly odpovědi na položenou otázku ovlivněny dosaženým vzděláním. Odpověď na tuto otázku je vysvětlena v letáku.

Otázka 13. Jaký typ služeb poskytuje týdenní stacionář?

Zdravotníci byli ve správném zodpovězení této otázky o 3,1% lepší než laici.

Věková kategorie laiků do 38 let odpovídala o 10,1% hůře než kategorie laiků nad 38 let.

Domnívám, že při logickém uvažování respondentů, by mohly být výsledky ještě lepší.

Vliv dosaženého vzdělání na zodpovězení této otázky se neprokázal.

Typ služeb poskytovaných v týdenním stacionáři je popsán v letáku.

Otázka 14. Klient týdenního stacionáře je: (ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19.hod., víkendy tráví doma; ubytován od neděle 18. hod. do pátku 19. hod., minimálně však jeden víkend v měsíci musí trávit doma, ostatní víkendy může být ve stacionáři; dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma)

Otázka byla pro respondenty obtížná. Nebylo pro mě překvapením, že více než polovina respondentů nezná možnosti stacionáře poskytovat službu klientům i o sobotách a nedělích po většinu měsíce. Proto většina z nich označila odpověď předpokládající provoz stacionáře pouze mimo víkendy. Myslím si, že je to dáno domněnkou těchto respondentů a to takovou, že pokud se jedná o týdenní stacionář, je zde senior ubytovaný ve dnech pracovních a na víkendy musí odjet domů. Je to projev skutečnosti, že se respondenti dosud s provozem týdenního stacionáře neseťkali. Ukázala se neznalost této problematiky jak u kategorie laiků, tak i u kategorie zdravotníků. Neznalost u zdravotnických pracovníků však přičítám jejich úzké specializaci.

Kategorie zdravotníků byla v počtu správných odpovědí o 3,9% lepší než kategorie laiků.

Věková kategorie laiků do 38 let byla úspěšnější ve správných odpovědích o 13,9% než kategorie laiků nad 38 let.

Dosažené vzdělání respondentů nemělo vliv na odpovědi k této otázce.

Problematiku jsem zpracovala do letáku.

Otázka 15. Máte představu o tom, co je respitní péče?

Položená otázka byla zřejmě nad okruh znalostí respondentů. Potýkali se s ní respondenti ve všech kategoriích. Předpokládala jsem, že respondenti budou mít problém s touto otázkou. Překvapilo mě však, že se tento problém týkal i zdravotníků, u kterých je větší předpoklad správné odpovědi. Byl použit ryze odborný termín, který plně neovládají ani zdravotníci. V odpovědích na tuto otázku se prolínají znalosti i neznalosti problematiky jak laiků, tak zdravotníků.

Přesto se zdravotníci v počtu odpovědí „ano“ vyjádřili o 44,8% více než laici.

Věková kategorie laiků do 38 let byla v odpovědích „ano“ jen o 3,2% horší, než kategorie laiků nad 38 let.

V této otázce nemá vliv na kvalitu odpovědí dosažené vzdělání.

Otázka 16. Repitní péče je: (úlevová - krátkodobá do tří týdnů; metoda ošetřovatelské péče)

Odpovědi na tuto otázku souvisí s výsledky dosaženými v otázce předcházející. Pokud není znám pojem jako takový, je těžké určit jeho význam.

Respondenti zdravotníci byli úspěšnější ve správném zodpovězení otázky o 33,9% než respondenti laici.

Věková kategorie laiků do 38 let odpověděla o 11,2% lépe, než kategorie laiků nad 38 let.

Otázku jsem postavila jako kontrolní, protože jsem chtěla ověřit odpovědi na předchozí otázku 15. a následně i na otázku 17. Domnívám se, že tato otázka byla zodpovězena náhodnou volbou a odpovědi potvrdily neznalost termínu. I když někteří respondenti správně označili otázky 15. a 16., vyslovili se v otázce 17. jako „nevím“ a tím v podstatě vyhodnocení znehodnotili. Stejný případ přicházel v úvahu, když se vyslovili v otázce 15. jako „ano“ a otázku 16. označili jako „metodu ošetrovatelské péče.“ Jen pro ilustraci uvádím, že zcela správnou kombinaci odpovědí jsem zjistila u 53 respondentů z 207, tj. 25,6% a to konkrétně u žen ve věku do 38 let.

Problematikou termínu „respitní péče“ se zabývám v letáku.

Otázka 17. Lze umístit seniory do týdenního stacionáře jen na respitní péči?

Zodpovězení této otázky bylo v přímé souvislosti s výsledky odpovědí otázek 15. a 16. I tato otázka byla částečně nad znalosti respondentů.

Pro správnou odpověď „ano“ se vyjádřilo o 28,8% více respondentů z kategorie zdravotníků, než z kategorie laiků.

V kategorii laiků do 38 let bylo dosaženo počtu správných odpovědí „ano“ o 9,6% méně, než v kategorii laiků nad 38 let.

Také zde platí, že zodpovězení otázky je spíše dílem náhodné volby. Pro více než 3/4 respondentů - laiků je pojem respitní péče zcela neznámý, což ovlivnilo odpovědi na tuto otázku.

Problematika byla podnětem k zapracování do letáku.

Otázka 18. Jaký typ stacionáře je dle Vašeho mínění více využíván?

V této otázce se mohl každý respondent v návaznosti na předchozí otázky zamyslet nad tím, jaký typ stacionáře je asi více využíván. Tzn. zapřemýšlet, jaký typ stacionáře by volil v případě potřeby u rodinného příslušníka.

