

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob

Kateřina Bretová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Bretová**
Osobní číslo: **Z11119**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. MICHALÍK, J. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
2. DVORÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
3. JIRÁK, R. a kol. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie moudrosti a dobrého života. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 138 s. ISBN 978-80-247-2362-4.
5. REGNAULT, M. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 7. 2014

Kateřina Bretová

Poděkování:

Děkuji paní PhDr. Magdě Taliánové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky a její zkušenosti, které byly důležité k vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji celé své rodině za podporu a pomoc nejen při psaní mé práce, ale i během celého studia. V poslední řadě děkuji pečujícím za ochotu a čas k vyplnění dotazníku.

V Pardubicích dne 1. 7. 2014

Kateřina Bretová

ANOTACE

Tato práce se zabývá samotným pojmem demence, jejím rozdělením, klinickými vyšetřovacími metodami, léčbou, problémovým chováním při demenci a možnostmi správné komunikace s klientem s demencí. Dále se věnuje roli pečovatele, dopadu demence na pečujícího a rodinu, jejím problémům při péči a možnosti využití zdravotních a sociálních služeb.

Výzkumná část se věnuje problémům při péči o člověka s demencí z pohledu pečovatele. Hlavním cílem bylo zjistit problémy pečujících o klienta s demencí v domácím prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

pečující, demence, klient, zdravotní služby, sociální služby

TITLE

Care for clients with dementia from the perspective of caregivers

ANNOTATION

This work is focused on the concept of dementia, its division, clinical examination methods, treatment, behavioral problems during dementia and possibilities of proper communication with clients with dementia. Further, the work is aimed at the role of caregiver, the impact of dementia on the caregiver and the family, the issues during the care and last but not least the usage of health and social services.

The research part is devoted to the problems during the care of a person with dementia from the perspective of the caregiver. The main objective was to identify problems of persons taking care of a client with dementia at home environment.

KEYWORDS

caregiver, dementia, client, health services, social services

Obsah

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	8
ÚVOD.....	9
Cíle práce.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Demence.....	11
1.1 Typy demence.....	12
1.1.1 Alzheimerova nemoc.....	13
1.1.2 Vaskulární demence.....	14
1.1.2.1 Podtypy vaskulární demence.....	15
1.2 Klinické vyšetřovací metody u demence.....	15
1.2.1 Anamnéza.....	15
1.2.2 Vlastní klinické vyšetření.....	16
1.2.3 Komplementární vyšetření.....	18
1.3 Léčba demence.....	18
1.3.1 Nefarmakologická léčba.....	19
1.3.2 Farmakologická léčba.....	20
1.4 Problémové chování u klientů s demencí.....	20
1.5 Komunikace s klientem trpící demencí.....	22
1.5.1 Principy efektivní komunikace a rozhovoru.....	23
2 Role pečovatele.....	25
2.1 Dopad demence na pečující osoby a rodinu.....	27
2.2 Problémy pečující rodiny.....	28
2.3 Zdravotní a sociální služby.....	30
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
3 Výzkumné otázky.....	32
4 Metodika výzkumu.....	33
4.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
5 Výsledky dotazníkového šetření.....	34
6 Diskuze.....	55
7 ZÁVĚR.....	59
8 Soupis bibliografických citací.....	60
9 Seznam příloh.....	63

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Grafické znázornění respondentů podle pohlaví.....	34
Obrázek 2 Grafické znázornění respondentů podle věku	35
Obrázek 3 Grafické znázornění respondentů podle místa bydliště.....	36
Obrázek 4 Grafické znázornění respondentů dle vztahu k osobě s demencí.....	37
Obrázek 5 Grafické znázornění respondentů podle délky trvání péče o osobu s demencí.....	38
Obrázek 6 Grafické znázornění respondentů podle využívání zdravotních a sociálních služeb..	39
Obrázek 7 Grafické znázornění respondentů, kteří využívají zdravotních a sociálních služeb	41
Obrázek 8 Grafické znázornění respondentů podle ovlivnění místa bydliště.	42
Obrázek 9 Grafické znázornění respondentů podle pobírání sociálních dávek.....	43
Obrázek 10 Grafické znázornění respondentů dle pokrytí nákladů sociálních dávek na péči .	44
Obrázek 11 Grafické znázornění respondentů dle druhu pobírání sociální dávek	45
Obrázek 12 Grafické znázornění respondentů dle finančních nákladů na péči za měsíc	46
Obrázek 13 Grafické znázornění respondentů podle času věnovaný péči na osobu s demencí	47
Obrázek 14 Grafické znázornění stupně demence.....	48
Obrázek 15 Grafické znázornění obtížných situací respondentů při péči.....	49
Obrázek 16 Grafické znázornění náročnosti péče pro respondenty	50
Obrázek 17 Grafické znázornění respondentů podle kontaktu s přáteli	51
Obrázek 18 Grafické znázornění respondentů dle času na své zájmy	52
Obrázek 19 Grafické znázornění respondentů podle celkové spokojenosti se životem	53
Obrázek 20 Grafické znázornění respondentů podle zvládnání péče o osobu s demencí	54
Tabulka 1 Využívání dostupných zdravotních a sociálních služeb	40
Tabulka 2 Náročnost péče o osobu s demencí	50

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob. Jedná se o velice aktuální téma, protože v České republice trpí demencí asi 120 – 130 tisíc osob a každý rok se tento počet bude zvyšovat. Důvodem je prodlužování střední délky života v populaci a dále je to také vlivem pokročilé medicíny, jenž zvládne vyléčit některá závažná onemocnění, která by v dřívějších dobách byla pro člověka smrtelná.

Onemocní-li člověk demencí má to vliv nejen na jeho osobnost, ale hlavně na jeho rodinu a blízké okolí. Pro rodinu nastává těžká situace, neboť jejich blízký člověk se začíná před jejich očima pozvolna měnit např. z veselého a milého dědečka, se stává uzavřený člověk. Rodina nemocného stojí před rozhodnutím, zda zvládne pečovat o blízkého v domácím prostředí či zda je nutná institucionální péče. Postupem času je péče o nemocného pro pečujícího velice náročná, a to nejen po stránce fyzické a psychické, ale i sociální a ekonomické.

Pro pečující osobu nebo rodinu je důležité naučit se jak komunikovat s nemocným. Principy správné komunikace mohou pečujícímu a rodině usnadnit nejen péči, ale i předcházet různým nedorozuměním. Toto se týká i problémového chování blízkého, které patří k syndromu demence a pro pečujícího je těžké se ho naučit zvládat. Pečující však mohou využít možnost pomoci zdravotních a sociálních služeb. Bohužel ale na některých místech České republiky jsou tyto služby špatně dostupné nebo zcela chybějí. Dalším problémem je nedostatečná informovanost o těchto službách, ale i o samotné nemoci. Pečující osobě a rodině může v tomto pomoci Česká Alzheimerovská společnost pořádající různá setkání, ať už s profesionály nebo rodinnými pečujícími. Tato setkání mohou pomoci začínajícím pečovateltům k získání cenných rad a informací, aby pro ně péče o člověka s demencí byla co nejméně náročná.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Cílem práce je přiblížit problematiku péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob. Teoretická část je rozdělena na dvě hlavní kapitoly. První kapitola se věnuje samotnému onemocnění demence, jeho rozdělení, diagnostice, léčbě, problémovému chování a úskalí komunikace. Druhá kapitola se vztahuje na roli pečujícího, na dopady demence pro pečovatele a rodinu, na problémy při péči a na zdravotní a sociální služby. Výzkumná část se zaměřuje na problémy pečujících vznikající při péči o člověka s demencí v domácím prostředí.

Cíle práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je podat ucelený přehled o samotném onemocnění demence a o problémech pečujících, které souvisí s péčí o klienta s demencí.

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit problémy pečujících o klienta s demencí v domácím prostředí.

Dílčí cíle

- Zjistit nejčastější problémy pečujícího související s péčí o klienta s demencí.
- Zjistit zda bydliště pečujícího, který žije ve společné domácnosti s klientem s demencí, ovlivňuje využívání zdravotních a sociálních služeb.
- Zjistit finanční náklady pečujícího na péči o klienta s demencí v závislosti na stupni demence.
- Zjistit vliv délky péče o klienta s demencí na bio-psycho-sociální složku pečujícího.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Demence

Samotný pojem demence pochází z latiny a znamená „bez mysli“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se nepodobá člověku, jímž byl na začátku. První fáze demence je sotva patrná. Zpočátku jsou oči jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a normálně se pohybuje. V poslední fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomíná už všechno, co se v životě naučil. Dá se říci, že člověk s demencí končí svůj život jako bezmocné dítě. Člověk v tomto stadiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje svoje nezákladnější biologické potřeby. V dřívější době převládal názor, že lidé s demencí jsou „blázni“ a trpí nějakým druhem duševní nemoci. Potom se zjistilo, že demence je způsobena dysfunkcí mozku. Jednoznačná diagnóza lze zjistit až při pitvě, protože neexistuje jednoznačná metoda, s jejíž pomocí by se dala zjistit povaha a stupeň postižení mozkové tkáně. (Buijsen, 2006, s. 13 - 14)

„Podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace ve svém 4. vydání je demence definována jako rozvoj mnohačetných kognitivních defektů, zahrnující poškození paměti a nejméně jednu z dalších kognitivních poruch (afázie, apraxie, agnózie, porucha exekutivních funkcí), a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity. Za ty se považuje schopnost pokračovat v zaměstnání, společenské kontakty, osobní život, schopnost postarat se o své finance, nakupování, vaření, zvládat oblékání nebo základní hygienu.“ (Rektorová, 2007, s. 10)

Jde o skupinu onemocnění vyskytující se zpravidla ve vyšším věku, ale může se objevit i v dětství (např. Helterova demence) nebo v rané dospělosti (např. toxické, traumatické demence, HIV demence). Demence patří mezi syndromy chronického nebo progresivního rázu a zahrnuje postupnou deterioraci korových funkcí (paměť, orientace, chápání, konkrétní i abstraktní myšlení, porozumění slyšenému a psanému slovu, úsudek atd.), dále v emoční oblasti (otupění emocí, výskyt patických nálad a afektů), v motivaci, a také zhoršování fungování v sociální oblasti. Při demenci dochází k postižení ve třech klíčových oblastech tzv. ABC schéma: A - aktivitách všedního dne, B - chování a emoční oblasti včetně psychotické symptomatologie, C - kognitivní oblasti. Naopak nedochází ke změnám vědomí typických pro deliriozní stavy. V současnosti existuje kolem 90 - 100 nejrozličnějších příčin vzniku a rozvoje demence. Do kategorie primárních příčiny jsou řazeny věkem podmíněné organické změny mozku. Demence vzniklé na podkladě kardiovaskulární, infekční, intoxikační,

nutriční, traumatické, endokrinologické a autoimunitní jsou označovány jako sekundárních demence. (Lužný, 2012, s. 36)

Závažnost demence je vymezována podle diagnostických kritérií MKN-10. Zároveň je důležité odlišit demenci od mírné kognitivní poruchy (MCI), ta se projevuje mírným narušením koncentrace i paměti, snížení rychlosti, pohotovosti a plasticity myšlení. (Orel, 2009, s. 169; Lužný, 2012, s. 37) Podle Lužného je závažnost demence hodnocena v oblasti paměti a postižených korových funkcích do tří stupňů:

- **Mírná demence** – pro tento stupeň je charakteristický zjevný pokles paměti a kognitivních funkcí, který je na překážku výkonu denních činností, ale ještě nenarušuje samostatný život jedince.
- **Středně těžká demence** – v tomto stupni pokles paměti a kognitivních funkcí už neumožňuje samostatné fungování jedince, je nutná pomoc pečujících osob. V paměti jsou zachovány pouze hluboce uchované informační obsahy, tím dochází ke zřetelným a významným poruchám krátkodobé paměti.
- **Těžká demence** – u tohoto stupně pokles paměti a kognitivních funkcí už dosahuje kritického stupně. Jedinci zcela selhává úsudek, myšlení, plánování, organizační, zpracování informací a schopnost abstrakce. Nemůže si zapamatovat nové informace, ale ani si vybavit informace dříve uložené. V pozdním stadiu si nemocný jedinec nevybavuje jména běžných předmětů, věcí a ani není schopen rozpoznat své blízké. (Lužný, 2012, s. 37-38)

1.1 Typy demence

Demence můžeme z pohledu patologicko-anatomického a etiopatogenetického dělit na demence atroficko-degenerativní a demence symptomatické. (Lužný, 2012, s. 39)

Do atrofického-degenerativních neboli primárních demencí patří Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtové chorobě, Fronto-temporální demence atd. U této skupiny demencí dochází k úbytku počtu neuronů, neuronálním změnám na úrovni buněčné i subcelulární, reaktivním změnám gliových elementů a lokální či celkové atrofii mozku. Naopak symptomatické neboli sekundární demence jsou způsobeny onemocněním, které sekundárně poškozují nebo vedou k dysfunkci mozku. (Lužný, 2012, s. 39 - 40)

Do symptomatických demencí patří vaskulární demence způsobené kardiovaskulárním onemocněním a ostatní symptomatické demence vyvolané onemocněním infekčním, autoimunitním, endokrinopatickým, metabolickým nebo intoxikací. (Lužný, 2012, s. 40)

U některých nemocných může nastat vyskytnutí více typů demence (např. nemocný trpí Alzheimerovou chorobou a vaskulární demencí), v tom případě se jedná o demence smíšeného typu. Tento typ má asi 10 % lidí trpící demencí. (Vágnerová, 2012, s. 272)

Celosvětově trpí demencí přibližně 26 milionů lidí, v České republice je celkový počet odhadován na 120-130 tisíc osob s demencí. (<http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>) Podle České Alzheimerovské společnosti je demence způsobena 56 % Alzheimerovou nemocí, 14 % vaskulární demencí, 12 % smíšené demence, 8 % Parkinsonovou nemocí, 4 % jiné degenerativní onemocnění mozku, 1 % ostatní vzácnější příčiny (např. Huntingtova choroba). (<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>)

1.1.1 Alzheimerova nemoc

Patří mezi nejčastější demence, kterou má asi 60 % lidí trpící demencí. „*Jedná se o chronické, progredující onemocnění, jehož podkladem jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku.*“ (Lužný, 2012, s. 43) Začátek nemoci je zpravidla nenápadný, plíživý, pod obrazem zapomínání. Postupně dochází k prohlubování poruch paměti a ostatní kognitivních funkcí, dále se objevuje bloudění, dezorientace, útkové tendence či nebezpečné chování. (Lužný, 2012, s. 43)

Podle časového hlediska můžeme rozdělit Alzheimerovu nemoc na presenilní formu s časným začátkem, která vzniká před 65. rokem a na senilní formu s počátkem po 65. roce života. Většinou se nemoc rozvíjí mezi 65. až 80. rokem života (Vágnerová, 2012, s. 273)

Rizikovými faktory pro vznik a rozvoj Alzheimerovy demence jsou věk a přítomnost dědičných rizikových faktorů. Při vzniku Alzheimerovy demence je nutné si všimnout věku, ve kterém dochází k nástupu projevů nemoci a rychlosti klinického průběhu, která má význam pro odlišné časné a pozdní formy onemocnění. (Lužný, 2012, s. 44 - 45)

Příznaky nemoci se objevují postupně a zpočátku celkem nenápadně. Progrese potíží začne být zřejmá mezi 2-4 rokem od začátku onemocnění. Objevuje se progredující porucha paměti, která se zpočátku projevuje jako zapomětivost. V důsledku toho nastávají problémy v běžných domácích činnostech (vypnutí vařiče, zavřít vodu), neustálého hledání něčeho,

což zvyšuje jejich pocit nejistoty a napětí. Porucha paměti vede také ke ztrátě orientace v čase a prostoru, kdy nemocný je dezorientovaný i ve známém prostředí, začne odcházet z domova a bezcíleně bloudit. Člověk s demencí není schopen na tyto problémy adekvátně reagovat, a tím postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat. Přestane chápat význam mnoha činností a není je schopen zvládat (např. postup při oblékání). Objevují se problémy v komunikaci, které jsou způsobeny neschopností nemocného porozumět verbálnímu sdělení nebo samostatnému slovnímu vyjádření. Dochází ke ztrátě kontroly svých emocí, kdy mohou osoby s demencí reagovat negativisticky, zlostně až agresivně vůči rodinným příslušníkům nebo zdravotnickému personálu. Osoby s demencí postupně přestávají dodržovat společenská pravidla, protože si neuvědomují nevhodnost svého chování. (Vágnerová, 2012, s. 273 - 274) V terminálním stádiu ztrácí nemocný soběstačnost, neschopnost rozpoznat nejbližší osoby, stává se závislý na ošetrovatelské péči a předmětem zájmu soudně znalecké praxe (zbavení způsobilosti k právním úkonům, opatrovnictví). (Lužný, 2012, s. 43 - 44)

1.1.2 Vaskulární demence

„Vaskulární demence vzniká na podkladě mozkového infarktu (či infarktů), který je způsoben akutním nebo chronickým rekurentním poškozením cévního zásobení mozku (ischemická nekróza mozkové tkáně).“ (Lužný, 2012, s. 61) Méně často je způsobena hemoragickou nekrosou mozkové tkáně na podkladě mozkového krvácení rozličné etiologie. (Lužný, 2012, s. 61) Je druhou nejčastější skupinou, tvoří 15 - 30 % všech demencí. Primární příčinou je kardiovaskulární onemocnění, které je multifaktorálně podmíněno, znamená to, že závisí na genetické dispozici, působení rizikových faktorů a celkového stylu života. Mezi příznaky vaskulární demence patří úbytek kognitivních funkcí, který bývá nerovnoměrný a kolísání aktuální výkonnosti. Na počátku onemocnění se objevují obtíže v koncentraci pozornosti a poruchy paměti. Jedná se především o postižení krátkodobé a střednědobé paměti. Úbytek myšlení nebývá plynulý a nezasahuje všechny jeho funkce ve stejné míře. Typická je nechuť ke změně stereotypu. Nemocný často trpí bradypsichismem, s tím souvisí občasné výbuchy neadekvátního chování na běžný požadavek. Od počátku dochází k postižení emočního prožívání, nemocní jsou přecitlivělí a vztahovační. V pokročilejší fázi převažuje spíše apatie. Rozpad osobnosti není tak velký, aby nebyli schopni respektovat základní sociální normy a zvyklosti. K úpadku osobnosti dochází spíše až v pozdních stádiích onemocnění. (Vágnerová, 2012, s. 279 - 281)

1.1.2.1 Podtypy vaskulární demence

Mezi nejčastější podtypy vaskulární demence patří vaskulární demence s akutním začátkem, multiinfarktová demence, subkortikální vaskulární demence a smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence. U vaskulární demence s akutním začátkem je typická přítomnost jedné rozsáhlé mozkové příhody nebo několika rychle vznikajících mozkových příhod. Z časového hlediska se demence rozvíjí v průběhu jednoho měsíce od vyvolávající mozkové příhody. Multiinfarktová demence se rozvíjí pomaleji, je pro ni typická přítomnost několika sukcesivních mikroinfarktů přítomných v mozkové tkáni. Klinicky se demence projevuje až při dosažení kritického objemu zaniklé mozkové tkáně. U nemocného se objevuje afázie, apraxie, akalkulie, alexie, jsou přítomny extrapyramidové příznaky a deliria. Z hlediska časového se demence vyvíjí v průběhu 3-6 měsíců následující po sérii několika ischemických epizod. Pro subkortikální vaskulární demenci jsou charakteristická ischemická ložiska umístěná v podkoří, bez výrazného poškození mozkové kůry. Bývají poruchy chůze s následnými pády, svalová ochablost, poruchy mikce, objevuje se i celková zpomalenost psychických funkcí. Při smíšené kortikální a subkortikální vaskulární demenci dochází ke směsi symptomů vaskulární demence korové a vaskulární demence podkorové. Změny organismu způsobené demencí jsou rovnoměrně zastoupeny, a proto tento typ demence nelze blíže začlenit ke kortikální či subkortikální formě. (Orel a kol., 2012, s. 97; Lužný, 2012, s. 63 - 64)

1.2 Klinické vyšetřovací metody u demence

Diagnóza demence je v dnešní době stále ještě podceňována. Důvodem je, že rodina a lékaři hodnotí některé příznaky demence jako příznaky bez klinického významu a nevěnují jim zaslouženou pozornost. Proto je důležité každý příznak připomínající demenci či jinou změnu duševního stavu nechat vyhodnotit praktickým lékařem nebo specialistou. Na diagnostice demence se významně podílí pacient, pečovatel a lékař, který všechny výsledky zhodnotí a stanoví diagnózu. (Jirák a kol., 2009, s. 25)

1.2.1 Anamnéza

Člověk trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje nebo ho zlehčuje, proto je velice důležitá objektivizace příznaků další osobou (rodinný příslušník, pečující). V osobní anamnéze nemocného je nutné pátrat po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocnění

srdce, cukrovce, poruchách metabolismu tuků a po dekompenzovaných chronických onemocněních, které zhoršují projevy demence. Dále nutné zjistit přítomnost deprese či jiné psychické změny. V sociální anamnéze se zjišťuje, kde a s kým bydlí, úroveň bydlení (výťah či schody), jaké jsou vztahy v rodině a kdo zajišťuje péči. Důležité je se informovat na užívanou medikaci, protože některé léky mohou zhoršovat paměť. V pracovní anamnéze se pátrá po stupni dosaženého vzdělání, profesním zařazením či po okolnostech odchodu do důchodu. V rodinné anamnéze je důležité zjistit, zda se demence nebo jiné neurologické a psychické poruchy nevyskytly u přímých příbuzných. (Jiráček a kol., 2009, s. 26; Franková a kol., 2011, s. 16 - 17)

1.2.2 Vlastní klinické vyšetření

U vyšetření kognitivních funkcí se zkoumají zejména funkce, které jsou v tomto procesu narušené. Vyšetřuje se paměť ve všech svých formách, řečová schopnost, schopnost orientovat se v prostoru, naplánovat či vykonávat smysluplnou aktivitu, poznávací funkce, tzv. frontální výkonné funkce - plánování a dokončení úkolu, zvládnutí zaměstnání, změny chování a osobnosti (agresivita a apatie). Významným poznatkem je i informace o tom, zda si pacient své potíže uvědomuje či nikoliv. K ověření jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Na testování je nutné pacienta připravit a uklidnit ho, aby se před testem nestresoval. (Jiráček a kol., 2009, s. 26 - 27; Franková a kol., 2011, s. 19)

K základním kognitivním testům u klientů s demencí patří Mini-mental State Examination (MMSE). Slouží k orientačnímu zhodnocení kognitivních funkcí. Jedná se o základní screeningovou škálu zahrnující celkem 30 položek, z nichž každá je ohodnocena jedním bodem, je-li zodpovězena či vykonána správně. V MMSE se hodnotí orientace, recentní paměť, pozornost a počítání, novopaměť a vybavnost, pojmenování předložených věcí, opakování instrukce, splnění třístupňové instrukce, čtení, psaní, splnění zapsané instrukce a obkreslení předloženého geometrického dvojobrazce. Výsledek se vyhodnocuje dle výše bodů, které určuje stupeň postižení. Znamená to, že 30-27 bodů je normální nález, 26 bodů hraniční nález, 25-18 bodů mírná demence, 17-6 bodů středně těžká demence a pod 6 bodů těžká demence. MMSE je nejužívanějším testem, který je velice orientační a nestačí k zhodnocení kognitivních a mnestických funkcí, proto je doporučeno ho použít ještě s dalším testem. (Lužný, 2012, s. 28 - 29; Franková a kol., 2011, s. 19)

Alternativou MMSE může být Montreal Cognitive Assessment (MoCA test). Jedná se o screeningový test, který je vhodný k záchytu časných stádií demence. Dokáže odlišit mírnou kognitivní poruchu či mírnou demenci. V testu se pomocí 13 bodových položek hodnotí různé aspekty kognitivních funkcí, a to zručnost, zrakové konstrukční dovednosti, prostorová orientace, schopnost pojmenovat tři zvířata dle obrázku, zapamatování si a vybavování si informačních obsahů z paměti, pozornost, schopnost opakovat slova a věty, odečítání, abstrakce, orientace a schopnost vybavit si co nejvíce slov začínající na zadané písmeno. Maximální bodové skóre je 30 bodů. Norma je v rozmezí 26-30 bodů, při dosažení méně než 26 bodů můžeme předpokládat počínající problémy v kognitivních funkcích. K vyšetření kognitivních funkcí se také ještě využívá časově náročnější Addenbrookský kognitivní test (ACE-R). (Franková a kol., 2011, s. 19; Preiss a kol., 2013, s. 147; Pokorná, 2013, s. 30)

K dalším známým testům kognitivních funkcí patří Test kreslení hodin (CDT). Hodnotí se paměť, představivost, pozornost, rozhodování a zrakově prostorové schopnosti. Test hodnotí nejen složku kognitivní, ale i výkonnostní a může být tak vhodným doplňkem ke screeningové škále MMSE. Test kreslení hodin probíhá, tak že pacient je vyzván, aby na volný papír nakreslit ciferník hodin, doplnil do něj číslice hodin a dle instrukce zakreslil ručičky hodin zaznamenávající čas. Vyhodnocuje se dokonalost či prostorové nedokonalosti, nepřesné řazení nebo vynechání číslic ciferníku a správnosti či chybnost nastavení ručiček hodin. (Lužný, 2012, s. 29)

Mezi testy k hodnocení kognitivních funkcí lze zařadit také Hachinské ischemické skóre, které slouží k rozlišení mezi atroficko-degenerativními demencemi Alzheimerova typu a demencemi vaskulárními. Dále pak jsou to Wechslerova paměťová škála (WMS), Stroopův test, Isaacův test kategorické produkce, Hodnocení řeči a Test slovní plynulosti (VFT). (Lužný, 2012, s. 30 - 34; Franková a kol., 2011, s. 19 - 21)

Ve vlastním klinickém vyšetření se ještě hodnotí denní aktivity, které jsou hlavně založeny na objektivních údajích od doprovázející osoby. Nejčastěji používané škály jsou Instrumental activities of daily living (IADL), která se používá u lehkých stádií demence a Activities of daily living (ADL) je vhodná u pokročilejších stádií demence. Existují také škály určené speciálně pro klienty s demencí. Jedná se o škálu soběstačnosti Disability assessment for dementia (DAD) a škálu funkčního stavu Functional activities questionnaire (FAQ). Dále se hodnotí problémové chování u nemocného např. pomocí dotazníku Neuropsychiatric Inventory (NPI), který hodnotí kognitivní i nekognitivní funkce. Vždy je nutné získat co

nejpřesnější popis problému. (Franková a kol., 2011, s. 21; Kalvach a kol., 2008, s. 89 - 90; Preiss a kol., 2013, s. 63 - 66)

1.2.3 Komplementární vyšetření

Do této kategorie patří základní interní vyšetření (krevní tlak, puls, EKG, RTG plic), neurologické vyšetření, psychiatrické vyšetření, neuropsychologické vyšetření a genetické testování. Dále se provádějí laboratorní vyšetření, v kterém se zjišťují hodnoty krevního obrazu, CRP, hladina vitamínu B₁₂, kyselina listová, minerály, urea, kreatinin, jaterní testy, hormony štítné žlázy, lipidogram, moč + sediment a také vyšetření likvoru, které je vhodné u atypicky a rychle probíhajících demencí. U likvoru se vyšetřuje celková bílkovina, glukóza, cytologie, Protein 14-3-3 a Triplet (tau celkový, tau fosforylovaný, beta-amyloid). (Jiráček a kol., 2009, s. 25; Lužný, 2012, s. 49; Franková a kol., 2011, s. 32 - 33)

V diagnostice demence se využívají také zobrazovací metody. CT (computerová tomografie) a MR (magnetická rezonance) upozorňují na morfologické odchylky, jedná se o úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení a přítomnost patologických útvarů (nádory, metastázy, cysty, cévní abnormality). SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) předkládá informace o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů v mozku (neurotransmitterů). EEG (electroencefalografie) poukazuje na změny mozkové aktivity ve smyslu zpomalení difuzního a ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu demence. (Jiráček a kol., 2009, s. 28)

1.3 Léčba demence

Léčba demence a jejích dalších symptomů se skládá ze dvou vzájemně provázaných behaviorálních a farmakogenních kroků. U člověka s demencí se léčí především narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, emoční reaktivitu, jednání a chování a korigace patologické změny osobnosti. Výsledkem je nejen zlepšení kvality života nemocného, ale i jeho příbuzných a pečovateli. Hlavním očekáváním v léčbě demence je stabilizace nemocného, oddálení progresu a oddálení přechodu onemocnění do těžších stádií. Tím, že zahájíme léčbu nemocného, prodlužujeme mu období soběstačnosti, dobu jeho funkčních schopností, zároveň snižujeme potřebu náročnosti pečovatelské péče a oddálení hospitalizace.

Cílem léčby je nejen zlepšení stavu a udržení dosavadních schopností, ale i zhoršení stavu s menší progresí než se předpokládala. (Pidrman, 2007, s. 93)

1.3.1 Nefarmakologická léčba

Aktivity by měly být komplexní, adekvátně ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku, psychosociální kontakty a musí být přiměřené stavu nemocného. Mají podporovat silné stránky nemocného, probíhat v jeho známém prostředí a stát se součástí denního režimu. Do behaviorální léčby spadá životní styl, přiměřená fyzická aktivita, psychická aktivita, optimalizace sensorických funkcí a péče o nutrici. U životního stylu je smyslem zachování sociální funkčnosti nemocného. Přiměřená fyzická aktivita je důležitou složkou v péči o klienty s demencí a je vhodné zařadit ji do pravidelného denního režimu. Využívá se např. pohybová a taneční terapie. K udržení psychické aktivity nemocného se používá kognitivní rehabilitace, kde se využívají techniky pojmenování předmětů, hry s písmeny a čísly, řazení barevných tvarů a říkadla. Vhodná je reminiscenční terapie, při které se využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. U klientů s demencí se také používá validační terapie a preterapie. Dále se pracuje s malými domácími zvířaty, tato metoda se nazývá pet terapie. U každé z těchto metod se musí přistupovat individuálně, nespěchat na nemocného, za jakýkoliv výsledek pochválit a opravovat ho minimálně. V oblasti optimalizace sensorických funkcí je nutné vědět, do jaké míry jsou postiženy, zejména sluch a zrak. Právě díky postižení zraku nebo sluchu, může dojít k řadě nedorozumění, která jsou přisuzována k poruchám chování. Do základního léčebného opatření demence patří péče o nutrici. Snažíme se o co nejdelší udržení optimálního stavu výživy, která je jednou z podmínek pro zpomalení progresu onemocnění. (Pidrman, 2007, s. 94 - 95, 156; Malíková, 2011, s. 239, 247)

Mezi cíle behaviorální nefarmakologické léčby patří zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako např. jemná a hrubá motorika, chůze, soběstačnost a kognitivní funkce. Dále je to smysluplné vyplnění volného času, ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života. Do cílů léčby také spadá zlepšení verbální a nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovatelem. (Pidrman, 2007, s. 93)

1.3.2 Farmakologická léčba

Farmakoterapie demencí se rozlišuje na kognitivní a nekognitivní. Do základní léčby spadá terapie kognitivních funkcí (hlavním klinickým představitelem jsou inhibitory cholinesteráz a memantin) a léčba podpůrná (přídavná). Důvodem je, že léčba inhibitory cholinesteráz má v některých případech kladný vliv na léčbu nekognitivních příznaků. Naopak léky podpůrné mohou zlepšit podmínky pro léčbu kognitivního postižení. (Pidrman, 2007, s. 112) O nasazení farmak rozhoduje vždy lékař specialista (geriatr, psychiatr, neurolog), který podá i další potřebné informace. (Franková, 2011, s. 20)

V dnešní době je nejpoužívanějším a nejúspěšnějším způsobem léčby u Alzheimerovy demence ovlivnění acetylcholinergního systému. To je možné pěti způsoby, buďto podáním inhibitorů cholinesteráz, podáním prekurzorů acetylcholinu, podáním agonistů nikotinových a muskarinových receptorů, ovlivnění acetylcholinergního systému cestou jiných mediátorů a některými dalšími cestami. (Pidrman, 2007, s. 112) Ve farmakoterapii na ovlivnění nekognitivních funkcí se využívají antidepressiva, anxiolytika, antipsychotika a thymostabilizátory. (Lužný, 2012, s. 51) U sekundárních demencí je důležitá symptomatická léčba doprovázejících stavů, která slouží buď jako podpora základního léku (zlepšení metabolismu) nebo jako doplňující terapie k základní léčbě. Např. použití antiagregačních, antikoagulačních a vazodilatačních léků u vaskulární demence. (Pidrman, 2007, s. 126; Lužný, 2012, s. 65)

V případě, že doplatky za léčiva, regulační poplatky či potraviny pro zvláštní lékařský předpis překročí v kalendářním roce limit ve výši 5000 Kč (pojištěnci starších 18-ti let a mladší 65-ti let) a ve výši 2 500 Kč (pojištěnci starší 65-ti let), je zdravotní pojišťovna povinna pojištěnci či zákonnému zástupci (pečující) uhradit částku, o kterou je limit překročen. (Arnoldová, 2012, s. 268 - 269)

1.4 Problémové chování u klientů s demencí

Syndrom demence doprovázejí často emoční změny a pro pečující i rodinu bývá obtížné je chápat a zvládat. Pro pečující a rodinu je důležité si uvědomit, že nemocný své chování nedokáže výrazně ovlivnit. Nejvíce pomůže pečovateli, když se snaží vcítit do stavu osoby s demencí a představí si sám sebe v této situaci. Dále je uvedeno nejčastější problémové chování u klientů s demencí, které je pro pečující velmi náročné. (Buijssen, 2006, s. 71, 87)

Agresivita u blízkého trpící demencí může vyprovokovat chování pečující osoby. Je důležité, aby si pečující všiml chování (např. autoritativní způsob řeči, podrážděnost v hlase pečovatele, mírně obviňující poznámka), které vyprovokuje zlou odezvu nemocného. Někdy stačí chtít po člověku s demencí, aby něco udělal, a on může mít pocit, že ho pečující do něčeho tlačí proti jeho vůli. Pro pečujícího je důležité zůstat v klidu a brát hněv člověka s demencí vážně. Jinou možností jak uklidnit rozhněvaného člověka je odstranit příčinu agrese a oddělit ho od zdroje stresu. Příčinou agresivního chování u člověka s demencí může být důsledek narušeného ukládání do paměti, a tou je frustrace z toho, že si nic nemůže zapamatovat. Jeho chování ovlivňuje také snížené mentální schopnosti, spojené s jeho nemocí. Díky tomu není schopen správně zhodnotit situaci a využít své dřívější intelektové schopnosti, aby pochopil záměry druhých. (Buijssen, 2006, s. 71 - 76; Regnault, 2011, s. 50)

Deprese stejně jako agresivita bývá často projevem bezmocnosti a úzkosti. U člověka s demencí jsou nejvýznamnější projevy deprese v době, kdy si svůj stav uvědomuje. V pokročilejším stadiu začne pak převládat citová oploštělost až apatie. V centru deprese je obrovská propast, která se vytváří mezi touhou a skutečností nemocného (např. chce jít domů, ale nemůže si vzpomenout, jak to má udělat). (Buijssen, 2006, s. 79 - 80; Vágnerová, 2012, s. 270)

Více než polovina lidí s demencí vykazují kratší nebo delší dobu symptomy podezíravosti, protože postrádají důvěru v druhé. Ztráta paměti v důsledku demence vede k pocitům nejistoty, úzkosti a paniky. Na tyto pocity může osoba s demencí reagovat nejen agresivitou a depresí, ale i hlubokou nedůvěrou. Podezíravý člověk si myslí, že on není příčinou této situace, ale může za to pečující. Nedostatek informací spolu s úzkostí, nejistotou a pocitem nedostatku bezpečí, to vše padá na úrodné pole pro fantazie a smyšlené plány. První věc, kterou by měl pečovatel udělat, když se osoba s demencí vysloví se svým obviněním, ověřit si, zda je oprávněné či nikoliv. Skutečnost, že někdo má demenci, pro nás neznamena, že mu nemůžeme věřit. Dále by si pečující měl ověřit, zda nemocný dobře vidí a slyší. Hluchota a slabý zrak mohou vést k podezíravému chování. Podezíravost mohou způsobovat i léky nemocného. (Buijssen, 2006, s. 84 - 86)

Soukromí je jednou ze základních lidských potřeb každého člověka, který chce mít nějakou chvíli sám pro sebe. Osoba s demencí často nenechává svého pečujícího o samotě a také nechce, aby byl sám necháván o samotě. Z tohoto důvodu je důležité, aby si pečující chránil svůj osobní prostor a soukromí. Závislé chování u klientů s demencí pramení z fundamentálního pocitu nejistoty a nedostatku bezpečí a je způsobeno rozpadáním paměti.