Laici oproti zdravotníkům by o 5,9% častěji volili denní stacionář. U týdenního stacionáře je situace opačná, zdravotníci by volili tuto možnost oproti laikům častěji o 5,9%.

Kategorie laiků do 38 let by volila denní stacionář o 8,2% častěji než kategorie laiků nad 38 let. U týdenního stacionáře je situace rovněž opačná, laici nad 38 let by volili tuto možnost oproti laikům do 38 let častěji o 8,3%.

Pro ilustraci uvádím zajímavé zjištění, které se nabízí z porovnání procentního vyjádření volby mezi kategoriemi laiků. Respondenti kategorie do 38 let cca v 60% své volby upřednostňují pobyt seniora v denním stacionáři. Domnívám se, že následná péče o seniora v rodině po jeho návratu z denního stacionáře neleží v plné míře na nich a proto tak zřejmě odpovídají. Senioři jsou jejich prarodiči a v rodině jsou přítomni ještě rodiče respondentů, na kterých potom péče leží v plné míře. Respondenti kategorie nad 38 let rozdělili svoji volbu mezi stacionáře cca 50/50. V tomto poměru jedni zřejmě uvažují o tom, že by na péči o seniora v rodině ještě stačili, proto volí denní stacionář. Ti druzí jsou si vědomi skutečnosti, že by již celá péče ležela jen na nich a pokud jsou sami ještě v produktivním věku nebo méně zdravotně zdatní, volí péči tak, aby je co nejméně zatěžovala. Tudíž týdenní stacionář.

Otázka 19. Jaká péče je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro částečně pohyblivé seniory s poruchami paměti a demencemi?

V této otázce měli respondenti možnost volit typ péče a zařízení, které ji poskytují. Chtěla jsem znát jejich volbu při případné potřebě péče u svého nemocného seniora.

Při pohledu na graf č. 33 se nabízí úvaha, že v obou kategoriích je přibližně stejný názor na volbu péče a je i téměř rovnoměrně procentně vyjádřený. Nejvíce je zastoupená volba stacionářů, dále volba celodenní péče o seniora v rodině a naposledy v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem.

Ve sledované skupině zdravotníci – laici převážil názor pro péči o seniora ve stacionáři nad výlučnou celodenní péčí v rodině a lůžkovým zařízením s nepřetržitým provozem.

Kategorie laiků do 38 let dala přednost péči v rodině a v lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem před péčí ve stacionáři. Laici nad 38 let se vyjádřili pro péči ve stacionáři před péčí v rodině a péčí v lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem.

V této otázce nehrálo vzdělání respondentů roli při jejich rozhodování.

Otázka 20. Která organizace nebo zdravotnické zařízení provozuje v Plzni denní a týdenní stacionář pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že obecné vědomí respondentů o organizaci provozující denní a týdenní stacionář v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi, je na nízké úrovni. Tuto skutečnost dokazuje vysoký počet odpovědí „nevím“. S touto otázkou souvisí i problematika týkající se vědomí respondentů celkově o existenci těchto stacionářů v otázce 5.

Z dotazníků jsem zjistila, že někteří respondenti označili jako provozovatele stacionářů Městskou charitu Plzeň. Domnívám se, že tato skutečnost je zřejmě dána tím, že značná část respondentů má ještě v paměti existenci stacionářů provozovaných Městskou charitou Plzeň, která však k datu 31.12.2011 již žádný neprovozuje. Klienti pobývající v týdenním stacionáři u Městské charity Plzeň byli převedeni do Domova se zvláštním režimem u té samé organizace. Vzhledem ke krátké době trvání nových změn, nemohli na ně respondenti adekvátně reagovat. S tím souvisí i vznik nových stacionářů, jejichž provozovatelem je Mgr. Bohumila Hajšmanová Domovinka.

Zdravotníci měli o 10,3% správných odpovědí více než laici.

Věková kategorie laiků do 38 let odpověděla o 7,3% hůře, než kategorie laiků nad 38 let.

Správná odpověď na tuto otázku je zapracována do letáku.

Otázka 21. Kde zjistíte potřebné informace o denním a týdenním stacionáři v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi? (možnost více odpovědí)

Jak jsem předpokládala, nejvíce informací by respondenti v dnešní době hledali na internetu. Celkem jich bylo 137. Dále se respondenti spoléhají na poskytnutí informací od praktického lékaře, který by je měl umět podat v komplexní podobě. Od něj by požadovalo informace 121 respondentů. Přimo ve stacionáři by se informovalo 99

respondentů. Na Městskou charitu Plzeň, kde je pobočka ČALS by se obracelo 93 respondentů. Nejméně a to 69 dotazujících by získávalo informace v brožurách a časopisech.

Zpracované výsledky dotazníkového šetření jsou použity k vyhodnocení stanovených hypotéz.

Hypotéza 1. Respondenti z řad zdravotníků jsou seznámeni s problematikou existence a statutu denního a týdenního stacionáře v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi daleko více, než laická veřejnost. (otázka 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Mým předpokladem ve stanovené hypotéze bylo, že respondenti pracující ve zdravotnictví budou hlouběji seznámeni s problematikou existence a statutu denního a týdenního stacionáře v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi, než laici a to z titulu svého povolání i častějšího styku s informacemi.

Hypotéza se potvrdila, i když ne v takovém rozsahu, jak jsem předpokládala. Rozdíl mezi zdravotníky a laiky není nikterak výrazný. Domnívám se, že zdravotníci získávají informace o stacionářích spíše nahodile, než cíleně při výkonu svých specializovaných zdravotnických profesí a laická veřejnost rovněž. Rozhodující jsou životní situace, do kterých se respondenti dostávají a které musí následně řešit. S řadou případů jsem se osobně seznámila při kontaktu s respondenty.