Lidé v počátečních stádiích demence často nedokážou pochopit, co se kolem nich děje. A tak intuitivně si uvědomují, že ten člověk, co se o ně stará to ví. Pokud z nějakého důvodu není přítomen, cítí velké znepokojení. (Buijssen, 2006, s. 88 - 90; Zgola, 2003, s. 146)

Sklon člověka s demencí vycházet z domu a nekonečně se toulat, je pro blízké, obtížný problém. Tento druh fyzické aktivity nemocného vyvolává strach a obavy lidí, kteří jsou za jeho péči zodpovědní. Neustálá touha chodit a toulat se může pramenit z potřeby osoby s demencí uniknout z prostředí, které vnímá jako nepříjemné nebo mu připadá neznámé. Pro něj je cíl být někde jinde, hledat svůj rodný dům, své rodiče. (Buijssen, 2006, s. 91 - 94)

Nespavost a noční neklid, které z toho vyplývá, se objevuje u syndromu demence velmi často. Možná příčina tohoto chování souvisí s neschopností absorbovat dojmy či informace. Pro rodinu a pečujícího je toto chování blízkého velmi únavné. Další příčinou je vyplouvání na povrch bolestných emocí a myšlenek, které narušují spánek osoby s demencí. Jinými důvody nočního neklidu mohou být, že člověk trpící demencí nevnímá rozdíl mezi bděním, spánkem a sněním nebo je to způsobeno nevhodně podanými léky. (Pidrman, 2007, s. 81; Buijssen, 2006, s. 96 - 97)

1.5 Komunikace s klientem trpící demencí

Schopnost komunikace nám dává pocit spojení s druhými lidmi. Díky mluvené a psané komunikaci dokážou lidé sdílet své zkušenosti, pocity, touhy a myšlenky. V demenci dochází postupně ke ztrátě sdílet zkušenosti s druhými lidmi a schopnosti mluvit normálně s druhými. Člověka s demencí stojí velké úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí a potřebuje. Zároveň při komunikaci musí vyvíjet stále více úsilí, aby pochopil, co se mu jiní snaží objasnit. Pokud chce pečující a rodina komunikovat s blízkým s demencí, musí do toho vložit mnohem více energie. Čím více bude pokročilejší demence, tím více je potřeba energie, aby se dosáhlo jistého stupně komunikace. (Buijssen, 2006, s. 59 - 60) Demence ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím působí na vztah mezi pečovatelem a jeho svěřenou osobou. Pečující a rodinní příslušníci, pak mají často pocit, že se ztrátou schopnosti komunikace, ztrácí i sám vztah. Vzhledem k tomu, že kvalita života záleží na povaze vzájemného vztahu mezi pečujícím a osobou s demencí, je podstatné, aby v průběhu nemoci byla udržována co nejlepší vzájemná komunikace. Pečovatel musí proto rozumět komunikační bariéře, kterou může demence vyvolat. (Zgola, 2003, s. 123)

K osobě s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale se zajímat o její stav, pátrat po tom, co potřebuje a co si přeje. Pečující by měl být trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně, taktálně, pokud je to nemocnému příjemné, nespěchat, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, ale nebát se i s blízkým s demencí zasmát. Demence nemusí znamenat ztrátu humoru, ale je třeba chovat se tak, abychom člověka s demencí neurazili. Když pečující dobře porozumí, čím člověk s demencí prochází a zná projevy jeho nemoci, snáze pochopí chování nemocného v daných situacích. Z tohoto důvodu je potřeba sdílet co nejvíce informací, aby pečující byl schopen zajistit určitý jednotný přístup, který osobě s demencí dává pocit jistoty. Význam má také usilovat o co nejmenší konfrontaci klienta s demencí s jeho nesoběstačností a nedostatečností. Pro pečujícího je důležité být stále v kontaktu s nemocným, snažit se jej vést a podporovat a tím eliminovat zmatek a případná nedorozumění. Schopnost komunikace je podmínkou úspěšného začlenění do svého sociálního prostředí a u navazování či udržování vztahů. Prostřednictvím komunikace předáváme jiným svá sdělení nebo je naopak přijímáme, tato schopnost je u osoby s demencí velmi narušena. Jedinec s demencí se může kvůli nedostatečné komunikaci cítit osamocen a izolován, přestože je fyzicky obklopen lidmi. Pokud schopnost komunikace v důsledku pokročilejší demence není zcela zničená, lze použít i jiné formy komunikace. Jedná se třeba o jednoduché verbální i nonverbální sdělení, kterým rozumí, gesta a chování, jimiž nám naopak chce něco sdělit. Pečujícímu velmi usnadní péči o osobu s demencí, pokud se naučí tuto nonverbální komunikaci reflektovat, rozumět a používat ji. (Jiráková a kol., 2009, s. 108 - 109)

1.5.1 Principy efektivní komunikace a rozhovoru

K navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou demencí je třeba dodržovat čtyři následující principy komunikace. Osoba s demencí má potřebu zvláštní komunikace, která je ovlivněna její emocionální závislostí, neschopností dělat ústupky a přizpůsobit se. Zodpovědný za to, aby nemocný rozuměl a bylo mu rozuměno, je pečující. Jeho důležitým úkolem je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru. Ačkoliv není v moci pečujícího a rodinných příslušníků zařídit, aby porucha komunikace zmizela, lze použít k překonání specifických problémů komunikace různé strategie. (Zgola, 2003, s. 124)

Pro vedení rozhovoru mezi pečujícím a osobou s demencí je nutné zajistit tomu odpovídající prostředí bez různých rušivých elementů (např. puštěné nahlas rádio, televize), aby se nemocný soustředil. Rozhovor musí být také stručný a jasný. Je dobré si ověřit, zda nemocný

rozumí a chápe, co po něm pečující chce. Pro úspěšnou komunikaci je důležité, aby sám pečující nebyl pod časovým tlakem a soustředil se výhradně na člověka s demencí. Také není dobré, když rodinní příslušníci mezi sebou šeptají. Ohrožují tím, tak důvěru osoby s demencí. Pro zachování úcty blízkého s demencí je podstatné, abychom o něm v jeho přítomnosti nemluvili ve třetí osobě (např. „Tatínek dnes vypadá dobře.“). Obecným pravidlem při rozhovoru s osobou s demencí je udržovat oční kontakt a neodvracet se od něj. (Buijssen, 2006, s. 62 - 63)

Aby pečující porozuměl komunikačním deficitům, musí pochopit funkční a behaviorální účinky kognitivní poruchy obecně, a specificky pak povaze deficitů jazyka. Pro pečujícího je dobré znát poruchy komunikace při různých stádiích demence, umožní mu to předcházet různým nedorozuměním a mylným domněnkám. Znalost překážek v komunikaci a použití vhodných strategií dává pečujícímu kontrolu nad situací, pomáhá mu vyhnout se frustraci a přispívá k budování a udržování vztahu (viz Příloha A). (Zgola, 2003, s. 132)

2 Role pečovatele

Onemocnění demence se rozvíjí ve zralém věku člověka, kdy očekává klid a pohodu. Člověk postižený demencí začíná měnit svoje chování, které je přiměřené, nespolečenské a budí v jiných lidech rozpaky. Zároveň dochází ke ztrátě zájmu o okolí a k potřebě pomoci a dohledu. Pro pečujícího příbuzného se tato situace stává závažnou a náročnou. Pečující bude žít s člověkem, u kterého se syndrom demence začne postupně rozvíjet a bude to, jako by žil s někým jiným, než s kým žil dříve. Ze strany nemocného může dojít ke zhoršení spolupráce z důvodu nepřipravenosti pečujícího. Při péči o člověka s demencí jsou kladeny vysoké nároky na pečovatele, které zvyšují jejich nemocnost. (Pidrman, 2007, s. 96) Zvládání těžkých situací souvisí se zralostí ega pečovatele. Tento vztah je vyjadřován psychology jako schopnost nezdolnosti a flexibility pečujícího. Samotné ego nebo-li vlastní „já“, můžeme rozdělit na osobní „já“ a sociální „já“. Příkladem osobního „já“ je schopnost respektovat druhé, mít k nim úctu a vážit si jich. Charakteristikou sociálního „já“ je např. hledání harmonie v mezilidských vztazích. (Křivohlavý, 2009, s. 62)

Role pečujícího v péči o nemocného je klíčovým faktorem, který určuje postoje, vztah, schopnost zvládat nepředvídatelné situace a emoční napětí mezi pečovatelem a nemocným. To vše určuje, zda nemocný bude pobývat v domácím prostředí nebo bude odsouzen k pobytu v ústavní péči. Péče o člověka s demencí znamená péči 24 hodin denně. Nepředstavuje jenom starost během dne a v noci, ale také doprovod nemocného při různých cestách mimo byt nebo k vyšetření u lékaře. Na roli pečujícího jsou kladeny vysoké nároky na vyšší fyzickou i duševní zátěž. To může způsobit vyšší stresový prožitek pečovatele, v důsledku něhož dojde ke zhoršení vztahu s nemocným. Z tohoto důvodu je nezbytné porozumění a správná reakce pečujícího na projevy nemocného. Zatížení pečovatele můžeme rozdělit na objektivní a subjektivní zátěž. (Pidrman, 2007, s. 96)

Objektivní zátěž je dána faktickou péčí o daného klienta. Pečující je nucen reagovat na celou řadu projevů nemocného, které jsou objektivně různé intenzity i závažnosti, jsou i subjektivně různě zpracovány. Do reakcí ze strany nemocného, které pečovatele nejvíce obtěžují, patří výčitky, verbální útoky nemocného, fyzická agrese, chronické neshody, obtížné přizpůsobování se člověku s demencí danému režimu, bloudění, deprese, úzkosti, obviňování či podezíravost, pasivita nemocného při plnění denních aktivit. V subjektivní zátěži je odrážena emoční reakce pečujícího na péči o jedince s demencí a adaptaci na permanentní zátěž, které je vystaven. Mezi rizikové faktory ze strany pečovatele ovlivňující kontakt s nemocným patří nízké znalosti o demenci, amatérský přístup, vysoké požadavky klienta,

nízká podpora od ostatních členů rodiny, špatný tělesný stav pečovatele, negativní zkušenosti pečovatele, premorbidní deprese či jiné psychické problémy pečovatele, cizí pečovatel nebo naopak velmi blízký pečovatel (manžel/ka). (Pidrman, 2007, s. 97 - 98)

Z těchto důvodů dochází ke zvýšenému stresovému prožívání pečujícího, které vychází z psychotických příznaků (halucinace, bludy), deprese, a nepředvídatelného jednání (fyzická agrese) osoby s demencí. Na ovlivnění stresových prožitků pečovatele se také podílejí forma či závažnost demence, stav kognitivních funkcí, funkční schopnosti (tělesná zdatnost) a trvání demence svěřené osoby. Ke snížení hladiny stresového prožívání pečovatele přispívá podpora od okolí (rodina, přátelé), přiměřené znalosti o demenci, aktivní přístup pečovatele, dobré duševní a tělesné zdraví pečovatele, adekvátní finanční ohodnocení a kooperace pečovatele v podpůrných skupinách např. Česká Alzheimerovská společnost. (Pidrman, 2007, s. 97 - 98)

Organizace Česká Alzheimerovská společnost (ČALS) vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie, kteří se zabývají problematikou osob s demencí. Postupně se do ní začali včleňovat rodinní příslušníci a pečovatelé o tyto osoby. Cílem ČALS je podporovat a pomáhat pacientům postižených demencí a jejím pečujícím rodinám. Dále poskytuje informace ohledně samotné péče o pacienty s demencí pomocí informačních materiálů, které vydává. Pořádá setkání svépomocných skupin např. Čaje o páté, kdy rodinní pečující předávají zkušenosti a informace novým a nezkušeným pečujícím. V rámci projektu Vážka spolupracuje ČALS s oddělením specializované péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou, které se zaměřuje na respektování zvláštních potřeb pro lidi s demencí. Do tohoto projektu spadají i denní centra, do kterého jsou klienti přiváženi ze svého domova. (Regnault, 2011, s. 31 - 32, 99 - 100; <http://www.alzheimer.cz/cals/>)

Zaujetí postoje a chování pečovatele má přímý vliv na stav nemocného. Ke zhoršení stavu nemocného může vést provádění náhlých a neočekávaných změn v jeho okolí nebo nečekané změny v časových stereotypch, na které je nemocný zvyklý. Pečující by si měl dávat pozor vůči nemocnému na projevy zloby až agresivity, hyperkritický postoj, nepřiměřený direktivní přístup, přeceňování či nedoceňování možností člověka s demencí. Není také vhodné ignorovat přání blízkého nebo dávat přísliby, které následně nejsou splněny. Přílišné kontrolování nesrozumitelné komunikace (rychlá nebo tichá řeč) a s tím související nejednoznačné či složité příkazy ze strany pečujícího, mohou narušit vztah mezi osobou s demencí a pečujícím. Ke snížení progresu demence pomáhá empatický, klidný a tvůrčí přístup k nemocnému, který vyplývá z adekvátního vzdělávání pečujícího, dostatek času, zachováním stereotypu v režimu dne, adaptibilita pečovatele a schopnost akceptovat nastalé

změny. Dále je to respektování individuality blízkého, přiměřené vyžadování jeho duševní a tělesné zátěže, mít realistické požadavky a poskytnout nemocnému samostatnost, jaká je v dané situaci možná. Pro pečujícího je důležité, aby se do péče o blízkého zapojilo i jeho širší okolí. (Pidrman, 2007, s. 99)

2.1 Dopad demence na pečující osoby a rodinu

Pokud člověk onemocní demencí má to dopad nejen na jeho osobu, ale také na jeho rodinu, které se kvůli nemoci blízkého převrací život vzhůru nohama. Členové rodiny se musí vyrovnat z pomalé ztráty blízkého. Během tohoto dlouhotrvajícího procesu se s tím rodinní příslušníci musí smířovat. Tím, že dochází ke ztrátě rodinného příslušníka, zároveň dochází ke ztrátě svobody pečovatele. Pečující osoba už nemůže žít úplně svůj vlastní život. Dochází i k obavám o budoucnost nemocného, pečující má strach, kdyby se mu něco stalo, kdo se postará o blízkého s demencí. Pečující a rodina se také setkávají s nedostatkem pochopení a ocenění. Mnoho pečujících si všimá, že jejich snaha byla oceňována jenom na začátku a dál už ne. I nepochopení okolí, které si neuvědomuje, jaký dopad to má na rodinu osoby s demencí. (Buijssen, 2006, s. 111 - 113)

Na začátku péče o osobu s demencí si pečující pokládá otázku, zda se má ke svému příbuznému nastěhovat nebo nemocný se přestěhuje k němu. Pečující by si měl svoje rozhodnutí dobře promyslet a zvážit všechna pro a proti. Je-li schopen pečovat o nemocného ve dne v noci, jestli existuje nějaká osoba, která ho občas zastoupí, zda dokáže tuto situaci snášet dlouhodobě nebo jestli je v domácnosti dostatek prostoru. Uvědomit si, že se změní nejen jeho život, ale i život ostatních členů rodiny (partner, děti). (Regnault, 2011, s. 32 - 33)

U pečujících dochází k protichůdným a smíšeným emocím. K osobě s demencí pociťují lásku, zájem a soucit, ale zároveň i hněv a zlost. Mohou kolísat mezi touhou starat se o blízkého a přáním žít svůj vlastní život. Jedna z pastí, do které pečující může spadnout, je podřízení osobě s demencí své vlastní zdraví a blaho. Proto je nutné, aby pečující věnoval pozornost svému duševnímu a fyzickému zdraví. (Buijssen, 2006, s. 114 - 116)

Mnozí pečující jdou při péči o blízkého přes hranici toho, co se od nich očekává. Navzdory tomu mohou mít pečovatelé pocit viny, že nedělají dost, aby poskytli dostatečnou péči. Pocit viny u těch, kteří pečují, může pramenit z několika na ně kladených požadavků. Zprvce to jsou požadavky, které si pečující kladnou sami na sebe (např. uspokojování všech klientových potřeb). V případě, že je nezvládnou, mohou to chápat jako své vlastní selhání. Za druhé jsou

to požadavky kladené ze strany osoby s demencí. Nároky blízkého na pečující osobu se mohou den ode dne měnit. Dále jsou to požadavky ze strany rodiny. Kdy hlavně děti vyžadují pozornost a chtějí, aby se jim rodič věnoval. A nakonec vlastní touhy a přání pečovatele, které nemůže věčně ignorovat. (Buijssen, 2006, s. 122 - 124)

Péče o osobu s demencí je pro pečujícího emočně, tělesně, finančně, časově velmi náročná a může mu převrátit život vzhůru nohama. Zároveň však může uspokojovat, obohacovat, přinášet nové známé, radost či potěšení. Některý pečující zvládá péči s úsměvem, jiný zase v slzách a někdo ji po delší nebo krátké době vzdá. Nikdo není schopen předem říct, jak by se sám choval ve stejné situaci, proto nikdo nemá právo druhého ze selhání soudit. V případě, že pečovatel péči nezvládá, neměl by se stydět říct si o pomoc. Protože člověk s demencí vnímá dobře emoce, může u něj vyčerpaný a vystresovaný pečující vyvolat problémové chování. Proto je důležité, aby si pečující osoba dopřála v péči odpočinek. (Franková, 2011, s. 45)

2.2 Problémy pečující rodiny

Problémem pečujících rodin je nízká úroveň veřejné podpory. Jedná se zejména o nedostatečné zajištění podpůrných služeb „odlehčovací“ péče, které by doplnily pečující osobu či rodinu v jejím úsilí a umožnily jí častější oddech a rehabilitaci. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanovil dříve neznámé typy sociálních služeb, které mohou využít pečující rodiny. Problém však zůstává v jejich teritoriálním umístění. (Michalík, 2011, s. 98)

V České republice jsou místa, kde sehnat příslušnou službu v dostupném okolí je velký problém. Stejně tak zůstává problém finanční náročnosti péče zajištěné profesionálními poskytovateli. Na nízkou podporu domácí péče poukazují problémy, do nichž se pečující dostane po přechodu do důchodu, kdy doba péče a její odpovídající výdělek v praxi znamená, že přiznaný důchod pečovateli je velmi nízký až nedostatečný. (Michalík, 2011, s. 98)

Další choulostivou otázkou pro pečujícího je kolik času je schopen svému blízkému věnovat, zda má pracovat stále na plný úvazek nebo přerušit dočasně zaměstnání či odejít předčasně do důchodu. V České republice má pečovatel možnost po dohodě se zaměstnavatelem využít neplacené dovolené. Volba není pro pečujícího jednoduchá, tím spíše, že to mívá finanční důsledky na pečovatele a jeho rodinu. Tato situace je u nás řešena příspěvkem na péči, avšak jeho přidělení trvá týdny až měsíce. (Regnault, 2011, s. 33 - 35)

Příspěvek na péči se poskytuje osobám v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která o něj pečuje. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí základní životní potřeby v deseti stanovených oblastech. Podle stupně závislosti se stanovuje výše příspěvku pro osoby do 18 let a osoby starší 18 let. U osob starší 18 let je měsíčně vyplácena výše příspěvku I. stupeň - 800 Kč, II. stupeň - 4000 Kč, III. stupeň - 8000 Kč, IV. stupeň - 12000 Kč. Dále může pečující požádat o příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku nebo o průkaz osoby se zdravotním postižením pro osobu s demencí. (Regnault, 2011, s. 80 - 83; <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>)