Hypotéza 2. Nadpoloviční většina respondentů laické veřejnosti na rozdíl od zdravotnických pracovníků neví, jaký je rozdíl mezi denním a týdenním stacionářem. (otázka 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

V této hypotéze jsem předpokládala, že laická veřejnost nerozeznává zcela nebo částečně pojem denní a týdenní stacionář a pojmy související.

Ve vyhodnocení se projevila větší neznalost typu služeb denního stacionáře u laiků než u zdravotníků.

Dojíždění do denního stacionáře bylo pochopeno vcelku dobře, výsledky se příliš nelišily, opět nepatrně lepší byla kategorie zdravotníků.

Prakticky stejné výsledky byly dosaženy u obou kategorií v otázce typu služeb poskytovaných týdenním stacionářem.

Jako problém se u obou kategorií ukázalo hodnocení zásad ubytování klientů v týdenním stacionáři. Nepatrně lépe se projevila větší informovanost zdravotníků. V porovnání s laiky však konečný rozdíl nebyl tak výrazný, než jaký jsem očekávala.

Zcela zásadní otázka je chápání pojmu „respitní péče“. Ten činil ve větší míře potíže laické veřejnosti než zdravotníkům. S tím následně souvisí i popis pojmu a jeho význam, včetně využitelnosti respitní péče.

V otázce využití jednotlivých typů stacionáře byly výsledky téměř totožné v kategorii zdravotníků a laiků, jen kategorie laiků do 38 let ve větší míře preferovala denní stacionář než kategorie nad 38 let.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 3. Respondenti preferují pobyt částečně pohyblivých seniorů ve stacionáři oproti jejich umístění v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem nebo celodenní péči v rodině. (otázka 19)

Dotazníkovým šetřením byla tato hypotéza potvrzena. Obecně lze vyjádřit názor, že respondenti preferují pobyt postižených seniorů a jejich ošetřování ve stacionářích, následuje celodenní péče o seniora v rámci rodiny a péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem.

Pokud bych porovnávala sledované kategorie laiků a zdravotníků, obě se shodně vyjadřují pro preferenci ošetřování ve stacionářích, zdravotníci jen s mírně vyšším procentním výsledkem. U kategorie laiků do 38 let je preference stacionáře nižší než u kategorie laiků nad 38 let a procentní rozdíl je již značný. Přestože mladší laici výrazně preferují celodenní péči o seniora v rámci rodiny a v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem, celkový výsledek tím nebyl ovlivněn.

Hypotéza 4. Respondenti věkových kategorií do 38 let z řad laické veřejnosti mají méně znalostí o existenci a funkcích denního a týdenního stacionáře pro seniory s poruchami paměti a demencemi než respondenti starší 38 let. (otázka 5 – 20)

Mým předpokladem pro tuto hypotézu bylo přesvědčení, že mladší věkové kategorie nejsou dosud ovlivněny potřebou znalostí této problematiky a že se tato potřeba začíná dotýkat starších věkových kategorií. Starší věkové kategorie jsou již konfrontovány s potřebou starat se o své seniory.

V celkovém hodnocení kategorií laiků do 38 let a laiků nad 38 let musím konstatovat, že obě kategorie až na nepatrné rozdíly jsou vcelku vyrovnané. Již zmíněné rozdělení potřeb je patrné v reakcích na položené otázky, kdy nejde o prokazování vzdělání a s ním spojených znalostí, ale o reakce na vlastní jednání v případě nutnosti poskytování péče svým seniorům.

Hypotéza se potvrdila jen částečně.

ZÁVĚR

V současnosti je v celé řadě vyspělých zemích pozorován trend postupujícího stárnutí populace. Česká republika není v tomto ohledu výjimkou. Toto stárnutí populace způsobuje dlouhodobý pokles porodnosti a snižování úmrtnosti. Za posledních více než dvacet let se tyto vlivy dotýkají i naší společnosti. Podle demografické prognózy Českého statistického úřadu bude u nás v průběhu dalších třiceti až čtyřiceti let žít přibližně půl milionu osob starších 85 let a téměř tři miliony lidí starších 65 let. (4) I když se střední délka života prodlužuje, je v současnosti stáří ovlivněno vyšší nemocností, multimorbiditou a chronicitou nemocí. S tím je spojen nárůst potřeby a nároků na zdravotní a sociální péči včetně následné spotřeby této péče. Zde vystupuje jako jedno z hledisek kvalitní péče i zajištění její finanční stránky, kde se musí podílet v první řadě společnost na zajištění kvalitního prožívání života seniorů a jejich důstojného stáří. K důstojnému stáří patří nejen finanční a materiální zabezpečení, ale v neposlední řadě i přijímání seniorů jako rovnoprávných členů společnosti bez diskriminačních vlivů a opatření v rodinách i ve společnosti. Je třeba, aby společnost i jednotlivci neviděli stáří jen jako období nemocí, osamělosti či ekonomické zátěže, ale uvědomili si, že i toto životní období má svá pozitiva např. v určitém životním nadhledu, větší trpělivosti, zodpovědnosti, spolehlivosti apod. Právě řada těchto předností je inspirativní a využitelná pro mladší generace a usnadňuje soužití. V současné době obecně až takový dobrý vztah k seniorům není. Je potřeba lepšího vzájemného mezigeneračního porozumění. Nápravou by měla být již výchova v rodinách, ve školách a rovněž přijímání právních ustanovení na úrovni zákonodárných orgánů a vlády.