Další překážkou jsou příjmy do rodinného rozpočtu, zda jsou dvojpříjmové (oba partneři) nebo je pečující sám a má jeden příjem financí. Potíž nastává, i když je rodina úplná, ale má nízký příjem peněz a je pro ně obtížné, aby se jeden stal pečující osobou. U nás je také méně rozvinuta práce na částečný úvazek nebo s flexibilní pracovní dobou, která by pečující rodině umožnila sladit péči o člověka s demencí a zároveň si zachovat pracovní potenciál. Vyloučení z práce je pro rodinu pečujícího ztráta nejen ekonomická, ale výrazným způsobem pozměňuje sebehodnocení a sebedůvěru pečujících osob. Pokud je v rodině vyloučení z práce u jednoho z partnerů dlouhodobé, modifikuje se to nejen ve ztrátě kontaktu s pracovním trhem, ale i ve vzájemných vztazích obou partnerů. Může se jednat o rozdílný pohled na hodnotu domácí práce, což se v některých případech stává zdrojem konfliktů mezi pečující osobou a ekonomicky aktivním partnerem. Nejčastější dopady náročnosti dlouhodobé péče jsou pocity velké únavy, ztráta schopnosti užít si volné chvíle, pocity ztráty osobních životních perspektiv. To vše má dopad na sociopsychickou stabilitu pečujících osob. (Michalík, 2011, s. 98, 105)

Mnoho pečujících si pokládá otázku, zda zvládá ještě péči o blízkého s demencí. Přispívá k tomu postupující nemoc u člověka s demencí a tím zabírání více času pečujícího. Od chvíle, kdy začne být potřebná péče 24 hodin denně, začne to pečujícího stále více vyčerpávat. Pokud pečující nestanoví určité limity, může docházet z obou stran k týrání či se u pečujícího objeví syndrom vyhoření doprovázený depresemi. Stav přepracovanosti se postupně ohlašuje několika varovnými signály (např. únavou, častou plačtivostí, nervozitou atd.). Pečující je nezvykle unavený a vyčerpaný. Je stále častěji nemocný než dříve. Kvůli maličkostem se dává do pláče, objevuje se přecitlivělost a deprese. Dochází ke ztrátě výkonnosti pečovatele, občasnému zapomínání nebo ztracení různých věcí. Často už schází trpělivost s nemocným. Hledání způsobu, jak komunikovat s osobou s demencí se stává více obtížnější. Začnou se

vyskytovat problémy ve vlastní rodině, která si myslí, že na ně pečující má stále méně času. Další obtíží může být už nezvladatelné chování osoby s demencí. Jedná se hlavně o zvýšenou agresivitu blízkého, bloudění uprostřed noci či toulání venku. I přidání dalších nemocí blízkého s demencí, je pro pečujícího velmi náročné. Z těchto důvodů by si pečující měl promyslet, zda člověka s demencí umístí do specializovaného zařízení. Je důležité, aby pečující neřešil tuto situaci na poslední chvíli, ale už od doby, kdy se péče a chování nemocného nedá zvládnout. (Regnault, 2011, s. 63 - 64) V praxi se však často setkáváme s problémem umístění osoby s demencí do specializovaného zařízení, kde je dlouhá čekací doba v řádu několika měsíců až let. Důvodem je nedostatek těchto zařízení v České republice v důsledku nedostatečné koordinace zdravotnických a sociálních služeb. (Rusina a kol., 2010, s. 19)

2.3 Zdravotní a sociální služby

V případě, že si pečovatel nemůže dovolit přestat pracovat nebo je pro něj péče velmi namáhavá psychicky či fyzicky, může využít možnost pomoci sítě zdravotních a sociálních služeb. Využití zdravotních a sociálních služeb je prevencí proti vyčerpání pečujícího a narušení rodinných vztahů. (Regnault, 2011, s. 33 – 35; Franková, 2011, s. 23)

Mezi sociální služby patří:

Terénní pečovatelská služba patří k nejrozšířenějším terénním službám. Je poskytována dětem seniorům, chronicky nemocným, těžce zdravotně postiženým občanům, kteří nejsou schopni se postarat o nutné práce v domácnosti a jiné životní potřeby či další osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Cílem pečovatelské služby je zajistit základní potřeby klientů, podpořit samostatný život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím, a tím oddálit umístění do ústavní péče. (Dvořáčková, 2012, s. 83, Hauke, 2011, s. 125)

Denní stacionáře fungují často v rámci specializovaných zařízení či center pro seniory. V zařízení se poskytuje pomoc při zvládání běžných činností, při osobní hygieně, při zajištění stravy, vzdělávací a aktivizační činnosti. Zároveň zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím. (Lužný, 2012, s. 143) Tato forma péče je velkou pomocí pečujícímu a jeho rodině, která v době, kdy je blízký ve stacionáři, může chodit do zaměstnání nebo si odpočinout od péče o člověka s demencí. (Jirák, 2009, s. 121; Regnault, 2011, s. 92)

Osobní asistence je poskytována seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tato služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zvládnání chodu domácnosti či zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím. (Lužný, 2012, s. 142; <http://www.mpsv.cz/cs/9>)

Respitní péče je důležitou součástí péče o klienta s demencí a následně slouží jako prevence předčasné institucionalizace nebo zabraňuje předčasnému vyčerpání a vyhoření pečujících. (Jirák, 2009, s. 122) Respitní péči poskytuje např. Česká Alzheimerovská společnost, která zajišťuje pomoc v domácnosti pro klienty se syndromem demence v době, kdy se o ně pečující nemůže postarat, protože potřebuje nezbytný odpočinek nebo prostor pro zařízení nezbytných věcí. Náplní respitní péče je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a zajištění stravování. K službám respitní péče patří také sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (<http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/respitni-pece/>)

Do zdravotní služby patří:

Domácí péče je odborná zdravotní péče, která je zajišťována kvalifikovanými všeobecnými sestrami. (Mlýnková, 2011, s. 64) Domácí péče nebo-li home care je poskytována na základě doporučení praktického lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění. Pro předepsání domácí péči je nezbytné, aby klinický stav seniora byl stabilizovaný a jeho domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči. Předpokládá se i zapojení člena rodiny či jiného laického pečovatele. Mezi úkoly domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie a další. Umožňuje pečujícím rodinám půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. (Dvořáčková, 2012, s. 80 - 81)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumné otázky

K dotazníkovému šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejčastější problémy pečujícího související s péčí o klienta s demencí?
2. Jaký vliv má místo bydliště pečujícího, který žije ve společné domácnosti s klientem s demencí na využívání zdravotních a sociálních služeb?
3. Jaké jsou finanční náklady pečujícího na péči o klienta s demencí v závislosti na stupni demence?
4. Jaký vliv má délka péče o klienta s demencí na bio-psycho-sociální složku pečujícího?

4 Metodika výzkumu

Pro sběr dat byla využita forma kvantitativního výzkumu. Ta spočívala v anonymním dotazníkovém šetření. Cílovou skupinou byli osoby pečující o nemocného s demencí. Výsledky výzkumu jsou zpracovány v programu Microsoft Excel 2010. Dosažené výsledky z jednotlivých otázek jsou zobrazeny v následujících grafech. Data jsou vyhodnocena popisnou statistikou a u výsledků je stanovena absolutní četnost (n_i) a relativní četnost v procentech (f_i).

Dotazník se skládá z několika částí, a to z úvodu, identifikačních otázek a otázek vztahujících se k výzkumným otázkám. Obsahuje celkem 23 otázek. Pro upřesnění otázky č. 6 byla použita jedna doplňující otázka. První tři otázky se zaměřují na identifikaci respondentů, týkají se pohlaví, věku a místa bydliště. Dále dotazník obsahuje otevřené otázky (č. 4, 5, 12, 14), polootevřenou otázku (č. 10), uzavřené otázky (č. 6, 8, 7, 9, 11, 13, 20, 21, 22, 23) a otázky škálové (č. 15, 16, 17, 18, 19 a doplňující otázka). Dotazník je uveden v Příloze B.

4.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Distribuce dotazníků probíhala v období listopadu 2013 až ledna 2014 v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Výběr respondentů byl záměrný. Dotazníky byly rozdány respondentům do poradny pro pacienty s demencí a jejich rodinné příslušníky, do terénní pečovatelské služby a pečujícím v mém okolí. Celkem bylo rozdáno 42 dotazníků. Z toho 25 bylo rozdáno do poradny pro pacienty s demencí a jejich rodinné příslušníky, z nichž se mi vrátilo 14 (56 %). Dalších 10 bylo dáno do terénní pečovatelské služby, z toho se vrátilo 10 (100 %). Zbýlý počet 7 dotazníků jsem rozdala pečujícím ve městě Jičín a jeho okolí, z toho se vrátilo 7 (100%). Celková návratnost byla 74 %, to je 31 dotazníků. Výzkum byl proveden z celkového počtu 31 dotazníků, což je teď 100 %.

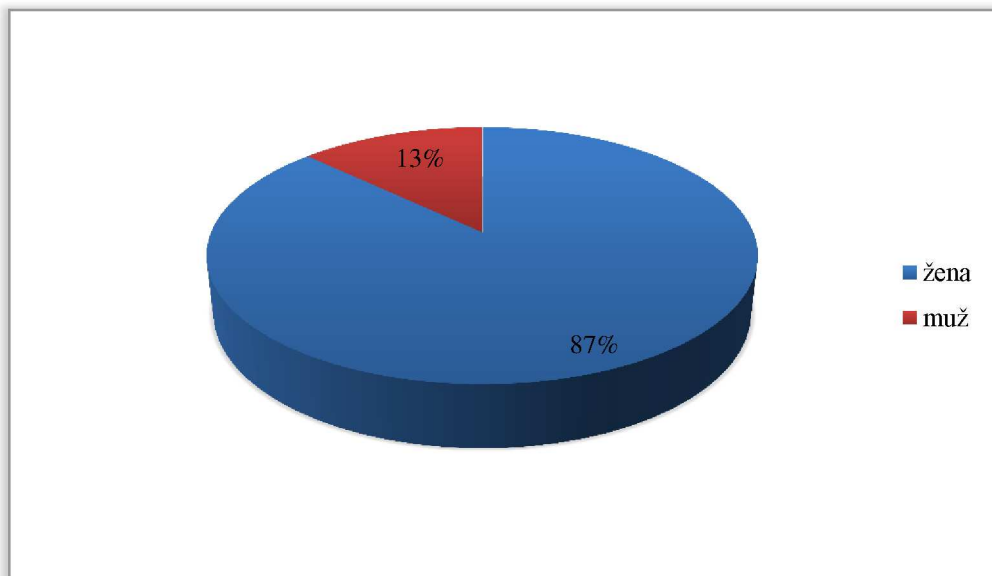
Do výzkumného vzorku byli zařazeni respondenti, kteří pečují o osobu s demencí bez rozdílu pohlaví a věku. Větší část respondentů tvořily ženy 27 (87 %), muži byli zastoupeni ve 4 (13 %). Nejvíce respondentů 15 (48 %) bylo ve věkové kategorii 41 – 55 let, přičemž průměrný věk byl 53,77 let. Dotazník byl sestaven tak, aby respondentům nezabíral mnoho času a byli ho ochotni vyplnit.

5 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Jakého jste pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké je pohlaví pečujícího o klienta s demencí. Z celkového počtu 31 respondentů což je 100 %, tvořili větší část ženy, a to 27 (87 %), muži byli zastoupeni ve 4 (13 %), viz Obrázek 1.

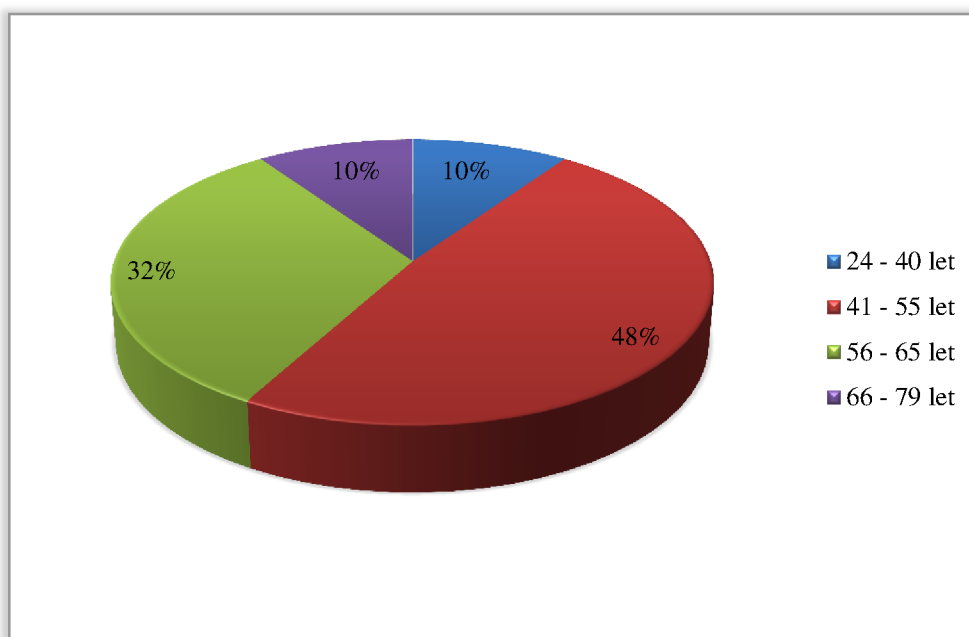


Obrázek 1 Grafické znázornění respondentů podle pohlaví

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let

- a) 24 – 40 let
- b) 41 – 55 let
- c) 56 – 65 let
- d) 66 – 79 let

V této otázce se zjišťoval věk respondentů a byla zde ponechána otevřená odpověď. Následující věkové kategorie jsou rozděleny do čtyř skupin. V první skupině v rozmezí 24 – 40 let byli 3 (10 %) respondenti. Druhou a zároveň největší skupinu 41 – 55 let tvořilo 15 (48 %) respondentů. Do třetí skupiny spadala věková kategorie v rozmezí 56 – 65 let, ve které bylo 10 (32 %) respondentů. Poslední skupinu 66 – 79 let tvořili 3 (10 %) respondenti. Minimální věk respondentů byl 24 let a naopak maximální věk 79 let. Průměrná hodnota věku respondentů byla 53,77 a medián 54 let. Výsledky jsou zobrazeny níže v Obrázku 2.

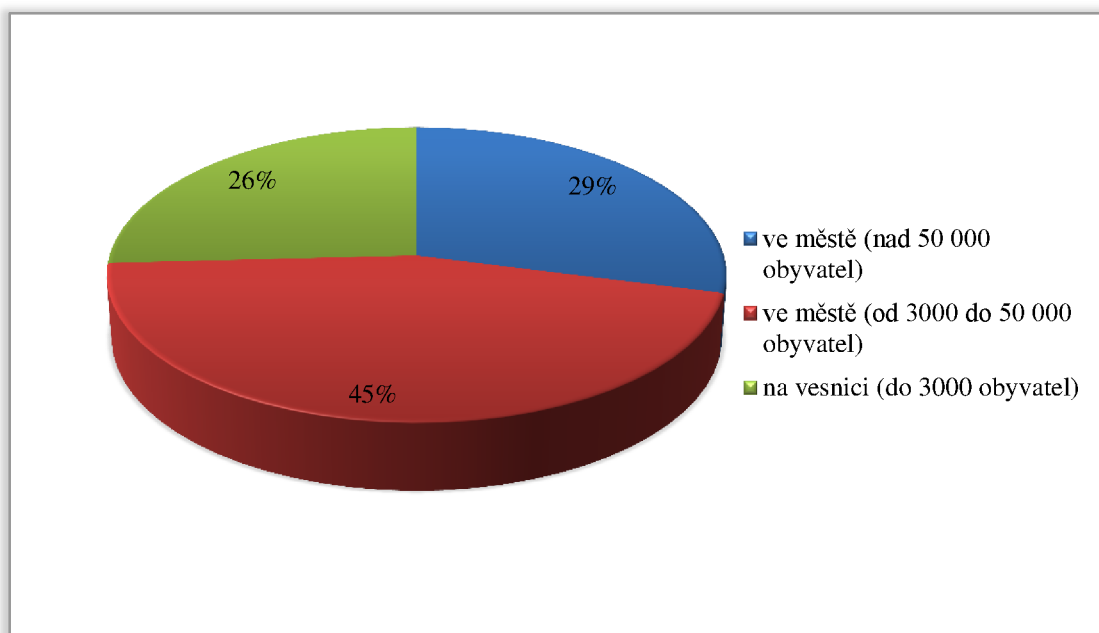


Obrázek 2 Grafické znázornění respondentů podle věku

Otázka č. 3 – Bydlíte

- a) Ve městě (nad 50 000 obyvatel)
- b) Ve městě (od 3000 do 50 000 obyvatel)
- c) Na vesnici (do 3000 obyvatel)

Cílem bylo zjistit místo bydliště pečujícího o osobu s demencí. Největší počet respondentů 14 (45 %) bydlí ve městě od 3000 do 50 000 obyvatel. Ve městě nad 50 000 obyvatel bydlí 9 (29 %) respondentů. Na vesnici do 3000 obyvatel žije 8 (26 %) respondentů, viz Obrázek 3.

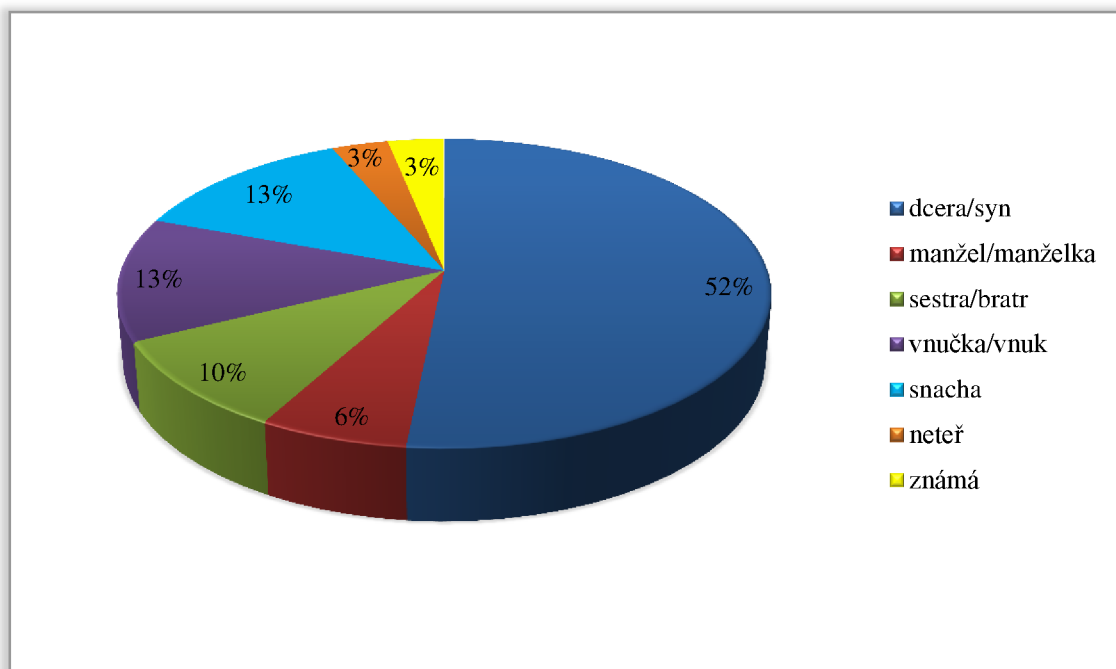


Obrázek 3 Grafické znázornění respondentů podle místa bydliště

Otázka č. 4 - V jakém jste vztahu s osobou, o kterou pečujete?