Studiem různých veřejně dostupných materiálů jsem zjistila, že i v městě Plzni bude během několika let silný nárůst počtu obyvatel starších 80 let. Tento vývoj přinese narůstající potřebu péče o ty seniory, kteří se již neobejdou bez pomoci druhých. Zaměřím-li se na seniory s poruchami paměti či demencemi, musím ze své praxe konstatovat, že jsou mnohdy sami v domácím prostředí pro sebe i pro své okolí nebezpeční. Problémem může být skutečnost, že jejich potomci jsou často již v důchodovém věku, případně značně pracovně zaneprázdněni nebo fyzicky neschopni dostatečným způsobem jim péči poskytovat. Mnohdy by u těchto nemocných bylo vhodné umístění v pro ně specializovaných zařízeních typu stacionářů nebo domovů se zvláštním režimem.

Společnost projevuje snahu o dlouhodobé řešení této problematiky. I přes vznik řady institucí ve státní i soukromé sféře v posledních letech, je jich však stále nedostatek. Čekací doby jsou z důvodu vysoké poptávky a omezené kapacity dlouhé. Vzhledem k nárůstu nemocných osob trpících demencí a zejména Alzheimerovou chorobou, bude zřejmě těchto specializovaných zařízení stále nedostatek. Proto vysoký počet seniorů zůstává ošetřován v domácím prostředí za pomoci pečovatелů z řad rodinných příslušníků nebo za pomoci terénních zdravotních a sociálních služeb.

Jako všeobecná sestra, která prošla terénní praxí a ošetřovala tyto nemocné, vidím potřebu prohloubení osvěty mezi veřejností právě z pohledu poskytování péče seniorům s poruchami paměti a demencemi. Svoje dotazníkové šetření v rámci kvantitativního výzkumu, jsem proto směřovala k problematice spojené s péčí o seniory s výše uvedenými poruchami ve stacionářích. Stanovila jsem hypotézy k šetření a vyhodnocením údajů ze zodpovězených otázek jsem hypotézy ověřovala. Při tomto vyhodnocení jsem zjistila, že se stanovené hypotézy potvrdily. V otázkách, které v sobě zahrnovaly odbornost v určitých termínech, prokázali více informovanosti zdravotníci oproti laikům. V porovnání kategorií mladších a starších laiků se projevili laici starší kategorie jako informovanější. Na základě výsledků výzkumu jsem dospěla k závěru, že informovanost veřejnosti o problematice péče o seniory ve stacionářích s již zmíněnými poruchami není na takové výši, jak jsem očekávala. Proto bych byla ráda, aby stručné informace v teoretické části práce týkající se problematiky stacionářů i stáří všeobecně včetně vytvořeného informačního letáku jako výstupního materiálu z praktické části, pomohly široké veřejnosti k lepší orientaci v této problematice.

Ze svých zkušeností z praxe vím, že senioři, ať už jsou tělesně nebo duševně nemocní, touží především po blízkosti těch, kteří je milují, uznávají a mají pro ně pochopení. Sami ještě chtějí být potřební pro svoji rodinu, blízké i pro společnost. V okamžiku, kdy rodinné prostředí z jakéhokoliv důvodu neplní dostatečně svoji funkci, přichází čas na zajištění celodenní péče těmto lidem prostřednictvím denního nebo týdenního stacionáře. Samozřejmě, že hlavní úlohu zde hraje jejich celkový zdravotní stav, který jim umožňuje v těchto zařízeních pobývat.

LITERATURA A PRAMENY

1. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1990, 136 s. ISBN 80-281-8076-8
2. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatricie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6
3. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2001, ISBN 80-246-0326-8
4. CABRNOCH, M. a kol. *Dlouhodobá péče v politice ODS A EKR*. 1. vyd. Praha: CEVRO Liberálně-konzervativní akademie, 2010, ISBN 978-80-86816-28-9
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, ISBN 978-80-87109-9.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, 72 s. ISBN 80-7013-363-5
7. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2008, ISBN 978-80-246-1318-5
8. HOLMEROVÁ, I., CILAG, J. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: EV public relations, spol. s r.o., 2007, 111 s. ISBN 978-80-254-0174-3
9. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-455-5
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002, ISBN 80-246-0477-9
11. MĚSTSKÁ CHARITA PLZEŇ. *Výroční zpráva 2010*. Plzeň: Městská charita, 2011

12. REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton, 2007, ISBN 978-80-7387-017-1
13. WEBER, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7
14. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. dotisk Praha: Galén, 2010, ISBN 978-80-7262-365-5
15. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
16. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 232 s. ISBN 80-247-0183-9
17. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
18. KAHOUN, V. a kolektiv. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-346-2
19. MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 4. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2009, 59 s. ISBN 978-80-87181-03-4
20. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
21. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7
22. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9

23. EDICE ÚZ. *Úplné znění zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách*. Ostrava: Sagit 2008, ISBN 978-80-7208-658-0
24. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010, ISBN 978-80-87398-06-7
25. HLOUŠEK, J., HLOUŠKOVÁ, Z. *Ziskávání zdrojů na aktivity NNO působící v sociální oblasti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2011, ISBN 978-80-7435-121-1
26. KOLEKTIV AUTORŮ. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2007, 267 s. ISBN 978-80-7044-858-8
27. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
28. DOLEŽEL, J. *Sborník - Spravedlnost a služba*. Olomouc: Caritas - VOŠ sociální, 2006, 112 s. ISBN 80-239-7697-4
29. JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, ISBN 80-7262-268-4
30. SYMPOSIUM. *Alzheimerova choroba 2.3.1999*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, ISBN 80-7262-025-8
31. MĚSTSKÁ CHARITA PLZEŇ. *Výroční zpráva 2004*. Plzeň: Městská charita Plzeň, 2005
32. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990, 139 s. ISBN 80-7033-040-6
33. BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2006, 136 s. ISBN 80-7367-081-X

34. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002, 110 s. ISBN 978-80-254-0179-8
35. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
36. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 212 s.+ 4 s. barevné přílohy, ISBN 80-247-1777-8
37. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8
38. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1998, 232 s. ISBN 80-7169-615-3
39. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1999, 96 s. ISBN 80-7169-797-4
40. HOLMEROVÁ, I. *Testovník soubor testů pro gerontologii*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost za podpory EU – Rozvoj občanské společnosti, 2003, ISBN 80-86541-11-8
41. SHEARDOVÁ, K. *Psychiatrie pro praxi*. 2011,12 (3). Příspěvek k terapii pacientů s demencí. Dostupné na: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>
42. *Alzheimerova choroba*. Dostupné na: <http://alzheimerovachoroba.ordinace.biz/2012>
43. Interní materiály Městské charity Plzeň
44. DOMOVINKA – AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE. Dostupné na: <http://www.domovinka.cz>

SEZNAM ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace
CMP	Cévní mozkové příhod
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10
EEG	Elektroencefalogram
CT	Počítačová tomografie
MR	Nukleární magnetická rezonance
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
MMSE	Mini - Mental State Examination
ADL	Test základních všedních činností dle Barthela
IADL	Test instrumentálních všedních činností
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ČR	Česká republika
ČALS	Česká alzheimerská společnost
ADL	Mezinárodní alzheimerská asociace (Alzheimer's Disease International)
MCHP	Městská charita Plzeň
CHOPS	Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba
BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Respondenti podle pohlaví
- Graf 2 Věkové kategorie respondentů
- Graf 3 Vzdělanostní struktura respondentů
- Graf 4 Odbornost respondentů
- Graf 5 Vědomost o existenci stacionářů v Plzni
- Graf 6 Vědomost o existenci stacionářů v Plzni – kategorie laiků
- Graf 7 Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář
- Graf 8 Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář – kategorie laiků
- Graf 9 Mobilita, částečná mobilita a imobilita seniorů pro umístění v denním a týdenním stacionáři
- Graf 10 Mobilita, částečná mobilita a imobilita seniorů pro umístění v denním a týdenním stacionáři – kategorie laiků
- Graf 11 Kdo poskytuje péči v denním a týdenním stacionáři
- Graf 12 Kdo poskytuje péči v denním a týdenním stacionáři – kategorie laiků
- Graf 13 Charakteristika prostředí denního a týdenního stacionáře
- Graf 14 Charakteristika prostředí ve stacionáři – kategorie laiků
- Graf 15 Úhrady za pobyt a stravu ve stacionářích
- Graf 16 Úhrady za pobyt a stravu ve stacionářích - kategorie laiků
- Graf 17 Typ služeb poskytovaných denním stacionářem
- Graf 18 Typ služeb poskytovaných denním stacionářem – kategorie laiků
- Graf 19 Dojíždění klientů do denního stacionáře
- Graf 20 Dojíždění klientů do denního stacionáře – kategorie laiků
- Graf 21 Poskytované služby v týdenním stacionáři
- Graf 22 Služby poskytované v týdenním stacionáři – kategorie laiků
- Graf 23 Pobyt klienta v týdenním stacionáři
- Graf 24 Pobyt klienta v týdenním stacionáři – kategorie laiků
- Graf 25 Znalost pojmu „respitní péče“
- Graf 26 Znalost pojmu „respitní péče“ – kategorie laiků
- Graf 27 Volba správného významu pojmu „respitní péče“
- Graf 28 Volba správného významu pojmu „respitní péče“ – kategorie laiků
- Graf 29 Volba možnosti umístění seniora v týdenním stacionáři na respitní péči
- Graf 30 Volba možnosti umístění seniora v týdenním stacionáři na respitní péči –

kategorie laiků

- Graf 31 Volba více využívaného typu stacionáře
- Graf 32 Volba více využívaného typu stacionáře – kategorie laiků
- Graf 33 Volba péče a zařízení tuto péči poskytující
- Graf 34 Volba péče a zařízení tuto péči poskytující – kategorie laiků
- Graf 35 Organizace provozující stacionáře v Plzni
- Graf 36 Organizace provozující stacionáře v Plzni – kategorie laiků

SEZNAM PŘÍLOH

1. ADL – Test základních všedních činností dle Barthela
2. IADL – Test instrumentálních všedních činností
3. MMSE – Mini-Mental State Examination
4. Geriatrická škála deprese
5. Dotazník - list 1 – 5
6. Leták - list 1 - 2

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Jméno

Datum

MMSE - Mini-Mental State Examination

Za každý správně provedený úkol zatrhněte tj. 1 bod.

1. ORIENTACE - odpověď do 10s

- Jaký je dnes den?
- Jaký je nyní měsíc?
- Kolikátého je dnes?
- Které je roční období?
- Který máme nyní rok?
- Ve kterém jsme městě?
- V kterém jsme okresu (kraj)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ - „Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. vybavování.