- a) dcera/syn
- b) manžel/manželka
- c) sestra/bratr
- d) vnučka/vnuk
- e) snacha
- f) neteř
- g) známá

Cílem této otázky bylo zjistit vztah pečujícího k osobě s demencí. Tato otázka byla ponechána otevřená, následující skupiny jsou rozděleny podle vztahů k osobě s demencí. Největší počet pečujících respondentů je dcera/syn 16 (52 %). Na stejné úrovni jsou vnučka/vnuk 4 (13 %) a snacha 4 (13 %). Dále je sestra/ bratr 3 (10 %), následovaný manžel/manželka 2 (6 %). Nejméně jsou zastoupeni neteř 1 (3 %) a známá 1 (3 %). Výsledky jsou uvedeny níže v Obrázku 4.

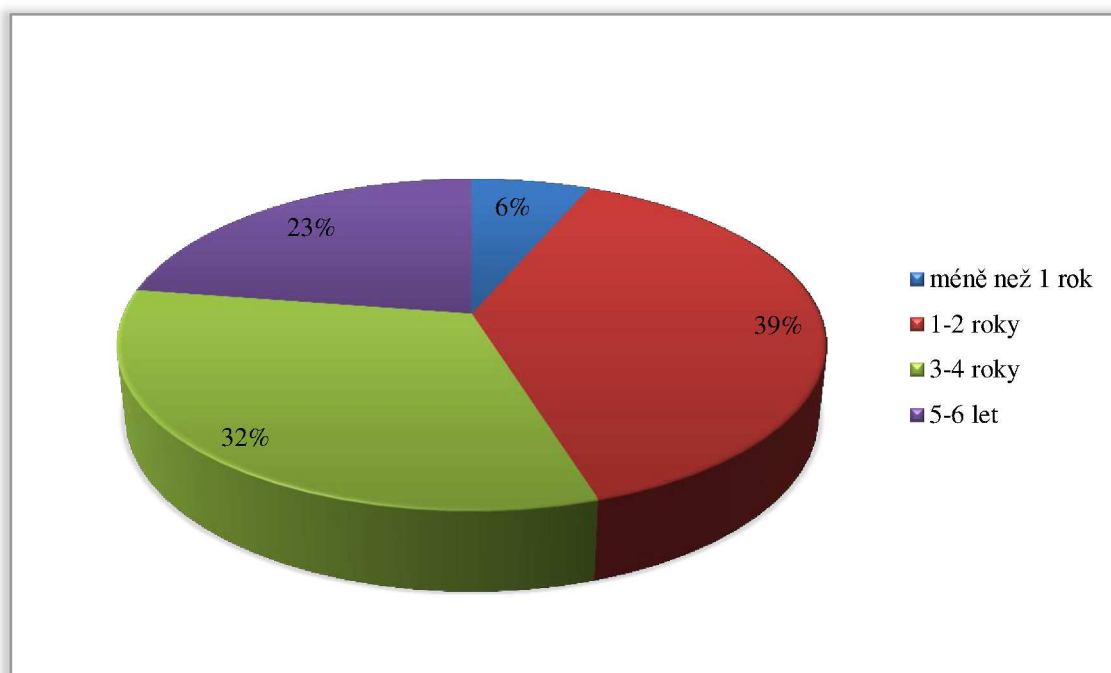


Obrázek 4 Grafické znázornění respondentů dle vztahu k osobě s demencí

Otázka č. 5 – Jak dlouho se staráte o osobu s demencí (v letech)?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-4 roky
- d) 5-6 let

Cílem této otázky bylo zjistit, jak dlouho se starají pečující o osobu s demencí. Tato otázka je opět ponechána otevřená. Nejdelší doba délky trvání péče byla 6 let, naopak nejkratší doba byla 4 měsíce. Počet let je rozdělen do následujících skupin. Délku trvání péče 5 – 6 let uvedlo 7 (23 %) respondentů a dobu 3 – 4 roky 10 (32 %) respondentů. Největší počet pečujících 12 (39%) pečuje o osobu s demencí 1 – 2 roky. Méně než 1 rok uvedli 2 (6 %) respondenti. Výsledky jsou zobrazeny níže, viz Obrázek 5.

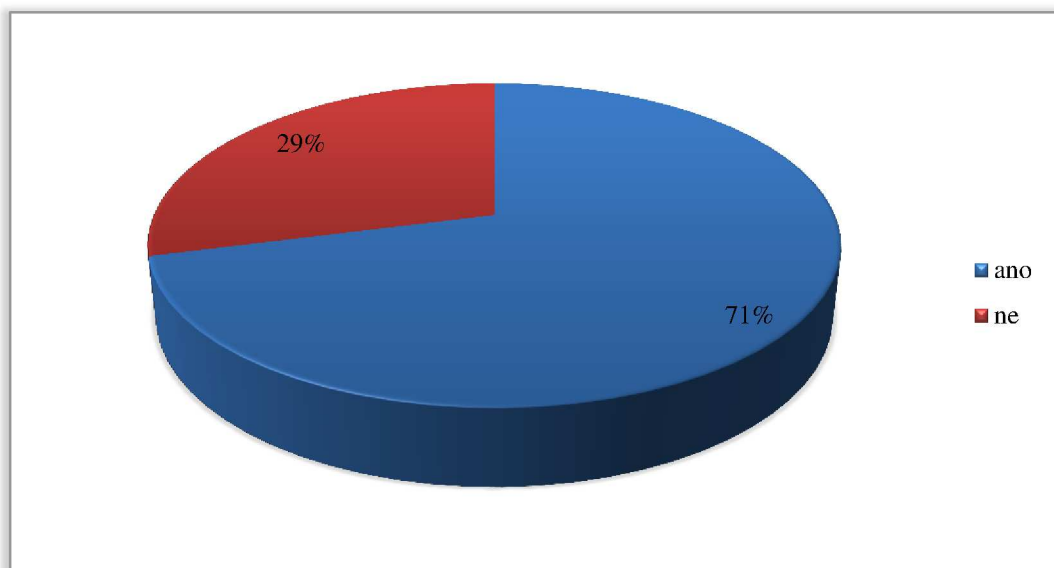


Obrázek 5 Grafické znázornění respondentů podle délky trvání péče o osobu s demencí

Otázka č. 6 – Využíváte pomoci dostupných zdravotních a sociálních služeb?

- a) Ano
- b) Ne

Tato otázka se zabývá tím, jestli pečující využívají pomoci dostupných zdravotních a sociálních služeb. Pomoci zdravotních a sociálních služeb využívá 22 (71 %) respondentů. 9 (22 %) odpovědělo, že nevyužívá pomoci zdravotních a sociálních služeb, viz Obrázek 6.



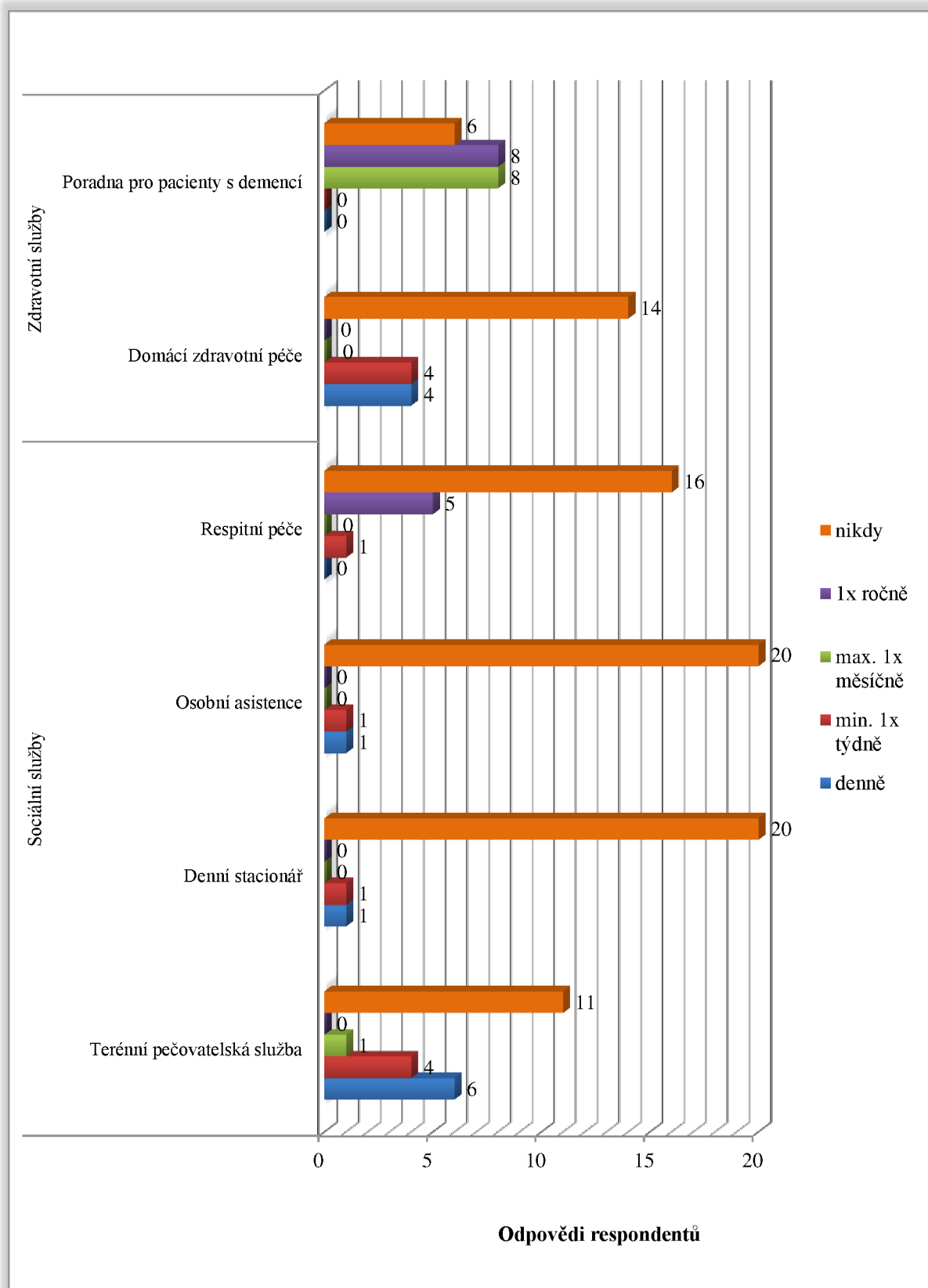
Obrázek 6 Grafické znázornění respondentů podle využívání zdravotních a sociální služeb

Odpověď Ano - Využíváte pomoci dostupných zdravotních a sociálních služeb, tak jakých?

Tabulka 1 Využívání dostupných zdravotních a sociálních služeb

	1 denně	2 min. 1x týdně	3 max. 1x měsíčně	4 1x ročně	5 nikdy
Terénní pečovatelská služba	1	2	3	4	5
Denní stacionář	1	2	3	4	5
Osobní asistence	1	2	3	4	5
Respitní péče (odlehčovací služba)	1	2	3	4	5
Domácí zdravotní péče	1	2	3	4	5
Ambulance/poradna pro pacienty s demencí	1	2	3	4	5
Jiné prosím uveďte	1	2	3	4	5

Cílem bylo zjistit jaké zdravotní a sociální služby pečující využívají. Na tuto podotázku odpovídali respondenti, kteří na otázku č. 6 odpověděli ano, z celkového počtu 31 (100%) to bylo 22 (71%) respondentů. Respondenti vyznačovali u jednotlivých služeb, v jakém časovém úseku je využívají. Terénní pečovatelskou službu využívá denně 6 (19 %) respondentů, min. 1x týdně 4 (13 %) respondenti, max. 1x měsíčně 1 (3 %) respondent, 1x ročně 0 (0 %) respondentů a nikdy 11 (36 %) respondentů. Denní stacionář využívá denně 1 (3 %) respondent, min. 1x týdně 1 (3 %), max. 1x měsíčně i 1 x ročně nikdo (0 %) a nikdy 20 (65 %) respondentů. Službu denní asistence využívá denně 1 (3 %) respondent, min. 1x týdně 1 (3 %), max. 1x měsíčně i 1x ročně žádný (0 %) a nikdy 20 (65 %) respondentů. Respitní péči denně nevyužívá nikdo (0 %), min. 1x týdně 1 (3 %) respondent, max. 1x měsíčně 0 (0 %) respondentů, 1x ročně 5 (16 %) respondentů a nikdy 16 (52 %) respondentů. Domácí zdravotní péči využívají denně 4 (13 %) respondenti, min. 1x týdně 4 respondenti (13 %), max. 1x měsíčně i 1x ročně nikdo (0 %) a nevyužívá nikdy 14 (45 %) respondentů. Ambulanci či poradnu pro pacienty s demencí nevyužívá denně a min. 1x týdně nikdo (0 %), max. 1x měsíčně 8 (26 %) respondentů, 1x ročně 8 (26 %) respondentů a nikdy 6 (19 %) respondentů. Výsledky jsou zobrazeny níže Obrázek 7.

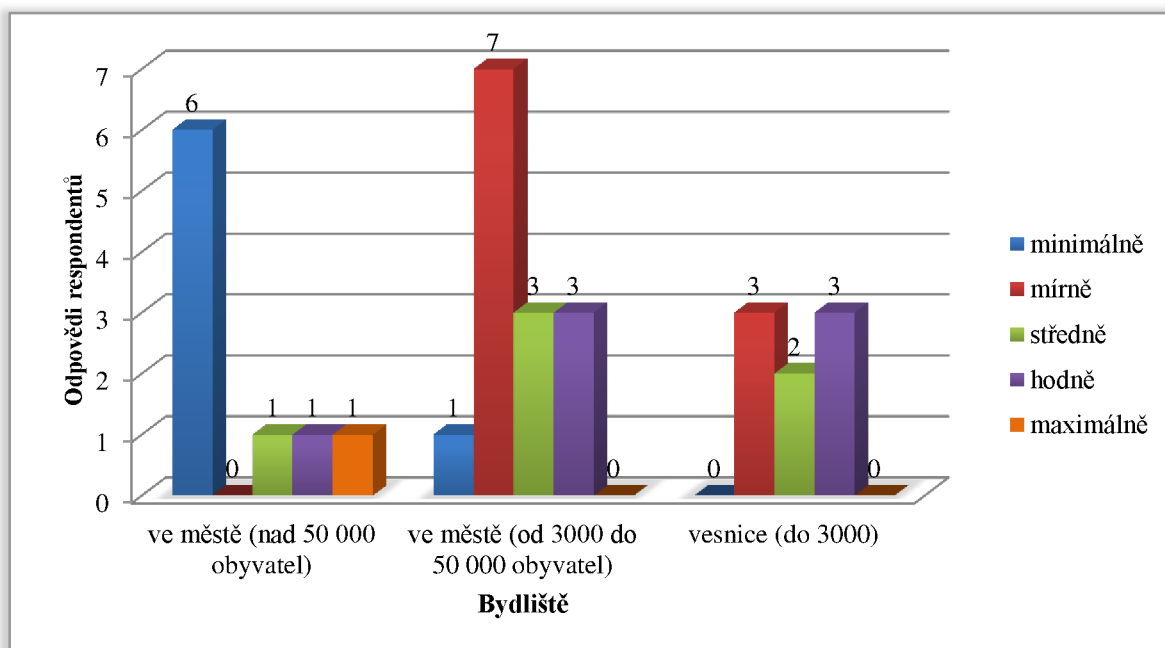


Obrázek 7 Grafické znázornění respondentů, kteří využívají zdravotních a sociálních služeb

Otázka č. 7 – Jak ovlivňuje Vaše místo bydliště využívání zdravotních a sociálních služeb

- a) 1- Minimálně
- b) 2- Mírně
- c) 3- Středně
- d) 4- Hodně
- e) 5- Maximálně

V této otázce bylo cílem zjistit využívání zdravotních a sociálních služeb podle místa bydliště pečujícího. Výsledky jsou dále pro lepší upřesnění rozděleny podle místa bydliště. Ve městě nad 50 000 obyvatel ovlivňuje využívání zdravotních a sociálních služeb minimálně 6 (19 %) respondentů, mírně 0 (0 %), středně 1 (3 %) respondentem, hodně 1 (3 %) a maximálně 1 (3 %). Respondenti ve městě od 3000 do 50 000 obyvatel mají pocit, že využívání zdravotních a sociálních služeb ovlivňuje minimálně 1 (3 %) respondentem, mírně 7 (23 %) respondentů, středně 3 (10 %) respondenty, hodně 3 (10 %) a maximálně nikoho. Na vesnici do 3000 obyvatel ovlivňuje využívání zdravotních a sociálních služeb minimálně 0 (0 %) respondentů, mírně 3 (10 %) respondenty, středně 2 (6 %), hodně 3 (10 %) a maximálně nikdo. Přičemž celková průměrná hodnota je 2,52 tedy už středně. Výsledky jsou uvedeny níže v Obrázku 8.

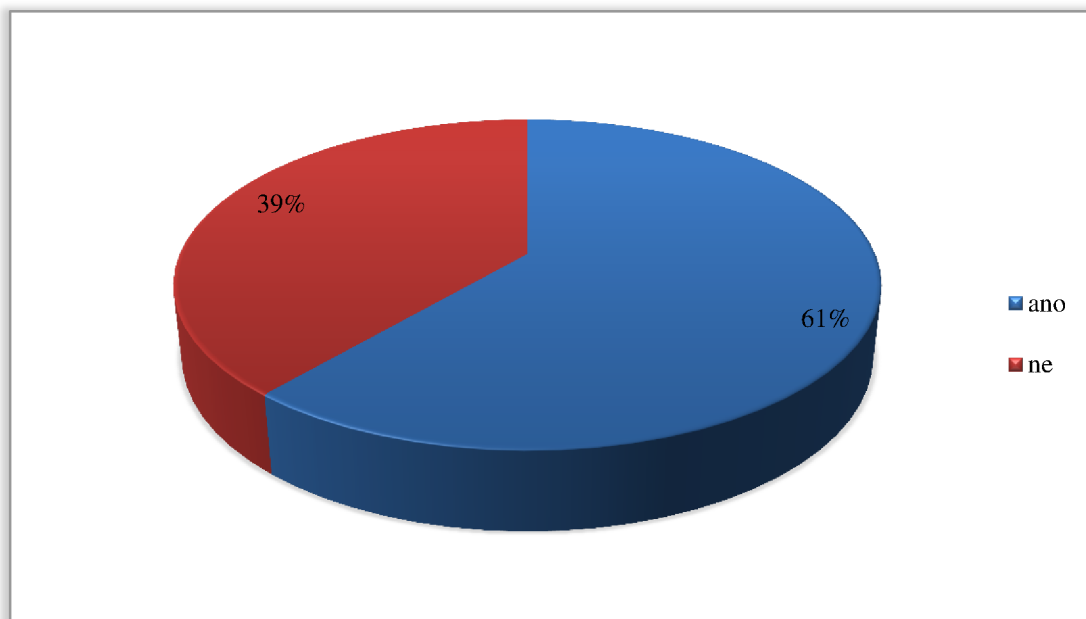


Obrázek 8 Grafické znázornění respondentů podle ovlivnění místa bydliště.

Otázka č. 8 – Pobíráte sociální dávky na péči o nemocného?

- a) Ano
- b) Ne

Tato otázka se vztahovala na pobírání sociálních dávek na péči o osobu s demencí. Sociální dávky na péči o nemocného pobírá 19 (61 %) pečujících. Na nepobírání sociálních dávek odpovědělo 12 (39 %) respondentů. Výsledky jsou uvedeny níže v Obrázku 9.

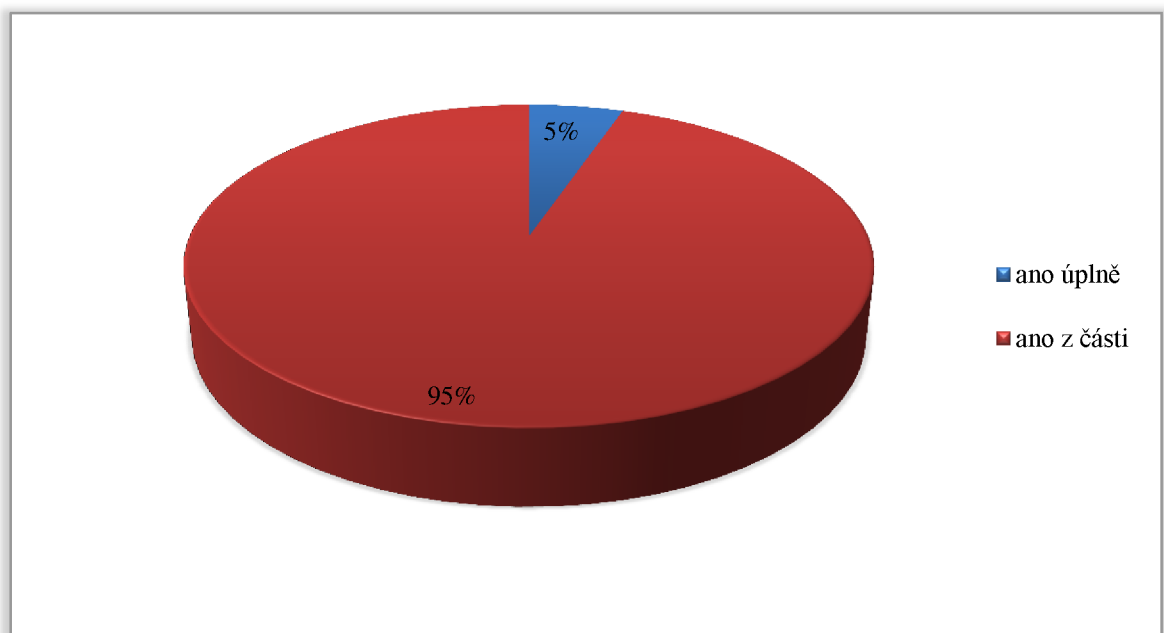


Obrázek 9 Grafické znázornění respondentů podle pobírání sociálních dávek

Otázka č. 9 Pokrývají sociální dávky náklady, které využíváte na péči o osobu s demencí?

- a) Ano úplně
- b) Ano z části
- c) Ne

Cílem této otázky bylo zjistit, jak pokrývají sociální dávky náklady na péči o osobu s demencí. Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, kteří na otázku č. 8 odpověděli ano, což bylo 19 (61 %) respondentů. Částečné pokrytí nákladů sociálními dávkami na péči o osobu s demencí uvedlo 18 (58 %) respondentů. Úplné pokrytí nákladů označil 1 (3 %) respondent. Odpověď, že sociální dávky nepokrývají náklady vůbec, neoznačil nikdo 0 (0 %), viz Obrázek 10.

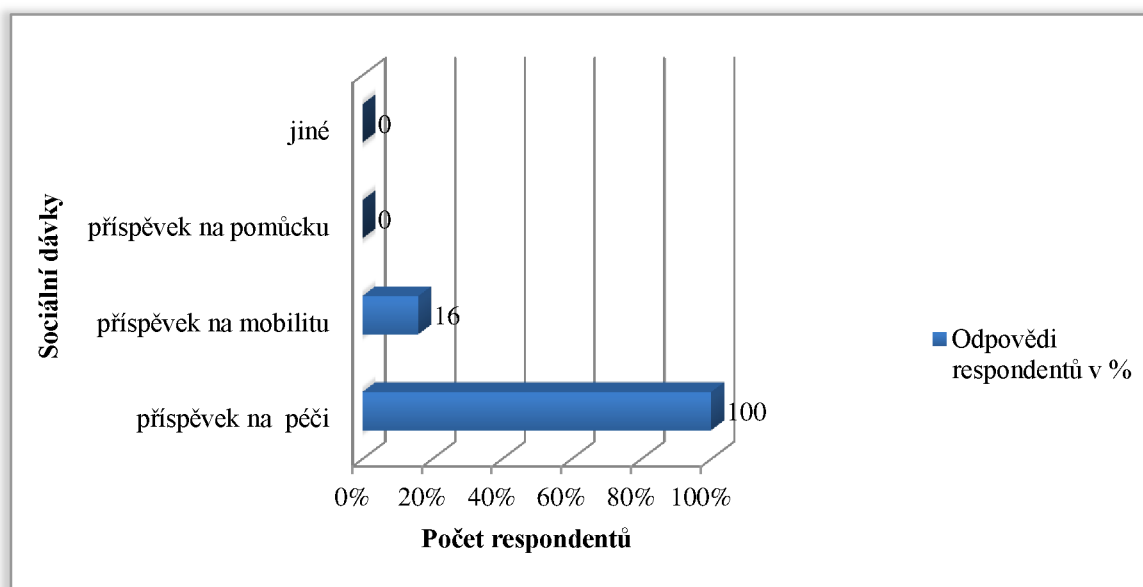


Obrázek 10 Grafické znázornění respondentů dle pokrytí nákladů sociálních dávek na péči

Otázka č. 10 – Jaké sociální dávky pobíráte?

- a) Příspěvek na péči
- b) Příspěvek na mobilitu
- c) Příspěvek na pomůcku
- d) Jiné, prosím uveďte

Cílem bylo zjistit, jaké sociální dávky pobírají pečující na klienta s demencí. Na tuto otázku z celkového počtu 31 (100 %) odpovídali také respondenti, kteří na otázku č. 8 odpověděli ano 19 (61 %). Respondenti mohli v této položce zakroužkovat více odpovědí. Z výsledku vyplývá, že 19 (100 %) respondentů pobírá na osobu s demencí příspěvek na péči. Příspěvek na mobilitu pro osobu s demencí pobírají 3 (16 %) respondenti. Příspěvek na pomůcku nebo jiné sociální dávky nepobírá žádný z pečujících, viz Obrázek 11.

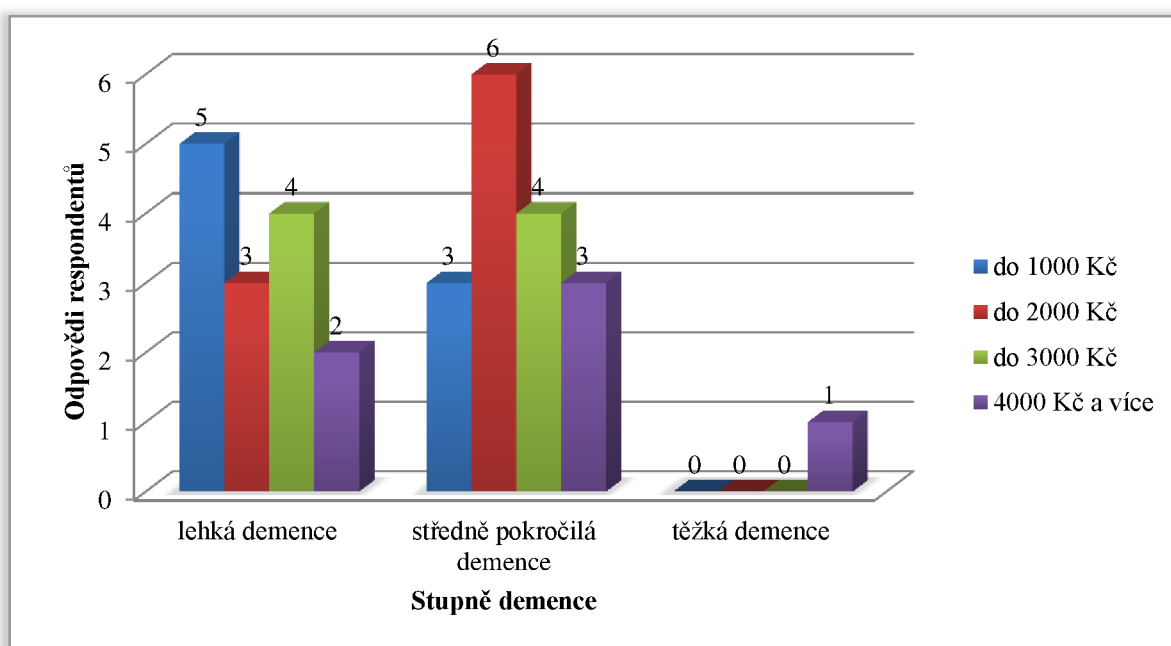


Obrázek 11 Grafické znázornění respondentů dle druhu pobírání sociální dávek

Otázka č. 11 – Jaké jsou finanční náklady na péči o osobu, o kterou pečujete (za měsíc)?

- a) do 1000 Kč
- b) do 2000 Kč
- c) do 3000 Kč
- d) 4000 a více Kč

Cílem této otázky bylo zjistit finanční náklady pečujícího v souvislosti s péčí o osobu s demencí. Pro lepší představu jsou finanční náklady rozděleny podle stupně demence. U lehkého stupně demence má finanční náklady do 1000 Kč 5 (16 %) respondentů, do 2000 Kč 3 (10 %) respondenti, do 3000 Kč 4 (13 %) a 4000 Kč a více 2 (6 %). U středně pokročilé demence označili finanční náklady do 1000 Kč 3 (10 %) respondenti, do 2000 Kč 6 (19 %) respondentů, do 3000 Kč 4 (13 %) respondenti a 4000 Kč a více 3 (10 %). U těžké demence byl pouze 1 (3 %) respondent a ten uvedl finanční náklady na péči 4000 Kč a více. Dosažené výsledky jsou zobrazeny níže v Obrázku 12.

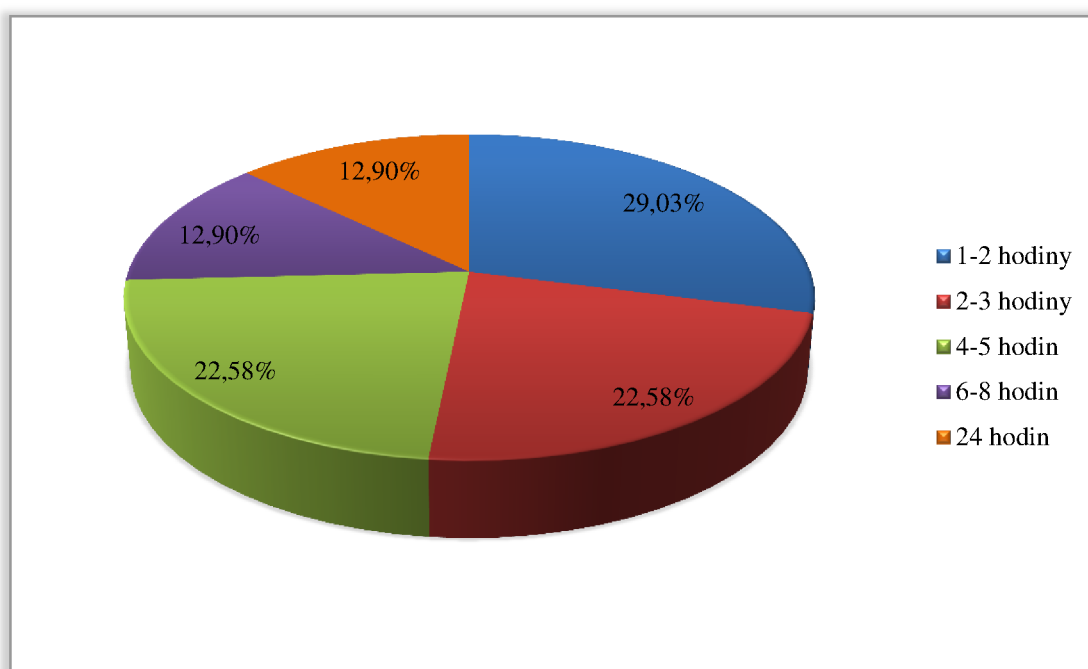


Obrázek 12 Grafické znázornění respondentů dle finančních nákladů na péči za měsíc

Otázka č. 12 – Kolik času Vám zabere denně péče o osobu s demencí?

- a) 1-2 hodiny
- b) 2-3 hodiny
- c) 4-5 hodin
- d) 6-8 hodin
- e) 24 hodin

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik času zabere pečujícímu denně péče o osobu s demencí. Tato otázka byla ponechána otevřená. Nejdelší doba času věnována na péči o osobu s demencí denně byla 24 hodin, naopak nejméně byla 1 hodina. Jednotlivé časové úseky jsou rozdělené do skupin. 1 – 2 hodiny péče denně zabere 9 (29,03 %) respondentům. 2 – 3 hodiny péče denně zabere 7 (22,58 %) respondentům. 4 – 5 hodin stráví 7 (22,58 %) pečujících denní péčí o osobu s demencí. 6 – 8 hodin zabere denní péče u 4 (12,90 %) respondentů. Péče 24 hodin uvedli 4 (12,90 %) respondenti. Výsledky jsou znázorněny níže v Obrázku 13.

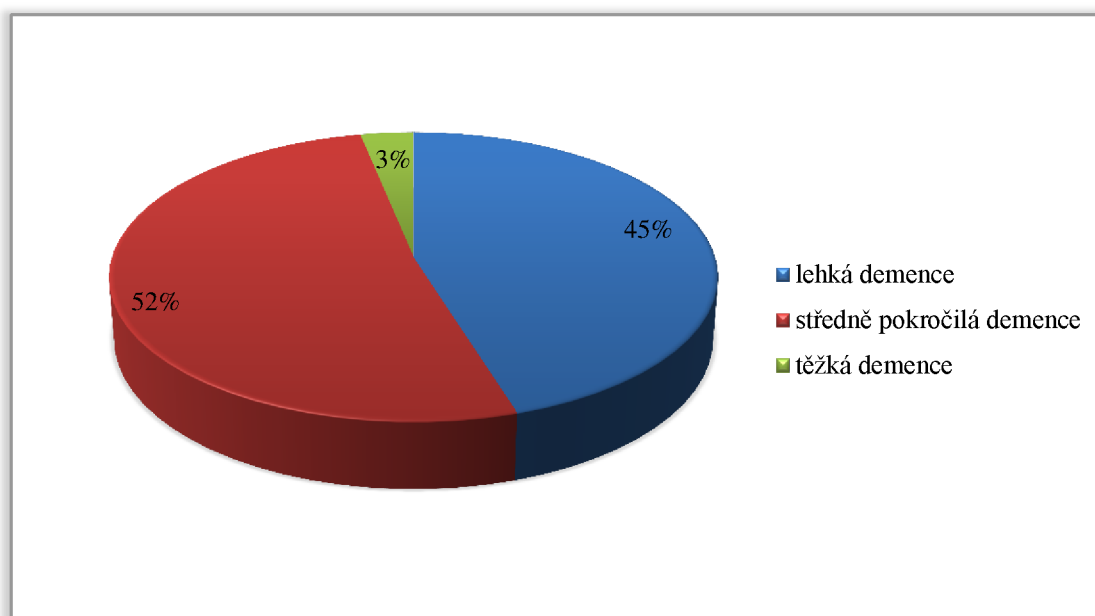


Obrázek 13 Grafické znázornění respondentů podle času věnovaný péči na osobu s demencí

Otázka č. 13 – Jaký stupeň demence má člověk, o kterého se staráte?

- a) **lehká demence** (příznaky: obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věcí, podezíravost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, vyžadující občasnou pomoc a dohled formou pečovatelské služby, rodinných příslušníků)
- b) **středně pokročilá demence** (příznaky: poruchami soudnosti, nekritičností, prohlubováním změn osobnosti, neschopností vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování, potřebou pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížnou komunikací, touláním, blouděním, podezíráním a stavy zmatenosti, nutnost pomoci v jednotlivých denních aktivitách, nutnost trvalejšího dohledu)
- c) **těžká demence** (příznaky: poruchami příjmu potravy, nerozpoznáním blízkých osob, nechápáním okolního dění, ztrátou schopnosti souvislé řeči, stavy zmatenosti, obtížnou chůzí, poruchami vylučování moči a stolice, úplnou ztrátou soběstačnosti)

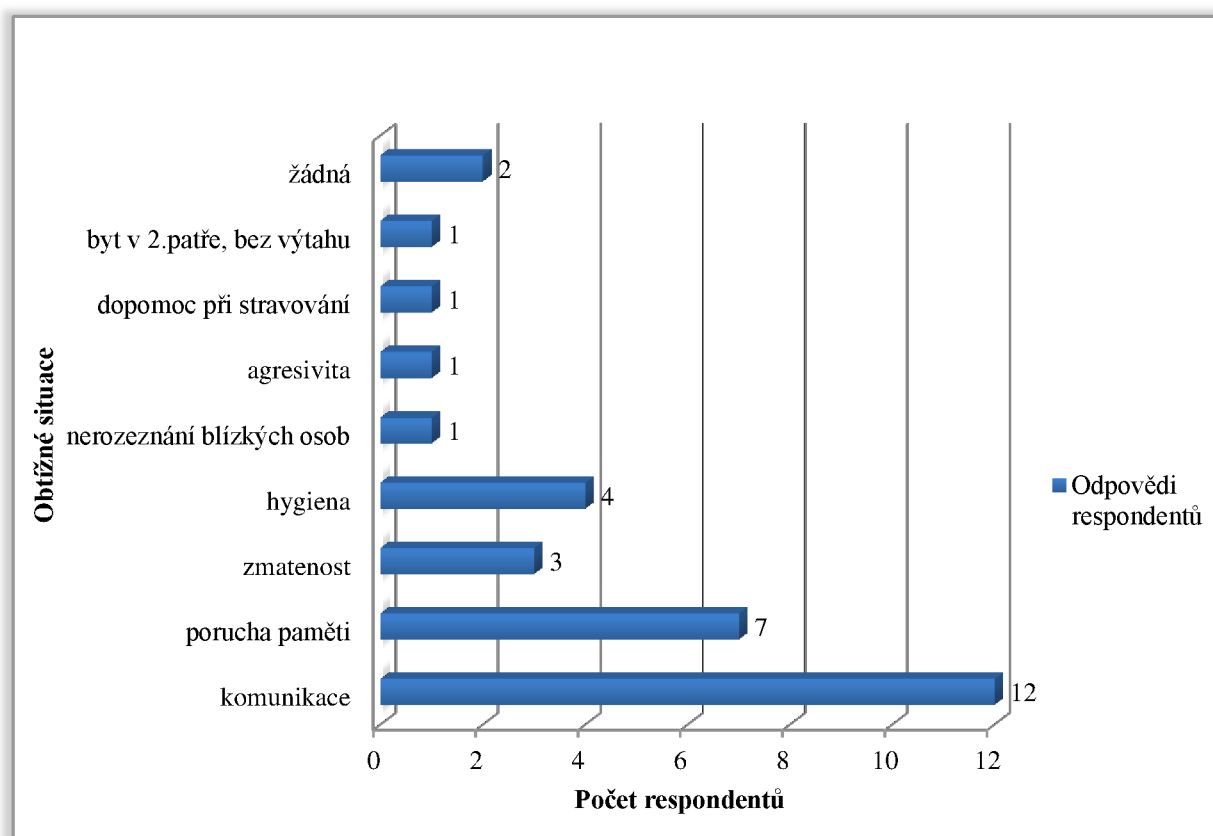
Cílem této otázky bylo zjistit stupeň demence u nemocného. Největší počet 16 (52 %) pečujících uvedlo, že osoba, o kterou se starají, má středně pokročilou formu demence. Lehká forma demence má svěřená osoba u 14 (45 %) pečujících. Naopak 1 (3 %) pečující uvedl, že osoba, o kterou pečuje, má těžkou formu demence. Výsledky jsou uvedeny níže v Obrázku 14.