- LOPATA
- HRNEK
- VÁZA

„A nyní, prosím, tato slova opakujte.“

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ - „Nyní odečítejte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:

„Hláskujte pozpátku slovo TAROK“

Dejte vždy bod za každé správné písmeno,

např. K-O-R-A-T = 5, K-O-T-A-R = 3

4. VYBAVOVÁNÍ - „A teď, prosím, zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“

Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

- LOPATA
- HRNEK
- VÁZA

5. POJMENOVÁVÁNÍ PŘEDMĚTU

- Co je to? (ukážete hodinky)
- Co je to? (ukážete tužku)

6. OPAKOVÁNÍ - Za odpověď celou větou přidělte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

- Opakujte!: „Dobrá kočka, která nemlsá.“

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ - Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: „Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

- 1. stupeň - uchopení papíru do pravice
- 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň - položení papíru na zem

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU - Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

„Přečtete co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

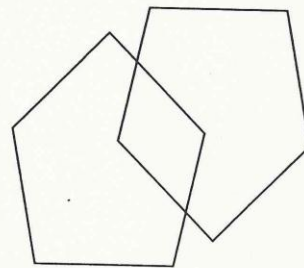
9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. OBKRESLOVÁNÍ - Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani rozřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů - normální stav

25 - 26 bodů - hraniční nález, možnost demence

10 - 24 bodů - patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně

6 - 9 bodů - demence středního až těžkého stupně

6 a méně bodů - demence těžkého stupně.



TENTO MATERIÁL BYL SESTAVEN S LASKAVOU POMOCÍ PSYCHIATRICKÉHO CENTRA PRAHA.

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete? ANO - 0 b NE - 1 b
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve, nebo jste většiny z nich zanechal/a? stejné - 0 b zanechal - 1 b
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života? ANO - 1 b NE - 0 b
4. Často se nudíte? ANO - 1 b NE - 0 b
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná? Dobrá - 0b špatná - 1b
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého? ANO - 1b ne - 0b
7. Cítíte se většinou šťastný/a nebo nešťastný? Šťastný - 0b nešťastný - 1b
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci? ANO - 1b NE - 0b
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost? Doma - 1b společnost - 0b
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků? ANO - 1b NE - 0b
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době? ANO - 0b NE - 1b
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi? ANO, mívám ten pocit - 1b ne - 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný/a energie, chuti do života? ANO - 0 b NE - 1 b
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu? ANO, mívám ty pocity - 1 b NE - 0 b
15. Myslíte si že se většinu lidí daří lépe než Vám? ANO, myslím si to - 1 b NE - 0b

Hodnocení:

0 - 7 bodů odpovídá normě

8 - 12 bodů mírná deprese

13 - 15 bodů těžká deprese

Čestováno

Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

Tento test zpracujte vždy na základě údajů objektivizovaných ošetřujícími (ať již profesionálními či laickými). Zejména údaje pacienta postiženého demencí jsou velmi nespolehlivé a zavádějící - a test by potom o ničem nevypovídal.

Které z činností pacient provede, skórujte dle níže uvedeného návodu:

1. Najedení, napití
2. Oblékání
3. Osobní hygiena
4. Koupání
5. Použití toalety
6. Chůze po schodech
7. Kontinence moči
8. Kontinence stolice
9. Přesun lůžko- židle
10. Chůze po rovině

Způsob skórování:

Položky 1 - 6:

sám - 10 bodů
s pomocí - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Položky 7- 8:

kontinentní - 10 bodů
občas neudrží - 5 bodů
převážně inkontinentní - 0 bodů

9. Přesun lůžko- židle:

sám - 15 bodů
s malou pomocí - 10 bodů
s dopomocí, vydrží sedět - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

10. Chůze po rovině

sám více než 50 metrů - 15 bodů
s lehkou pomocí či s holemi - 10 bodů
s výraznou pomocí či chodítkem - 5 bodů
neprovede - 0 bodů

Hodnocení:

0 - 40 bodů - vysoce závislý v běžných denních aktivitách

45 - 60 bodů - závislý

60 - 105 bodů - závislost lehčího stupně

110 bodů - soběstačný v základních všedních činnostech

Test základní všedních činností dle Barthela (Activities of Daily Living)

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

1. Jízda dopravním prostředkem

- zcela samostatně - 10 bodů
- s pomocí nebo s doprovodem druhé osoby - 5 bodů
- neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem) - 0 bodů

2. Nákup potravin

- zcela samostatně - 10 bodů
- s pomocí druhé osoby - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

3. Uvaření

- samostatně celé jídlo - 10 bodů
- sám si jídlo ohřeje - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, například vytření podlahy, ustlání postele atd.)

- samostatně bez pomoci - 10 bodů
- s pomocí druhé osoby - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

- zvládne samostatně - 10 bodů
- s pomocí druhé osoby - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

6. Telefonování

- samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje - 10 b
- potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

7. Užívání léků

- samostatně užívá správné léky v určenou dobu - 10 bodů
- vezme léky, jsou-li připraveny, nebo je-li upozorněn - 5 bodů
- není schopen užívat bez pomoci - 0 bodů

8. Odeslání peněz na poště nebo zacházení s kartou

- schopen samostatně - 10 bodů
- s pomocí druhé osoby - 5 bodů
- neschopen - 0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0 - 40 bodů: nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45 - 75 bodů: částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 v instrumentálních aktivitách denního života soběstačný.

příloha č. 5/1

Dobrý den,

Jmenuji se Jitka Hajšmanová a jsem studentkou Katedry ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma "Denní a týdenní stacionář pro seniory". Zaměřila jsem se na seniory s poruchami paměti a demencemi v denním a týdenním stacionáři. Z tohoto důvodu bych Vás chtěla požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Zakřížkujte prosím v okénku jednu odpověď, pokud není jinak uvedeno.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jakého jste pohlaví?

muž

žena

2. Jaký je Váš věk?

15 - 25 let

26 - 36 let

37 - 47 let

48 - 58 let

více než 59 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní

střední bez maturity

střední s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské

příloha č. 5/2

4. Jste?

zdravotník

laik

5. Existuje denní a týdenní stacionář v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

ano

ne

nevím

6. Jaký typ zařízení je denní a týdenní stacionář?

zařízení sociálních služeb s celodenní a celotýdenní komplexní péčí o klienta

ambulantní zdravotnické zařízení pro docházející pacienty

ústavní lůžkové zařízení s nepřetržitou péčí

7. V denním a týdenním stacionáři mohou pobývat senioři:

jen mobilní nebo částečně mobilní

mobilní i imobilní

jen imobilní

8. Jaký personál pečuje o seniory v denním a týdenním stacionáři?

pouze pečovatelky s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách (pomoc při zvládnání běžných činností)

pečovatelky s absolvovaným kurzem pracovníka v sociálních službách, všeobecné sestry, fyzioterapeut, sociální pracovníce, duchovní

9. Jaká je charakteristika prostředí denního a týdenního stacionáře?

- prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu
- prostředí je podobné nemocničnímu, péče o klienta je plánována u každého stejným způsobem bez rozdílu
- prostředí je podobné domácímu, péče o klienta je plánována individuálně včetně kulturních a společenských aktivit

10. Kdo hradí pobyt a stravu v denním a týdenním stacionáři?

- zdravotní pojišťovna
- klient
- úřad příslušného městského obvodu

11. Jaký typ služeb poskytuje denní stacionář?

- pobytové
- ambulantní

12. Klient denního stacionáře:

- dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma
- je ubytovaný ve stacionáři od pondělí do pátku, víkendy tráví doma

13. Jaký typ služeb poskytuje týdenní stacionář?

- ambulantní
- pobytové

příloha č. 5/4

14. Klient týdenního stacionáře je:

- ubytován od neděle 18. hod do pátku 19. hod, víkendy tráví doma
- ubytován od neděle 18. hod do pátku 19. hod, minimálně však jeden víkend v měsíci musí trávit doma, ostatní víkendy může být ve stacionáři
- dojíždí do stacionáře denně od pondělí do pátku, víkendy tráví doma

15. Máte představu o tom, co je respitní péče?

- ano
- ne

16. Repitní péče je:

- úlevová (krátkodobá do tří týdnů)
- metoda ošetřovatelské péče

17. Lze umístit seniory do týdenního stacionáře jen na respitní péči?

- ano
- ne
- nevím

18. Jaký typ stacionáře je dle Vašeho mínění více využíván?

- denní stacionář
- týdenní stacionář

19. Jaká péče je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro částečně pohyblivé seniory s poruchami paměti a demencemi?

- péče ve stacionáři
- péče v sociálním nebo zdravotnickém lůžkovém zařízení s nepřetržitým provozem
- celodenní péče o seniora v rámci rodiny

20. Která organizace nebo zdravotnické zařízení provozuje v Plzni denní a týdenní stacionář pro seniory s poruchami paměti a demencemi?

- nevím
- Mgr. Bohumila Hajšmanová Domovinka
- Fakultní nemocnice
- Městská charita
- Městský ústav sociálních služeb

21. Kde zjistíte potřebné informace o denním a týdenním stacionáři v Plzni pro seniory s poruchami paměti a demencemi? (možnost více odpovědí)

- u praktického lékaře
- v Městské charitě Plzeň - pobočka České alzheimerovské společnosti - (ČALS)
- v informačních brožurách, v časopisech
- z internetu
- přímo ve stacionáři

DENNÍ A TÝDENNÍ STACIONÁŘ PRO SENIORY

DOMOVINKA
Mgr. Bohumila Hajšmanová

Úslavská 75, Plzeň 326 00

kontakt: 377 243 155

603 195 840

www.domovinka.cz

info@domovinka.cz

PROVOZ STACIONÁŘE:

DENNÍ PROVOZ:

PO – PÁ 7:00 – 19:00

TÝDENNÍ PROVOZ:

NE 18:00 – PÁ 19:00

Zpracováno za použití interních materiálů Městské charity
Plzeň včetně fotografií a interních materiálů Domovinka
Mgr. Bohumila Hajšmanová.

Příloha č. 6

POSLÁNÍM STACIONÁŘŮ JE:

- ▶ POSKYTNOUT SENIORŮM S VÝŠE UVEDENÝMI PORUCHAMI MOŽNOST KVALITNÍHO A ČINORODÉHO PROŽÍVÁNÍ ŽIVOTA I V NEMOCI V PROSTŘEDÍ PŘIPOMÍNAJÍCÍM DOMOV
- ▶ UMOŽNIT PEČUJÍCÍM OSOBÁM JEJICH BĚŽNÝ ŽIVOT BEZ NARUŠENÍ RODINNÝCH VZEB SE SENIORY
- ▶ POSKYTOVAT PEČOVATELSKÉ SLUŽBY, ÚKONY K ROZVOJI AKTIVITY KLIENTŮ, OŠETŘOVATELSKÉ A ZDRAVOTNÍ ÚKONY
- ▶ STACIONÁRNÍ PÉČE JE ZAMĚŘENA NA USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH, PSYCHICKÝCH, SOCIÁLNÍCH A DUCHOVNÍCH POTŘEB KLIENTŮ S OHLEDEM NA JEJICH MĚNICÍ SE PRIORITY
- ▶ PÉČE O KLIENTA JE PLÁNOVÁNA INDIVIDUÁLNĚ, ORIENTOVÁNA NA DOPLNĚNÍ DEFICITU JEHO POTŘEB
- ▶ DENNÍ REŽIM AKTIVIZUJE KLIENTY K ÚČASTI NA INDIVIDUÁLNÍCH I SKUPINOVÝCH ORGANIZOVANÝCH ČINNOSTECH
- ▶ ZAMĚŘENÍ NA ROZVOJ SAMOSTATNOSTI V BĚŽNÝCH DENNÍCH AKTIVITÁCH, PROCVIČOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH DOVEDNOSTÍ, UDRŽOVÁNÍ SCHOPNOSTÍ KLIENTŮ,

ÚVODEM:

Vývoj civilizace nepřináší jen pokrok, ale odráží se i na nás lidech z té negativní stránky. Stárnutím populace přibývá seniorů v poproduktivním věku až do vysokého stáří. S tím je spojen i vyšší výskyt onemocnění včetně psychických. Mezi nejčastější těžké psychické poruchy jak v raném, tak hlavně v pozdním stáří, patří demence.

Pokud nelze u těchto nemocných zajistit poskytování péče v domácím prostředí v plném rozsahu rodinou popř. za pomoci terénních služeb pečovatelských a sester, je zde namístě péče v denním a týdenním stacionáři.

CÍLOVÁ SKUPINA:

- ▶ SENIŘI S DIAGNOSTIKOVANOU PORUCHOU PAMĚTI, DEMENCÍ A FYZICKÝM HANDICAPEM
- ▶ PODMÍNKOU PŘIJETÍ JE ALEŠPOŇ ČÁSTEČNÁ POHYBLIVOST (MOBILITA)
- ▶ Z PŘIJETÍ JSOU VYLOUČENY OSOBY NEPOHYBLIVÉ (IMOBILNÍ), NEPŘÍZPUSOBIVÉ A NESCHOPNÉ SOUŽITÍ V KOLEKTIVU, NÁVYKOVĚ ZÁVISLÉ, VYŽADUJÍCÍ HOSPITALIZACI, V TĚŽKÉM STADIU ALZHEIMEROVY CHOROBY NEBO PŘI PLNĚ KAPACITĚ STACIONÁŘŮ

PODPORA SOBĚSTAČNOSTI, SNAHA DLOUHODOBĚ STABILIZOVAT JEJICH ZDRAVOTNÍ STAV.

- ▶ ROZVOJ AKTIVIT TĚLESNÝCH A DUŠEVNÍCH ZAMĚŘENÝCH NA ZÁJMY KLIENTŮ, POŘADÁNÍ BESED, VÝLETŮ DO OKOLÍ, KULTURNÍCH A SPOLEČENSKÝCH AKCÍ



- ▶ RESPEKTOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI A SOUKROMÍ KLIENTŮ, JEJICH NÁZORŮ A PŘÁNÍ, PODPOROVÁNÍ AUTONOMIE A SEBEDŮVĚRY
- ▶ POSKYTOVÁNÍ PORADENSKÉ SLUŽBY V PROBLEMATICE PORUCH PAMĚTI A DEMENCÍ
- ▶ POSKYTOVÁNÍ RESPITNÍ (ÚLEVOVÉ) PÉČE NA DOBU AŽ TŘÍ TÝDNŮ, PO KTEROU MOHOU PEČOVATELÉ Z RODIN VYŘEŠIT SVĚ OSOBNÍ



POPIS ZAŘÍZENÍ:

- ▶ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB S CELODENNÍ A CELOTÝDENNÍ KOMPLEXNÍ PÉČÍ O KLIENTA
- ▶ ČTRNÁCTIDENNÍ ZKUŠEBNÍ DOBA PŘEDCHÁZEJÍCÍ KAŽDÉMU POBYTU
- ▶ PÉČE O KLIENTY V SOULADU SE ZÁKONEM Č.108/2006 Sb., VE VYHLÁSKÁCH A NAŘÍZENÍCH SOUVISEJÍCÍCH
- ▶ ÚHRADA POBYTU, STRAVY A NADSTANDARDNÍCH SLUŽEB Z PROSTŘEDKŮ KLIENTŮ
- ▶ PERSONÁL PEČUJÍCÍ O KLIENTY SLOŽENÝ Z PEČOVATELŮ, VŠEOBECNÝCH SESTER, FYZIOTERAPEUTA, SOCIÁLNÍ PRACOVNICE, POPŘ. DUCHOVNÍHO

ZÁLEŽITOSTI ZA SOUČASNÉHO UMÍSTĚNÍ OŠETŘOVANÉHO SENIORA V TÝDENNÍM STACIONÁŘI

TÝDENNÍ STACIONÁŘ

- ▶ POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SLUŽEB - UBYTOVÁNÍ VE DVOU A TŘILŮŽKOVÝCH POKOJÍCH SE ZAJIŠTĚNÍM MÍSTA PRO ULOŽENÍ OSOBNÍCH VĚCÍ
- ▶ UBYTOVÁNÍ JE OD NEDĚLE 18:00 HOD DO PÁTKU 19:00 HOD, MINIMÁLNĚ VŠAK JEDEN VÍKEND V MĚSÍCI MUSÍ KLIENT TRÁVIT DOMA, OSTATNÍ VÍKENDY MUŽE BÝT VE STACIONÁŘI
- ▶ POBYT V TÝDENNÍM STACIONÁŘI JE VHODNÝ PRO SENIORY, KTEŘÍ SE PSYCHICKY I FYZICKY OBTÍŽNĚ PŘÍZPUSOBUJÍ ZMĚNĚM PROSTŘEDÍ V SOUVISLOSTI S DOJÍŽDĚNÍM NEBO PODMÍNKY V JEJICH RODINÁCH DENNÍ DOJÍŽDĚNÍ NEUMOŽŇUJÍ

DENNÍ STACIONÁŘ

- ▶ POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍCH SLUŽEB, NENÍ NÁROK NA LŮŽKO
- ▶ KLIENT DOCHÁZÍ NEBO DOJÍŽDÍ DO STACIONÁŘE DENNĚ OD PONDĚLÍ DO PÁTKU OD 7:00 HOD DO 19:00 HOD, VÍKENDY TRÁVÍ DOMA