Obrázek 14 Grafické znázornění stupně demence

Otázka č. 14 – Která situace je pro Vás při péči o osobu s demencí obtížná?

Tato otázka se zaměřovala na situaci, která je pro pečující nejobtížnější při péči o osobu s demencí a byla ponechána otevřená. Některé odpovědi pečujících jsou ponechány bez úpravy. Nejvíce obtížné pro pečující je komunikace s osobou s demencí, uvedlo to 12 (39 %) respondentů. Dále je pro 7 (23 %) respondentů obtížná porucha paměti osoby s demencí. Stav zmatenosti člověka s demencí trápí 3 (10 %) pečující. Problematická situace při péči pro 4 (13 %) respondenty je v oblasti hygieny. Další obtížné situace pro pečující jsou nerozeznání blízkých osob 1 (3 %); agresivita 1 (3 %); postarat se o pravidelné stravování 1 (3 %); byt v 2. patře, bez výtahu 1 (3 %) a ošetrovatelská péče 1 (3 %). Naopak 2 (6 %) respondenti uvedli, že pro ně není žádná situace obtížná, viz Obrázek 15.



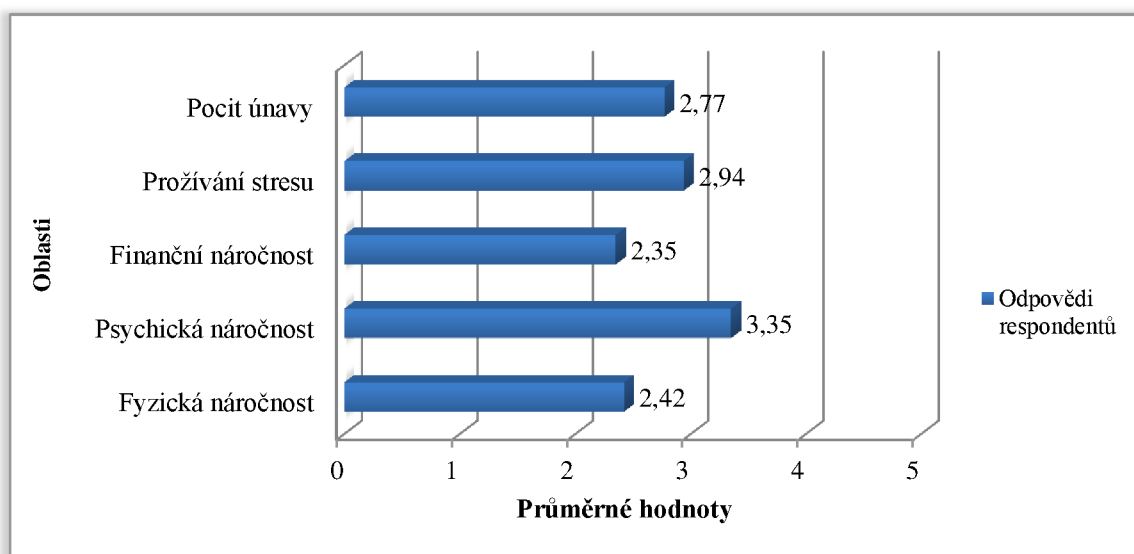
Obrázek 15 Grafické znázornění obtížných situací respondentů při péči

Otázky č. 15, 16, 17, 18, 19 – Zjišťovali náročnost péče o osobu s demencí

Tabulka 2 Náročnost péče o osobu s demencí

	1- minimálně	2- mírně	3- středně	4- hodně	5- maximálně
15. Je pro Vás péče o osobu s demencí fyzicky náročná?	1	2	3	4	5
16. Je pro Vás péče o osobu s demencí psychicky náročná?	1	2	3	4	5
17. Je pro Vás péče o osobu s demencí finančně náročná?	1	2	3	4	5
18. Prožíváte stres v souvislosti s péčí o osobu s demencí?	1	2	3	4	5
19. Cítíte únavu při péči o osobu s demencí?	1	2	3	4	5

K jednotlivým otázkám byli, dány stupně náročnosti péče, ve kterých mohli respondenti označit, jak moc je péče v určených oblastech zatěžuje. Následující výsledky jsou uvedeny v průměrných hodnotách. U fyzické náročnosti péče o osobu s demencí byl průměr odpovědi 2,42. Psychická náročnost péče o osobu s demencí pro dotazovaného pečujícího byla v průměru 3,35. Finanční náročnost péče byla v průměru 2,35. Stres v souvislosti s péčí o osobu s demencí prožívalo v průměru 2,94 respondentů. Pociťování únavy při péči bylo pečujícími hodnoceno v průměru 2,77. Z uvedených výsledků vyplývá, že pro respondenty v průměru do střední hodnoty spadá psychická náročnost péče, prožívání stresu v souvislosti s péčí a pocity únavy při péči. Dále fyzická a finanční náročnost péče o osobu s demencí byla v průměru pro respondenty mírná, viz Obrázek 16.

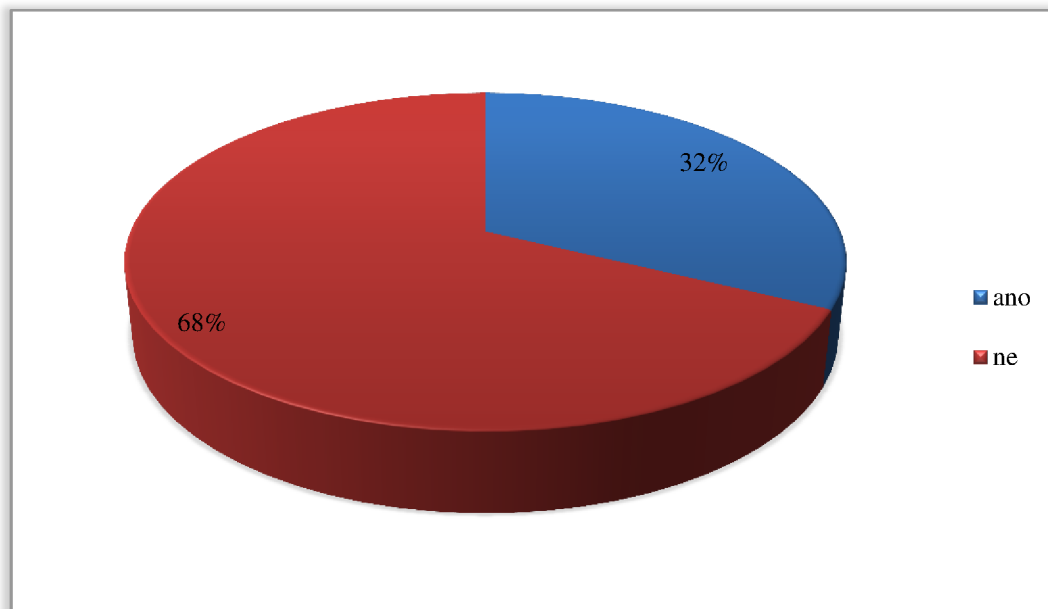


Obrázek 16 Grafické znázornění náročnosti péče pro respondenty

Otázka č. 20 – Myslíte si, že teď když pečujete o osobu s demencí, se méně stýkáte s přáteli?

- a) Ano
- b) Ne

Cílem bylo zjistit, zda se pečující méně stýkají s přáteli, když teď pečují o osobu s demencí. V této otázce si myslí 10 (32 %) pečujících, kteří se starají o osobu s demencí, že se méně stýkají s přáteli. Naopak 21 (68 %) respondentů, si nemyslí, že by se méně stýkali s přáteli, teď když pečují o osobu s demencí. Grafické znázornění výsledků je v Obrázku 17.

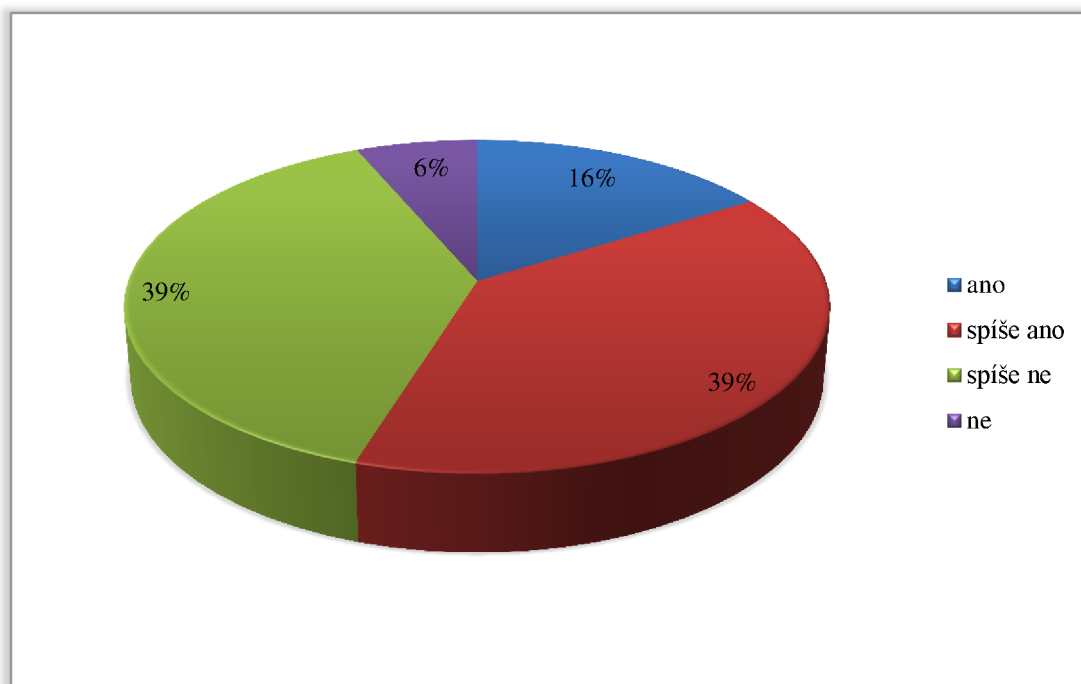


Obrázek 17 Grafické znázornění respondentů podle kontaktu s přáteli

Otázka č. 21 – Máte při péči o osobu s demencí, čas na své koníčky a zájmy?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tato otázka se zaměřovala na to, zda má pečující při péči o osobu s demencí čas na zájmy a koníčky. Odpověď ano označilo 5 (16 %) respondentů. Stejný počet respondentů měli odpovědi spíše ano 12 (39 %) a spíše ne 12 (39 %). Odpověď ne označili 2 (6 %) respondenti. Výsledky jsou uvedeny níže v Obrázku 18.

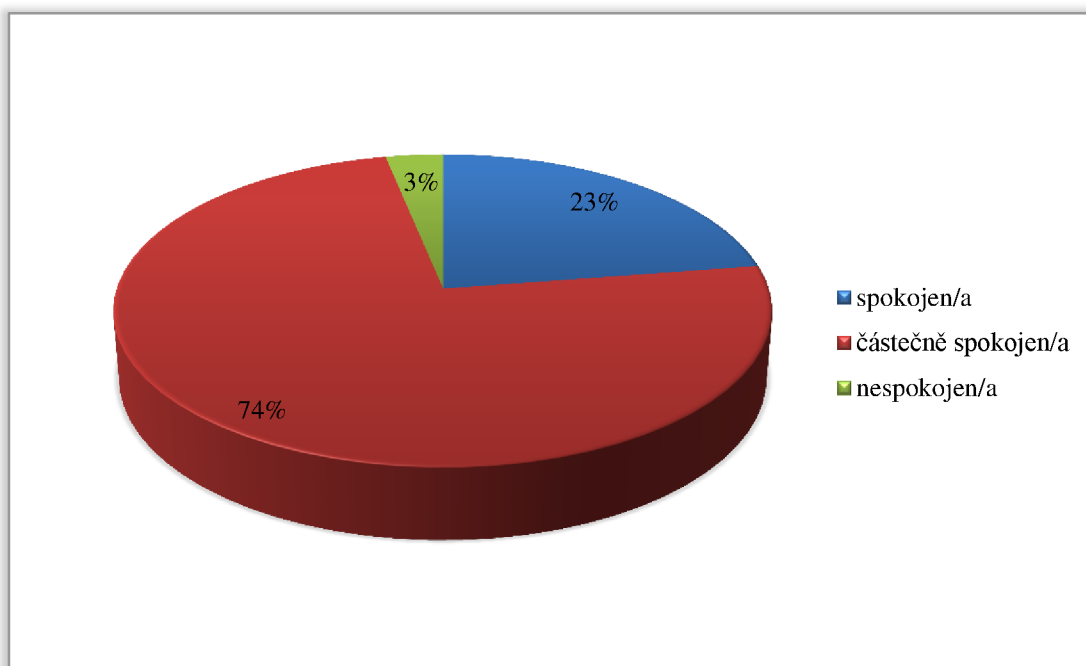


Obrázek 18 Grafické znázornění respondentů dle času na své zájmy

Otázka č. 22 – Jste celkově spokojen/a se svým životem?

- a) Spokojen/a
- b) Částečně spokojen/a
- c) Nespokojen/a

Tato otázka se zabývala celkovou spokojeností pečujících se svým životem. Se svým životem bylo spokojeno 7 (23 %) respondentů. Částečně spokojeno se svým životem bylo 23 (74 %) respondentů. Pouze 1 (3 %) respondent byl nespokojen se svým životem. Výsledky jsou zobrazeny níže v Obrázku 19.

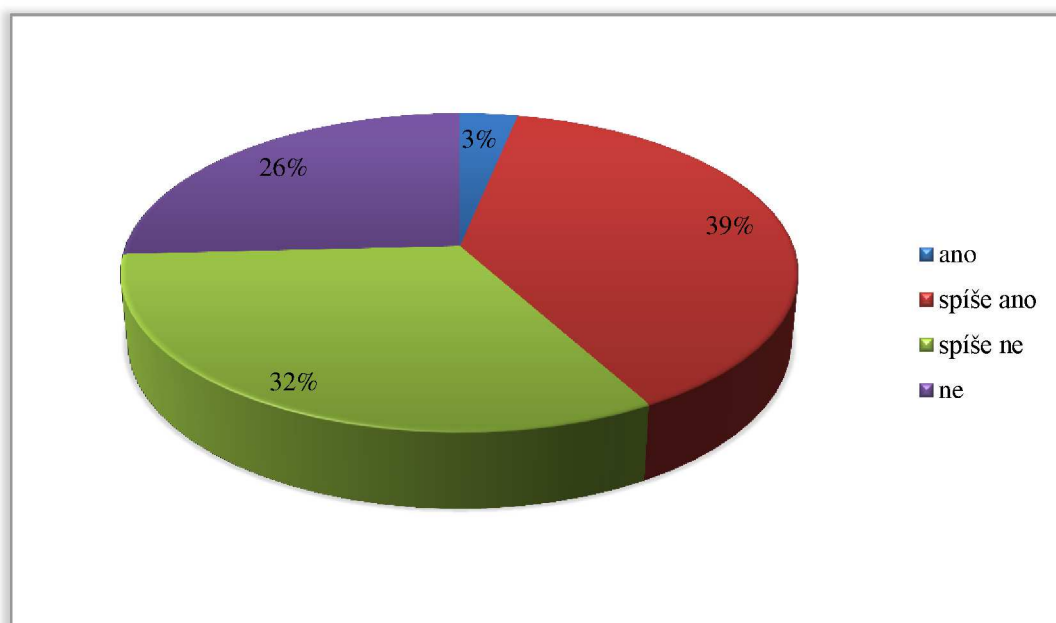


Obrázek 19 Grafické znázornění respondentů podle celkové spokojenosti se životem

Otázka č. 23 – Máte pocit, že již péči o osobu s demencí nezvládáte?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Poslední otázka byla zaměřená na pocity pečujícího, jestli je pro něj péče o osobu s demencí zvládnutelná či nezvládnutelná. Odpověď ano označil 1 (3 %) respondent. Nejvíce respondentů 12 (39 %) označilo odpověď spíše ano. 10 (32 %) respondentů uvedlo, že spíše ne. Naopak 8 (26 %) respondentů odpovědělo ne. Výsledky jsou zobrazeny níže, viz Obrázek 20.



Obrázek 20 Grafické znázornění respondentů podle zvládnání péče o osobu s demencí

6 Diskuze

Tato část práce se věnuje čtyřem stanoveným výzkumným otázkám, které se vyhodnocují pomocí zjištěných výsledků z otázek v dotazníku. Ke každé výzkumné otázce se vztahovaly určené dotazníkové otázky. Výsledky jsou pak dále porovnávány s jinými výsledky výzkumů a průzkumů.

Výzkumná otázka č. 1 – Jaké jsou nejčastější problémy pečujícího související s péčí o klienta s demencí?

K této výzkumné otázce, se vztahovaly dotazníkové otázky č. 12 a 14. Ty se týkaly časové náročnosti péče a situace, která je pro pečujícího při péči o osobu s demencí obtížná.

Z dosažených výsledků vyplývá, že nejčastější problémy při péči o klienta s demencí spočívají v komunikaci a v schopnosti domluvit se, poruchy paměti (krátkodobá paměť), hygienická péče o nemocného a zmatenost. Co se týče časové náročnosti, tak nejvíce respondentů uvedlo, že s péčí stráví 1 – 2 hodiny denně. Tato otázka, však mohla být ovlivněna větším počtem respondentů, kteří se starají o osobu s lehkým stupněm demence.

Podobné výsledky má ve své diplomové práci Votoček, z jehož výsledků vyplývá, že větší počet pečujících stráví s péčí o svěřenou osobu 1-3 hodiny denně. (Votoček, 2009, s. 67) Podle průzkumu, který provedla Radnice Prahy 8, jsou pro pečující rodinné příslušníky největší problémy psychická únava, časová náročnost péče, stálá přítomnost u blízké osoby a fyzická náročnost. (<http://www.senioripraha8.cz/aktuality/vysledky-pruzkumu-mezi-rodinnymi-prislusniky,-kteri-pecuji-o-seniory>)

Výzkumná otázka č. 2 – Jaký vliv má místo bydliště pečujícího, který žije ve společné domácnosti s klientem s demencí na využívání zdravotních a sociálních služeb?

Na druhou výzkumnou otázku se vztahovaly dotazníkové otázky č. 3, 6 a 7. Otázky se zaměřovali na místo bydliště, využívání zdravotních a sociálních služeb a ovlivnění místa bydliště na využívání zdravotních a sociálních služeb. Z celkového počtu 31 (100%) respondentů využívá pomoci zdravotních a sociálních služeb 22 (71%). Podle místa bydliště využívá zdravotních a sociálních služeb 6 respondentů žijící ve městě nad 50 000 obyvatel, 11

ve městě od 3000 do 50 000 obyvatel a 5 žijící na vesnici do 3000 obyvatel. Po rozdělení respondentů dle místa bydliště vyšlo, že pečující žijící ve městě nad 50 000 obyvatel ovlivňuje využívání zdravotních a sociálních služeb v průměru 2, to je mírně. Pečující, kteří bydlí ve městě od 3000 do 50 000 obyvatel, jsou ovlivněni v průměru 2,57 tedy už středně. U pečujících žijících na vesnici do 3000 obyvatel je pocit ovlivnění ve využití služeb v průměru 3, což je středně.

Z dosažených výsledků vychází, že místo bydliště ovlivňuje využívání zdravotních a sociálních služeb. Více než polovina pečujících, ať už bydlí ve městě nebo na vesnici využívá pomoci zdravotních a sociálních služeb. Ale jejich názor dle ovlivnění ve využití zdravotních a sociálních služeb podle místa bydliště je rozdílný. Jak jsem předpokládala, větší vliv pocítují respondenti žijící na vesnici než respondenti, kteří bydlí ve městě nad 50 000 obyvatel. Podle mého názoru u pečujících, kteří bydlí s osobou s demencí na vesnici, je problém ve využití zdravotních a sociálních služeb, jejich vzdálenost a doprava.

Podobné výsledky má ve své bakalářské práci Jirásková, kde využívá pomoci zdravotních či sociálních služeb 77 % pečovatelů. (Jirásková, 2011, s. 43) Využitím zdravotních a sociálních služeb pečujícími se zabýval ve své diplomové práci Votoček. Zjistil, že nevyužívá žádné služby 26,9 % respondentů, naopak 38 % využívá domácí péči, 25 % pečovatelskou službu, 20,4 % půjčování pomůcek, 14 % duchovní péči, 6,5 % osobní asistence, 1,9 % denní stacionář a 3,7 % jiné. (Votoček, 2009, s. 68)

Výzkumná otázka č. 3 – Jaké jsou finanční náklady pečujícího na péči o klienta s demencí v závislosti na stupni demence?

Na třetí výzkumnou otázku se vztahovaly dotazníkové otázky č. 11, 13 a 17. Tyto otázky jsou zaměřeny na finanční náklady vydané na péči, na stupeň demence u nemocného a finanční náročnost pro pečujícího. Z celkového počtu 31 (100 %) respondentů se 14 (45 %) stará o osobu s lehkým stupněm demence, středně pokročilou demenci má svěřená osoba u 18 (52 %) respondentů a těžkou demenci má klient u 1 (3 %) respondenta. Finanční náklady na péči pro pečujícího za měsíc u lehkého stupně demence vyšly v průměru 2 210 Kč. U středně pokročilé demence byly náklady na péči v průměru 2 440 Kč. Při těžké demenci byly finanční náklady v průměru 4000 Kč. Další otázka se týkala finanční náročnosti pro pečujícího. Respondenti, kteří se starají o klienta s lehkým stupněm demence, je finanční náročnost péče v průměru 2,07 tedy mírná. U středně pokročilé demence je finanční náročnost

v průměru 2,56, to už je středně. Při těžké demenci je finanční náročnost péče v průměru 2, to je mírná.

Z dosažených výsledků vyplývá, že stupeň demence ovlivňuje finanční náklady vydané na péči o klienta s demencí. Čím vyšší stupeň demence má osoba, o kterou se pečující stará, tím vyšší jsou náklady na péči za měsíc a zároveň větší finanční zátěž pro pečovatele. Finanční částku u těžkého stupně demence však nelze úplně porovnat, protože byl u ní pouze jeden respondent. Příčinou může být to, že starat se o osobu v těžkém stadiu demence v domácím prostředí je pro pečujícího už velice náročné a tak většinou nechává umístit svěřenou osobu do ústavního zařízení.

Finanční zátěží pro pečujícího se také zabývala ve své diplomové práci Kliková. Kde zjišťovala, v jaké oblasti pocítují respondenti největší zátěž, 11 % dotazovaných uvedlo zátěž finanční. (Kliková, 2009, s. 78) Finanční problémy v souvislosti v poskytování laické péče také zjišťovala Matisová ve své bakalářské práci, ve které 21 % respondentů vypovědělo, že má finanční problémy. (Matisová, 2012, s. 63)

Výzkumná otázka č. 4 – Jaký vliv má délka péče o klienta s demencí na bio-psycho-sociální složku pečujícího?

Ke čtvrté výzkumné otázce se vztahovaly dotazníkové otázky č. 5, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 a 23. Tyto otázky se týkaly délky péče, fyzické a psychické náročnosti, prožívání stresu při péči, pocitu únavy, kontaktu s přáteli, času na koníčky a zájmy, celkovou spokojeností se životem a zvládnutelnosti péče. Doba trvání péče o osobu s demencí je rozdělena do následujících skupin. O osobu s demencí se stará 5 – 6 let 7 (23 %) respondentů, 3 – 4 roky 10 (32 %) respondentů, 1 – 2 roky 12 (39 %) respondentů a méně než 1 rok 2 (6 %) respondenti.

Pro pečující, kteří se starají o osobu s demencí 5 – 6 let, je péče více psychicky náročná a zároveň při ní prožívají stres a pocitu únavy. Většina z nich spíše nemá čas na své zájmy a koníčky a je částečně spokojena se svým životem.

Pro většinu respondentů, kteří pečují o člověka s demencí 3 – 4 roky, je péče velmi náročná fyzicky a psychicky, také i prožívání stresu a pocitu únavy při péči. Méně kontaktu s přáteli pocítuje polovina pečujících, více než polovina nemá čas na své zájmy a koníčky. Všichni jsou částečně spokojeni se svým životem a většina nezvládá péči o osobu s demencí.

U respondentů pečujících o svého blízkého s demencí 1 – 2 roky, je péče více náročná v oblasti psychiky a méně než polovina je částečně spokojena se svým životem.

Při péči méně než 1 rok je pro respondenty péče náročná v oblasti fyzické, psychické, v prožívání stresu a pocity únavy. Zároveň jsou částečně spokojeni se svým životem.

Z dosažených výsledků vyplývá, že v oblasti fyzické (únava) a psychické (prožívání stresu) je péče více náročnější pro pečující, kteří se starají o osobu s demencí 3 – 4 roky. Respondenti v předchozí skupině se také nejméně stýkají s přáteli a zároveň mají nejméně času na své koníčky a zájmy. Jenom částečně spokojeni se svým životem jsou pečující, u kterých je délka péče 3 - 4 roky a méně než 1 rok. Pečovatelé, kteří se starají o člověka s demencí 3 – 4 roky mají ze všech ostatních skupin nejvíce pocit, že péči už nezvládají. Bio-psycho-sociální složka pečujícího je nejvíce ovlivněna u respondentů, kteří se starají o klienta s demencí 3 – 4 roky. Překvapilo mě, že nejsou více zatíženi pečovatelé, kteří pečují 5 – 6 let. Důvodem podle mě může být nižší počet respondentů v této skupině nebo tito respondenti mají více zkušeností s péčí či využívají více pomoci zdravotních a sociálních služeb.

Soukupová ve své bakalářské práci zjišťovala pocity pečujících při péči o osobu se syndromem demence. Dotazovaní nejčastěji uváděli únavu, pocity bezmocnosti a beznaděje, strach o nemocného, pocity zlosti a hněvu vůči blízkému a také pocity osamělosti. Dále uvádí, že respondenti nenavštěvují moc kulturní a společenské akce. Nejčastější důvody jsou pocity velké únavy, nechtějí jít bez nemocného či pocity viny, že se jdou bavit bez blízkého. (Soukupová, 2008, s. 46, 51)

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob. Cílem bylo zjistit, jaké mají problémy pečující při péči o osobu s demencí v domácím prostředí. Na tomto podkladě byly vytvořeny čtyři dílčí cíle a k nim vztahující se výzkumné otázky. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu byly vytvořeny z celkového počtu 31 respondentů. Cíle výzkumu byly splněny.

Díky této bakalářské práci jsem mohla blíže nahlédnout do problematiky pečujících o klienty s demencí v domácím prostředí. Pro pečující a jeho rodinu je péče velice náročná po stránce fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Myslím si, že je velmi důležitá podpora a pomoc ostatních členů rodiny. Dle mého názoru ulehčuje péči také využívání zdravotních a sociálních služeb. I když péče o osobu s demencí z pohledu okolí se zdá být jednoduchá, tak ve skutečnosti je to práce velmi těžká, málo oceněná a zároveň obdivuhodná.

Na základě teoretických a praktických poznatků bych měla několik doporučení pro praxi. Za prvé z výzkumu vyplynulo, že na využití zdravotních a sociálních služeb má vliv místo bydliště. Z tohoto důvodu by bylo dobré zajistit větší dostupnost zdravotních a sociálních služeb pro pečující i v menších městech. Problémem je také umístění blízkého s demencí do institucionální péče. Příčinou je buď nízký počet volných míst v zařízení zdravotních a sociálních služeb nebo nedostatek specializovaných zařízení zaměřené na klienty s demencí. Východiskem by bylo navýšení kapacity v zařízeních zdravotních a sociálních služeb či zřídit více specializovaných zařízení pro osoby s onemocněním demence. Dále si myslím, že je problém i v informovanosti o onemocnění demence a o samotné nabídce zdravotních a sociálních služeb. To lze vyřešit umístěním letáčků a brožurek o nemoci demence a možné nabídce zdravotních a sociálních služeb do čekáren u ordinace praktického lékaře, do ambulance na gerontologii, neurologii a psychiatrii. Pečující by se také měl aspoň pokusit zapojit do péče i širší rodinu, aby nezůstali všechny starosti jenom na něm. Předešel by tak předčasnému vyčerpání z péče o osobu s demencí až syndromu vyhoření.

8 Soupis bibliografických citací

Tištěné zdroje:

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I.: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. BUIJSSEN, Huub. *Demence průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
4. FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci: Příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2.vyd. Praha: Galén, 2011. 54 s. ISBN 978-80-7262-760-8.
5. FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 72 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
6. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
7. JIRÁK, Roman a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
8. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
9. KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 138 s. ISBN 978-80-247-2362-4.
11. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
12. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
13. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
14. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učební pro obor sociální činnost*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

15. OREL, Miroslav, FACOVÁ, Věra a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
16. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
17. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
18. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
19. PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra: Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. 158 s. ISBN 978-80-87142-19-6.
20. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.
21. REKTOROVÁ, Irena a kol. *Kognitivní poruchy a demence*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
23. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje

1. Co je demence: Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence. *Česká Alzheimerovská společnost* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>
2. ČALS. *Česká Alzheimerovská společnost* [online]. ©2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>
3. JIRÁSKOVÁ, Veronika. *Alzheimerova choroba v rodině* [online]. Pardubice, 2011. 77 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Astrid Matějková. [cit. 2014-05-13]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39003/1/JiraskovaV_AlzheimerovaChoroba_AM_2011.pdf.
4. KLIKOVÁ, Alena. *Hodnocení zátěže u neprofesionálních pečovateli o seniory* [online]. Brno, 2009. 136 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra

- ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D. [cit. 2014-05-13]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/72303/lf_m/Diplomova_prace_Klikova.pdf
5. LUDKOVÁ, Vladimíra. Výsledky průzkumu mezi rodinnými příslušníky, kteří pečují o seniory. *Senioři Praha 8* [online]. 2013 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://senioripraha8.cz/aktuality/vysledky-pruzkumu-mezi-rodinnymi-prislusniky,-kteri-pecuji-o-seniory>
 6. MATISOVÁ, Eliška. *Kvalita života rodinných pečujících* [online]. Pardubice, 2012. 77 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská. [cit. 2014-05-13]. Dostupné z: https://dspace.upce.cz/bitstream/10195/48528/3/MatisovaE_KvalitaZivota_MJ_2012.pdf
 7. Respirní péče. *Česká Alzheimerovská společnost* [online]. ©2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/respitni-pecce/>
 8. RUSINA, Robert a kol. Léčba pokročilé demence - paliativní přístup. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010, roč. 11, č. 1 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/06.pdf>
 9. Situace v ČR a ve světě. *Alzheimer Nadační fond* [online]. [2014] [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>
 10. SOUKUPOVÁ, Marta. *Kvalita života pečujících o osoby se syndromem demence* [online]. Hradec Králové, 2008. 95 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Mariana Bažantová. [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: file:///C:/Users/Kate%C5%99ina/Downloads/BPTX_2007_2_11150_F0308371_191397_0_58048.pdf
 11. VOTOČEK, Jiří. *Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory*. [online]. Brno, 2009. 121 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph. D. [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101121/lf_m/VOTOCEK__J._Kvalita_zivota_a_socialni_opora_pecujících_DP_.pdf
 12. Zdravotní postižení. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>
 13. Zdravotní postižení. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

9 Seznam příloh

Příloha A - Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, zachováváme klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta. Přizpůsobujeme se pomalému tempu trpících demencí.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách, téma hovoru náhle ani často neměníme.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nechápe, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda hovor přerušujeme, nebo zda skončil a my odcházíme.
9. Lidí s demencí nepodceňujeme, „nezvěčňujeme“, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme. Při běžné komunikaci uplatňujeme validaci, snažíme se využít a rozvíjet témata či jen slova, která klient vysloví.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Zdroj: KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

Příloha B - Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kateřina Bretová a jsem studentka Univerzity Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, obor Zdravotně-sociální pracovník. Ve své bakalářské práci se zabývám tematikou „Péče o klienty s demencí z pohledu pečujících osob“. Ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré informace z Vašich odpovědí budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

U jednotlivých otázek zaškrtněte prosím jednu vhodnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete k vyplnění dotazníku.

1. Jakého jste pohlaví
 - a) Žena
 - b) Muž
2. Kolik je Vám let?
3. Bydlíte?
 - a) Ve městě (nad 50 000 obyvatel)
 - b) Ve městě (do 50 000 obyvatel)
 - c) Na vesnici (do 3000 obyvatel)
4. V jakém jste vztahu s osobou, o kterou pečujete?
.....
5. Jak dlouho se staráte o osobu s demencí (v letech)?
6. Využíváte pomoci dostupných zdravotních a sociálních služeb?
 - a) Ano
 - b) Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO tak jakých?

	1 denně	2 min. 1x týdně	3 max. 1x měsíčně	4 1x ročně	5 nikdy
Terénní pečovatelská služba	1	2	3	4	5
Denní stacionář	1	2	3	4	5
Osobní asistence	1	2	3	4	5
Respitní péče (odlehčovací služba)	1	2	3	4	5
Domácí zdravotní péče	1	2	3	4	5
Ambulance/poradna pro pacienty s demencí	1	2	3	4	5
Jiné prosím uveďte	1	2	3	4	5

7. Jak ovlivňuje Vaše místo bydliště využívání zdravotních a sociálních služeb?
 - a) 1- Minimálně
 - b) 2- Mírně
 - c) 3- Středně
 - d) 4- Hodně
 - e) 5- Maximálně

8. Pobíráte sociální dávky na péči o nemocného?
 a) Ano
 b) Ne
 V případě, že **NEPOBÍRÁTE** sociální dávky, pokračujte prosím otázkou **číslo 11**.

9. Pokrývají sociální dávky náklady, které využíváte na péči o osobu s demencí?
 a) Ano úplně
 b) Ano z části
 c) Ne vůbec

10. Jaké sociální dávky pobíráte (možno zakroužkovat více odpovědí)?
 a) Příspěvek na péči
 b) Příspěvek na mobilitu
 c) Příspěvek na pomůcku
 d) Jiné, prosím uveďte

11. Jaké jsou finanční náklady na péči o osobu, o kterou pečujete (za měsíc)?
 a) do 1000 Kč
 b) do 2000 Kč
 c) do 3000 Kč
 d) 4000 a více Kč

12. Kolik času Vám zabere denně péče o osobu s demencí?

13. Jaký stupeň demence má člověk, o kterého se staráte?
 a) **lehká demence** (příznaky: obtížné dorozumívání, zapominání, zakládání věcí, podezřívavost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudivost na známých místech, vyžadující občasnou pomoc a dohled formou pečovatelské služby, rodinných příslušníků)
 b) **středně pokročilá demence** (příznaky: poruchami soudnosti, nekritičností, prohlubováním změn osobnosti, neschopností vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování, potřebou pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížnou komunikací, touláním, bloudivostí, podezíráním a stavy zmatenosti, nutnost pomoci v jednotlivých denních aktivitách, nutnost trvalejšího dohledu)
 c) **těžká demence** (příznaky: poruchami příjmu potravy, nerozpoznáním blízkých osob, nechápáním okolního dění, ztrátou schopnosti souvislé řeči, stavy zmatenosti, obtížnou chůzí, poruchami vylučování moči a stolice, úplnou ztrátou soběstačnosti)

14. Která situace je pro Vás při péči o osobu s demencí obtížná?

	1-minimálně	2-mírně	3-středně	4-hodně	5-maximálně
15. Je pro Vás péče o osobu s demencí fyzicky náročná?	1	2	3	4	5
16. Je pro Vás péče o osobu s demencí psychicky náročná?	1	2	3	4	5
17. Je pro Vás péče o osobu s demencí finančně náročná?	1	2	3	4	5
18. Prožíváte stres v souvislosti s péčí o osobu s demencí?	1	2	3	4	5
19. Cítíte únavu při péči o osobu s demencí?	1	2	3	4	5

20. Myslíte si, že teď, když pečujete o osobu s demencí, se méně stýkáte s přáteli?
 a) Ano
 b) Ne

21. Máte při péči o osobu s demencí, čas na své koníčky a zájmy?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
22. Jste celkově spokojen/a s se svým životem?
- a) Spokojen/a
 - b) Částečně spokojen/a
 - c) Nespokojen/a
23. Máte pocit, že již péči o osobu s demencí nezvládáte?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne