



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Impulsy vedoucí k umístění seniora do domova se zvláštním režimem

Vypracoval: Andrea Lišková, DiS.
Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

11. 2. 2016

Andrea Lišková, DiS.

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala za trpělivost, připomínky a cenné rady paní PaedDr. Erice Nehrerové, Ph.D., která byla vedoucí mé bakalářské práce. Následně bych také chtěla poděkovat všem, kteří mi svou ochotou a vstřícným přístupem umožnili mou práci dokončit, a to zejména mému zaměstnavateli a rodinným příslušníkům uživatelů Domova se zvláštním režimem Vršovický zámeček v Praze. V neposlední řadě patří mé poděkování rodině, která mě v průběhu mého studia podporovala.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá tématem seniorů trpících Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence a důvody, které vedou k jejich umístění do domova se zvláštním režimem.

Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřena na aspekty stáří, a to jak z pohledu fyzických, psychických tak i sociálních aspektů. Dále popisuje onemocnění demencí či Alzheimerovou chorobou včetně problémového chování, které se u těchto diagnóz vyskytuje. V neposlední řadě je nutné věnovat se rodině seniora a to jak ve vztahu k samotnému seniorovi tak i ve vztahu k poskytovateli sociálních služeb. Poslední dvě kapitoly teoretické části charakterizují terénní, ambulantní a pobytové sociální služby určené seniorům s důrazem na domov se zvláštním režimem.

Praktická část mé bakalářské práce je realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky uživatelů pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem. Cílem praktické části je zmapovat různost impulsů, které vedou k umístění seniora do domova se zvláštním režimem a okolnosti s tím související.

Klíčová slova:

senior, demence, rodina, sociální služba, domov se zvláštním režimem

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the theme of senior with Alzheimer's disease or the other type of dementia and deals with reasons that lead to placement of seniors into the home with the special regime.

The theoretical part of my bachelor thesis is focused on aspects of the old age. It means physical, mental and social aspects of this age. This bachelor thesis describes diseases as dementia or Alzheimer's disease including problem behavior that occurs with these diagnoses. It's necessary to describe senior's family and the relationship between the senior and the providers of social services. The last two chapters of the theoretical part characterize field, outpatient and residential social services for seniors with emphasis on home with the special regime.

The practical part of my bachelor thesis is realized by qualitative research, specifically through interviews with family members of social service users at home with the special regime. The aim of the practical part is to map the diversity of impulses that lead to placement of seniors into the home with the special regime and the circumstances surrounding it.

Keywords:

senior, dementia, family, social service, home with the special regime

Obsah

ÚVOD	7
1 STÁŘÍ A JEHO ASPEKTY	9
1.1 FYZICKÉ ASPEKTY STÁŘÍ	9
1.2 PSYCHICKÉ ASPEKTY STÁŘÍ	10
1.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁŘÍ	11
2 DEMENCE	13
2.1 TYPY DEMENCÍ	13
2.2 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U DEMENCE	14
2.3 FORMY NEVHODNÉHO CHOVÁNÍ	15
2.4 KONKRÉTNÍ PROJEVY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	16
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	20
3.1 HISTORIE A SOUČASNOST ALZHEIMEROVY CHOROBY	20
3.2 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	21
4 SENIOR A JEHO RODINA	24
4.1 RODINA SENIORA – UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	24
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	26
5.1 TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	26
5.2 AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	27
5.3 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
6 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	30
6.1 ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	32
7 PRAKTICKÁ ČÁST	34
7.1 POPIS ZAŘÍZENÍ	34
7.2 CÍL VÝZKUMU	35
7.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR A JEHO CHARAKTERISTIKA	35
7.4 VÝZKUMNÉ METODY	36
7.5 ZPRACOVÁNÍ DAT A VÝSLEDKY	37
7.6 SHRNUTÍ VÝZKUMU.....	52
ZÁVĚR.....	54
RESUMÉ.....	56
ZDROJE	57

Úvod

Nedílnou součástí lidského života je také etapa nazývaná stáří. Ovšem kde se nachází věková hranice, za kterou se již člověk nachází v této životní etapě? Je to jistě velmi individuální záležitost. Někdo se cítí starý v 60ti letech, jiný v 70ti letech a naopak jsou i tací, kteří si ani v 80ti letech staří nepřipadají. Pro bakalářskou práci s názvem Impulsy vedoucí k umístění seniora do domova se zvláštním režimem je jako hranice stáří zvolen věk 65 let. Tato věková hranice je vybrána záměrně, neboť právě překročením tohoto věku se člověk stává seniorem zejména z hlediska příslušnosti k cílové skupině sociálních služeb poskytovaných ve velké části domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Z údajů zveřejněných Českým statistickým úřadem vyplývá, že dochází ke zvyšování počtů osob starších 65ti let. V roce 2001 bylo v České republice 1 410 571 osob starších 65ti let a v roce 2011 ve stejné věkové kategorii bylo při Sčítání lidu, domů a bytů zjištěno o 234 265 osob více, tedy celkem 1 644 836 osob. Z tohoto celkového počtu bylo 664 125 mužů a 980 711 žen. Přičemž v hlavním městě Praze žije dle této statistiky 201 029 osob, které jsou starší 65ti let (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD © 2015).

Má bakalářská práce je zaměřena na seniory trpící Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence a to zejména proto, že díky své praxi sociální pracovníce v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem sama vidím, že těchto osob stále přibývá a míst v pobytových sociálních službách jim určených je zoufale málo. A protože denně slýchávám nesčetně svízelných situací, které péči o takto nemocné seniory provází, ubírá se má bakalářská práce právě tímto směrem s důrazem na impulsy, které ovlivňují podání žádosti a následné umístění seniora v domově se zvláštním režimem.

Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřena na různé aspekty stáří – fyzické, psychické a sociální. Důležitou součástí práce je i popis jednotlivých typů demence se zaměřením na varovné signály onemocnění a jeho průběh. Jelikož toto onemocnění zasahuje i celé okolí nemocného, je potřebné se zmínit i o rodině, potažmo pečujících osobách, a o zvládání zátěžových situací. V neposlední řadě se zaměřuji na sociální služby poskytované seniorům počínaje terénními službami, přes služby ambulantní až po služby pobytové. Následně se bakalářská práce věnuje domovům se zvláštním režimem, které jsou určeny zejména osobám s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence.

Praktická část mé bakalářské práce analyzuje zejména důvody vedoucí k umístění seniora do domova se zvláštním režimem. Pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky či jinými blízkými osobami uživatelů sociální služby v domově se zvláštním režimem je zjišťováno, co předchází rozhodnutí podání žádosti do domova s následným umístěním do tohoto zařízení. Je důležité vědět, jaké jsou zátěžové situace v péči o nemocného a jaké jsou převládající motivy pečujících osob v procesu rozhodování o umístění seniora do zařízení poskytujícího sociální služby pro osoby s demencí.

1 Stáří a jeho aspekty

Každá etapa lidského života, ať už se jedná o dětství, dospívání a dospělost či stáří, s sebou přináší vždy něco nového. Jednotlivé životní fáze se vyznačují konkrétními a specifickými znaky. Proto se v této úvodní kapitole budu věnovat stáří a jeho aspektům fyzickým, psychickým a v neposlední řadě i sociálním.

Je nutné podotknout, že nelze tyto tři kategorie striktně rozdělovat, protože jsou navzájem propojené. Psychické a sociální aspekty se mnohdy označují společným výrazem, a to jako aspekty psychosociální. Spojitost je také mezi aspekty fyzickými a psychickými. Biologické změny se samozřejmě promítají do psychického stavu člověka a naopak. Mezi všemi kategoriemi tedy existuje souvislost (MALÍKOVÁ, 2011).

1.1 Fyzické aspekty stáří

Oblast fyzických aspektů je zaměřena na tělesné změny člověka související zejména s jeho věkem. Tělesné změny mají u každého jedince rozdílný průběh, intenzitu a souvisí také s nemocemi vyskytujícími se ve stáří. Pro tuto životní etapu je typické snížení celkové výkonnosti. Změny v oblasti tělesné můžeme rozdělit na dvě kategorie, a to změny vnitřní a vnější.

V kategorii změn vnitřních se jedná například o změny v oblasti nervové soustavy (zhoršení pohybových schopností, stability, motoriky, apod.), oběhové soustavy (cévní onemocnění, hypertenze, aj.) vylučovací soustavy (inkontinence) nebo třeba trávicí soustavy. Objevují se potíže se spánkem, kdy se může jednat o sníženou kvalitu spánku, obtížné usínání, časté buzení v noci nebo třeba brzké vstávání. V neposlední řadě také dochází ke změnám smyslů jako je zhoršení sluchu, čichu, chuti a zraku (kromě zhoršeného vidění se často objevuje i šedý či zelený zákal).

Seniory z důvodu snížení množství vápníku v kostech trápí často také osteoporóza a existuje vysoké riziko zlomenin. S přibývajícím věkem také dochází k ochabování svalstva, pro které je typické shrbené držení těla (MALÍKOVÁ, 2011).

Tělesné změny vychází mimo jiné z genetických dispozic a jsou ovlivněny i vnějšími vlivy. Samozřejmě se mohou projevit tělesné změny vycházející z faktorů jako je životní styl, výživa a předchozí způsob života celkově. Seniory také trápí častěji nemoci, nezdá se, že se jedná o větší počet chronických onemocnění. V takovém případě se jedná o tzv. polymorbiditu. Mezi nejčastější zdravotní potíže a onemocnění ve stáří patří cévní mozkové příhody, nemoci pohybového ústrojí, demence či deprese (VÁGNEROVÁ, 2007).

Změny vnější, tedy na první pohled rozpoznatelné, jsou typické pro většinu seniorů. Ve stáří dochází také k padání a šedivění vlasů. Většina seniorů má tenkou a vráscitou pokožku se sklony ke snadnému poranění, na které se objevují stařecké skvrny (MALÍKOVÁ, 2011).

1.2 Psychické aspekty stáří

Psychické aspekty významně ovlivňují stáří a život člověka vůbec. Mnohdy souvisí se změnami biologickými (MALÍKOVÁ, 2011). Změny psychické, které souvisí s tělesnou (biologickou) stránkou, jsou způsobeny např. atrofií mozku, tedy úbytkem mozkové tkáně. Další psychické změny oproti tomu mohou být původu psychosociálního. Tím je míněn určitý životní styl, zvyky a působení společnosti. V rámci této kategorie dochází ke změně kognitivních funkcí, např. je obtížnější zapamatovat si a využívat nové informace. U seniorů se objevují pomalejší reakce, déle jim trvá rozhodování. Velký vliv na psychický stav člověka má také sociální izolace nebo hospitalizace (VÁGNEROVÁ, 2007).

S přibývajícím věkem dochází ke zhoršování paměti. Uvádí se, že pokud člověk paměť trénuje během života, zůstává déle na dobré úrovni. Nejvíce pozorované jsou potíže epizodické paměti, které se týkají denních činností (např. problémy s vybavením, zda si vzali léky, co měli k obědu, apod.). Důležitá pro samostatnost člověka je i prospektivní paměť zahrnující např. plánování a řízení činností. Pokud je prospektivní paměť narušena, má jedinec potíže s dodržením posloupnosti a časového vymezení jednotlivých činností (VÁGNEROVÁ, 2007).

U seniorů dochází také ke změnám v oblasti rozumových schopností – intelektu. Příčiny jsou různé, mohou být biologické i sociální, kdy obě skupiny faktorů jsou vzájemně propojené. Patří sem vlivy genetické a sociální ve smyslu vzdělání, způsobu života, ale i vlastností. Velkou změnu rozumových schopností vyvolávají i různá onemocnění, zejména demence. Senioři využívají znalosti a schopnosti, které již mají osvojené z dřívějších dob a většinou se vyhýbají novým postupům a myšlenkám, mají raději stereotypy. Jakékoliv změny mohou znamenat pro seniory větší či menší psychickou zátěž, i když se jedná o změnu vnímanou kladně, pozitivně. U seniorů se častěji vyskytují deprese a úzkosti. Ve stáří dochází také k proměnám v emočním prožívání, kdy senioři mohou reagovat klidně, zpomaleně a jindy zase zcela opačně. Objevuje se i emoční rigidita nebo labilita. Emoční ladění samozřejmě souvisí s ostatními psychickými procesy (VÁGNEROVÁ, 2007).

1.3 Sociální aspekty stáří

V období stáří na člověka působí mnoho sociálních faktorů. Jedním z nejvýznamnějších sociálních aspektů stáří je odchod do důchodu, který s sebou přináší velké množství změn (MALÍKOVÁ, 2011). Každý jedinec prožívá odchod do důchodu individuálně. Odlišně ho prožívají muži a ženy. Hůře se s ním vyrovnávají muži, kteří jsou více orientováni na svou

kariéru a s ní spojený sociální status (VÁGNEROVÁ, 2007). S odchodem do důchodu a ukončením výdělečné činnosti se může také výrazně změnit finanční situace seniora (MALÍKOVÁ, 2011). Dochází ke změně okruhu osob, se kterými se senioři stýkají. Nejvíce času tráví se svou rodinou, ať už se jedná o partnera či děti nebo vnoučata. Mimo vlastní rodinu do okruhu blízkých osob patří také přátelé a sousedé. Může se také stát, že senioři naváží vztahy např. i v rámci hospitalizace (zejména v léčebně dlouhodobě nemocných) nebo při pobytu v domovech pro seniory. Často se ale objevuje spíše omezení společenských kontaktů, někdy dochází až k sociální izolaci. Senioři se z mnoha důvodů mohou cítit osamoceni. S přibývajícím věkem se sociální síť seniora spíše zužuje, kdy osamělost v období pozdního stáří je způsobena ztrátou partnera, sourozenců a vrstevníků. Problém také představuje fyzický stav, který mnohdy nedovoluje setkávání s blízkými osobami. Bariérou jsou často smyslová omezení v oblasti sluchu a zraku. Kromě stavu fyzického může být příčinou úbytku sociálních kontaktů stav psychický na základě onemocnění, jako je demence, deprese, apod. (VÁGNEROVÁ, 2007). S ohledem na výše uvedené je dalším výrazným a častým aspektem stáří, který také souvisí s možností společenského života seniora, jeho závislost na pomoci druhé osoby z důvodu narušené mobility či psychického stavu (MALÍKOVÁ, 2011).

2 Demence

Mírná zapomnětlivost ve stáří, nazývaná benigní, je běžná, ovšem je nutné umět rozlišit, kdy se už jedná o možný problém. Mnoho lidí také trpí mírnou kognitivní poruchou, kdy se člověku zhoršuje paměť, ale stále zvládá běžné denní činnosti. Velmi často dochází k dalšímu zhoršování paměti a následnému rozvinutí Alzheimerovy choroby. Často ale také stav zůstává neměnný. Pokud ale dochází k celkovému úbytku rozumových schopností, který je způsobený nemocí nebo poraněním mozku, jedná se o demenci. Nejčastěji je příčinou vzniku demence Alzheimerova choroba (GLENNER A KOL., 2012).

„Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1 – 5 % celkové populace, v 11 % u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL., 2009, s. 21).

2.1 Typy demencí

Jednotlivé typy demencí lze rozlišovat podle jejich příčiny na ty, jejichž důvodem vzniku jsou atroficko-degenerativní procesy a na demence symptomatické, které se ještě dále dělí na demence vaskulární a ostatní symptomatické (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL, 2009).

Atroficko-degenerativní demence

Vznik tohoto typu demence je spojen se snížením počtu nervových buněk a s poruchami jejich funkcí, dále s tvorbou a ukládáním patologických bílkovin, kdy dochází k dalším degenerativním procesům. Do této skupiny onemocnění patří zejména Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky nebo Parkinsonova choroba (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL, 2009).

Vaskulární demence

Tento typ demence vzniká poškozením mozkové tkáně cévními poruchami, především mozkovými infarkty (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL, 2009).

Ostatní symptomatické demence

Příčinou vzniku těchto demencí je celkové onemocnění organismu, které postihuje i mozek, dále intoxikace, infekce a záněty, úrazy nebo nádory mozku, apod. (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL, 2009).

2.2 Problémové chování u demence

Existuje mnoho pohledů a vymezení problémového chování jedince, není tedy pouze jedna jasná definice. Jinak také problémové chování vidí laická veřejnost a jinak se na chování člověka s demencí dívá profesionál (př. psycholog, lékař, pečovatel, apod.). Z tohoto hlediska je tedy těžké určit hranici, kde již začíná problémové chování. V rámci poskytování sociálních služeb chování klienta jako problémové označí pracovník. Je ale potřeba rozlišovat, zda se jedná opravdu o problémové chování klienta nebo o jednání, se kterým si pracovník sám neumí poradit. Proto je při práci s lidmi s demencí důležité další vzdělávání pracovníků, aby byli schopni si v těchto situacích poradit (HAUKE, 2014).

Problémové chování u jedince lze rozdělit do tří základních oblastí, a to na problémové chování způsobené poruchou osobnosti či dalšími duševními a behaviorálními poruchami, dále problémové chování nasedající na nezvládnuté zátěžové reakce a problémové chování přímo či nepřímo ovlivněné přístupem okolí (HAUKE, 2014).

2.3 Formy nevhodného chování

Péče o klienty s nějakou formou problémového chování je pro pracovníky v přímé péči velmi náročná. Na prvním místě bývá pracovníky v přímé péči uváděna právě psychická zátěž a teprve poté zátěž fyzická. Lze také rozlišit čtyři formy nevhodného chování, a to slovně neagresivní, slovně agresivní, fyzicky neagresivní a fyzicky agresivní (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Slovně neagresivní chování

Toto neagresivní chování se projevuje v rámci verbální komunikace s klientem. Přičemž právě komunikace s klientem je pro personál a také pro blízké osoby velmi důležitá. Pokud je komunikace narušená, je tím narušen i vztah mezi těmito osobami. Do této kategorie spadá např. opakování dotazů, nedorozumění, nepochopení, vyprávění stále stejných příběhů, apod. (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Fyzicky neagresivní chování

Fyzicky neagresivní chování se projevuje např. blouděním, stálým chozením, manipulací s předměty, která postrádá smysl, svlékání nebo také nevhodné dotýkání personálu či jiných klientů. Častý u těchto klientů je noční neklid spojený s dezorientací časem (vstávají v noci s tím, že je již ráno). Bloudění může mít důvod např. v hledání cesty domů nebo ve snaze chovat se jako byl klient zvyklý – odchod do práce, apod. (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Slovně a fyzicky agresivní chování

Do kategorie slovně a fyzicky agresivního chování patří např. křik, nadávky a vulgarismy. Kromě toho se objevuje také vyhrožováním fyzickým napadením. Agresivita může mít za příčinu např. způsob, jak nemocný chce

dosáhnout cíle. Může to být reakce na něco, co je člověku nepříjemné. Dále jí mohou vyvolat příliš silné emoce, se kterými se člověk těžko vyrovnává – např. bolest z nějaké ztráty. Dále se může jednat o nepochopení situace a to z důvodu kognitivní poruchy. Agresivita ale může být i povahovým rysem člověka, která mohla být potlačována a s věkem se dostává do popředí. V těchto případech je důležité umět s agresivitou pracovat a zjistit, jak lze tyto stavy co nejméně omezit. U lidí s demencí je ještě více důležitý přístup pečující osoby, kdy je potřeba omezit spěch při úkonech péče, nepřiměřené nároky a také nevhodný způsob komunikace (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

2.4 Konkrétní projevy problémového chování

Kromě poruch kognitivních se u osob s demencí vyskytují různé poruchy chování a také psychiatrické symptomy. Právě toto je největší zátěž pro osoby, které o nemocné pečují. Tyto projevy bývají důvodem, proč je člověk s demencí umístěn do domova se zvláštním režimem. Nemocný často prostřednictvím takového chování má snahu vyjádřit a sdělit, co právě potřebuje (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Jedním z projevů problémového chování je **bránění se péči**. I přes onemocnění demencí bývá částečně zachováno uvědomování si sebe sama, svých vlastních zvyklostí a hodnot. Pečující osoby ovšem najednou člověku říkají, kdy má vstávat, co má dělat, apod. Takto nemocný člověk ale nechápe, proč by mu měl někdo pomáhat, když dosud žádnou pomoc nepotřeboval. Problém je, že tito lidé nemají náhled na to, že již tyto běžné záležitosti samostatně nezvládají. Z tohoto důvodu se mohou poskytované péči bránit a odmítat ji. Nejčastěji se jedná o odmítání hygieny, oblékání, pohyb venku nebo odmítání jídla (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Neklidem, kdy člověk s demencí nevydrží být na jednom místě, přemísťuje nesmyslně různé věci, odmítá spolupracovat, se projevuje **agitovanost**. Ta může být spojena také s **agresivitou**. V takovém případě člověk nadává, vyhrožuje, ničí věci kolem sebe a může dojít i k napadení další osoby (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009). Vznik agresivního jednání může mít různé důvody. Její pomocí se může člověk snažit dosáhnout nějakého cíle. Dále může být vyvolána emocemi, kdy jedinec prožívá např. bolest z nějaké ztráty nebo ze situace, že již není schopen se sám o sebe postarat. K agresivitě může vést i nepochopení situace, např. proč má být někde, kde být nechce. Další možností je, že agresivita je povahovým rysem člověka a se vzrůstajícím věkem se tento rys zvyrazňuje. Další možností je, že agresivita je odpovědí na jednání pečující osoby, která může mít příliš vysoké nároky, volit nevhodný způsob komunikace nebo třeba být z poskytování péče nervózní a spěchat, což může u nemocného vyvolat agresi (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Typickým projevem problémového chování je **bloudění**. V takovém případě se může jednat o potřebu setrvat ve svých zvyklostech (př. nemocný tvrdí, že musí jít do práce) nebo o snahu odejít z prostředí, které nepoznává, případně hledání nějaké blízké osoby. V důsledku demence člověk ztrácí orientaci a může se tak ztratit. V takovém případě není možné nemocného nechat samotného a je potřeba zajistit mu vhodnou aktivitu (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Ve stáří jako takovém dochází často ke **změnám spánkového režimu**. Staří lidé mívají potíže s usínáním, často se v noci probouzí a ráno brzy vstávají. V případě, že člověk trpí demencí, bývají tyto změny ještě více znatelné. Objevují se noční stavy zmatenosti, tzn., že člověk v noci vstane, bloudí po bytě, budí ostatní, apod. Je potřebné snažit se tyto projevy co nejvíce omezit, a to např. tím, že nemocný nebude před spaním pít kávu, nebudou mu podávány léky na povzbuzení v podvečer, dále

je vhodné odpoledne zařadit do denního programu lehkou fyzickou aktivitu, např. procházku (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

V rané fázi demence se velmi často objevuje **podezíravost**, a to až u 75 % nemocných. Člověk zapomíná, kam ukládá své věci a pokud daný předmět nenajde, domnívá se, že ho někdo vzal. Podezíravost je nejčastější vůči partnerovi, rodině ale i pracovníkovi v sociálních službách (pečovatelská služba, domov se zvláštním režimem, apod.) (HAUKE, 2014). Ve středně těžké fázi demence se nejčastěji objevují **psychotické příznaky**, jako jsou bludy, iluze a halucinace. Pokud člověk trpí bludy, má chorobné smyšlenky, o kterých je naprosto přesvědčen. Nejčastěji se jedná o paranoidní bludy, kdy nemocný tvrdí, že ho okrádají, pomlouvají, chtějí se ho zbavit, apod. Iluze jsou zkresleným vnímáním reality. Méně časté jsou halucinace. Pokud se objeví, bývají to halucinace zrakové, kdy člověk vidí lidi nebo zvířata, která tam ve skutečnosti nejsou. Je důležité nemocnému toto nevyvracet, ale ani ho v tom nepodporovat. Spíše je dobré snažit se odvést pozornost jinam (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Výrazným prvkem chování u osob s demencí je **misidentifikace**. V takovém případě nemocný osoby jemu blízké zaměňuje za cizí a posílá je pryč a naopak osoby, které nejsou jeho příbuznými, za příbuzné považuje. Může dojít také k tomu, že v rámci jiného typu misidentifikace člověk nepozná sám sebe v zrcadle (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Onemocnění demencí často doprovází také **deprese**. Ty se projevují zejména tělesnými příznaky jako je únava, bolest hlavy nebo jiné části těla, závratě, apod. Člověk pociťuje bezmoc, beznaděj, obviňuje se. Může se ale jednat také o projevy podráždění a agrese, zejména když člověk přestane zvládat běžné denní činnosti. Projevit se může také nespavostí nebo odmítáním jídla (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Už v počátku onemocnění demencí se vyskytují **úzkosti**, zejména v době, kdy si nemocný uvědomuje, že něco není zcela v pořádku. Úzkost může vyvolat např. strach ze selhání, opuštění a samoty. Často se projevuje agitovaností (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

3 Alzheimerova choroba

Alzheimerovou chorobou se rozumí vážné neurodegenerativní onemocnění, jehož následkem dochází k úbytku některých nervových buněk a k mozkové atrofii a tím pádem ke vzniku demence. Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou vzniku demence. Tvoří zhruba 50 % všech onemocnění demencí. Kromě toho se často vyskytuje alzheimerovsko-vaskulární demence, kde se na vzniku demence podílí kromě Alzheimerovy choroby také cévní změny v mozku. Kombinace se objevuje také s demencí s Lewyho tělísky nebo s Parkinsonovou chorobou. (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL., 2009).

3.1 Historie a současnost Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba získala své označení po německém lékaři Aloysiusovi Alzheimerovi (14. června 1864 – 19. prosince 1915), který se v roce 1912 stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Viléma v Breslau. Vývoj pojmu Alzheimerova nemoc byl dlouhý a složitý. Nejčastěji se datuje od roku 1906 či 1907. V roce 1906 Alzheimer přednášel o ženě, která byla přijata v roce 1901 do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem s projevy demence, a následně tento případ v roce 1907 publikoval. Při vyšetřování mozku výše zmíněné ženy spolupracovníci Alzheimerova došli k závěru, že se jedná o případ odlišný od běžné demence a navrhli pro toto onemocnění označení Alzheimerova choroba (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998).

V době, kdy byla nemoc poprvé popsána, tedy v roce 1907, byla považována za vzácnou. Ještě nedávno, před rokem 1994, nebyly k dispozici žádné léky na toto onemocnění. Dnes je však situace jiná a existuje celá řada léků, které napomáhají léčit symptomy onemocnění a zpomalit jeho průběh (REHABILITACE.INFO © 2016). Jednou ze skupin

léků jsou kognitiva, dále neuroleptika (zmírnění agresivity a neklidu), antidepressiva (zmírnění příznaků deprese), hypnotika (léčba poruch spánku) nebo anxiolytika (tlumení úzkostí). Kromě praktického lékaře je nutné navštívit i specialisty – neurologa, psychiatra a geriatra (ORDINACE.CZ © 2016).

Počet osob s Alzheimerovou chorobou stále narůstá. V roce 2013 bylo v České republice více než 60 000 lidí s touto diagnózou. Jejich počet vzrůstá s přibývajícím věkem. Ve věkové kategorii od 65 do 74 let jsou to 2 %, v kategorii od 75 let do 84 let je to už 19 %. Nejvíce nemocných je ve věkové kategorii od 85 let, kdy se jedná až o 42 % (REHABILITACE.INFO © 2016).

3.2 Stádia Alzheimerovy choroby

Vlivem Alzheimerovy choroby dochází ke změnám v mozku, konkrétně k odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Tato nemoc se u člověka vyvíjí různě dlouho, může se jednat o rozmezí 8 až 20 let. Postup nemoci je u každého člověka velmi individuální. Průběh Alzheimerovy nemoci se dělí nejčastěji na 3 stádia, a to rané, mírné a pokročilé (CALLONE, KUDLACEK, VASILOFF, MANTERNACH, BRUMBACK, 2008).

V **raném stádiu** nemocný působí normálně, často vůbec nenavštíví lékaře a mnohdy si tak nikdo neuvědomí, že se jedná o Alzheimerovu nemoc. První oblastí, ve které se nemoc projevuje, je paměť. Nemocný tak začíná mít výpadky paměti, které ale dokáže nejrůznějšími způsoby kompenzovat. Člověk si vytváří seznamy, používá obrázky, označuje si věci, zapisuje si do kalendáře, ale zároveň potřebuje pobízet, aby věděl, co má dělat. Následně ale dochází k problémům v oblasti řeči, konkrétně

s porozuměním slovu nebo s hledáním správného výrazu. Při komunikaci s nemocným je potřeba používat krátké a jednoduché věty. V tomto stádiu je člověk většinou schopný samostatně se rozhodovat. Nemocný začíná být na pečující osobě závislý a vyžaduje její stálou přítomnost a pozornost. Je důležité se věnovat oblastem, které zůstávají zachovány a snažit se je posilovat (CALLONE, KUDLACEK, VASILOFF, MANTERNACH, BRUMBACK, 2008).

Ve **druhém stádiu** nemoci dochází k odumírání buněk v celém mozku. Když nemoc postoupí do tohoto stádia, rodina si všímá, že je něco v nepořádku a je vyhledána lékařská pomoc. Člověk má potíže s oblékáním, orientací, ztrácí se a neví, jak se používají běžné předměty. V této fázi je vhodné i běžné předměty označit štítky s nápisy. Někdy se stává, že osoba s Alzheimerovou chorobou se začíná ke své pečující osobě, k rodině, chovat nepřátelsky a obviňovat ji z něčeho, co neudělala. Krátkodobá paměť již v tomto stádiu není funkční, ale paměť dlouhodobá zůstává často ještě zachována. V rámci komunikace dochází k potížím, neboť díky tomu, že nemocný má problém s porozuměním, neví, co je od něj požadováno. Zároveň může být podrážděný z důvodu neschopnosti formulovat své myšlenky. Dochází k tomu, že nemocný například opakuje stejné věty nebo jeho věty nedávají smysl. Při poskytování péče by se mělo dbát na rozkrokování jednotlivých úkonů, protože nemocný již v této fázi choroby není schopen činit více věcí najednou. Nemocný je schopen činit úkony, které jsou pro něj běžné a známé, protože vlivem nemoci postupně ztrácí schopnost učit se novým věcem. I přes progresi nemoci zůstávají zachované smysly, i když se některé mohou zhoršovat jako například zrak či sluch. Je vhodné věnovat se smyslům, které zůstaly nepoškozeny. Nezbytné je zajištění bezpečného prostředí například dostatečným osvětlením prostor, minimalizací rizika uklouznutí, dále zajištění čisticích prostředků či léků

nebo jiných předmětů, které by nemocný mohl spolknout (CALLONE, KUDLACEK, VASILOFF, MANTERNACH, BRUMBACK, 2008).

Ve třetím **pokročilém stádiu** dochází ke ztrátě schopnosti správně reagovat, usuzovat a logicky myslet. V závěru nemoci jsou již zničeny téměř všechny části mozku a nemocný z tohoto důvodu zůstává imobilní, inkontinentní a téměř nereagující. Velmi obtížná je komunikace a vytváří se zde prostor pro neverbální komunikaci, tedy využívání gest, mimiky, dalších pohybů a v neposlední řadě smyslů. I v této fázi onemocnění bývají smysly dostatečně zachovány. Jestliže do této doby byla zachována dlouhodobá paměť, v tomto stádiu nemoci již přestává být funkční. Pro rodinu je velmi náročná situace, kdy je jejich blízký již nepoznává. V tomto stádiu je nemocný plně odkázán na péči další osoby a rodina již nebývá schopna se o svého blízkého postarat v domácím prostředí (CALLONE, KUDLACEK, VASILOFF, MANTERNACH, BRUMBACK, 2008).

4 Senior a jeho rodina

Základní jednotkou každé společnosti je bezesporu rodina. Většinou ji tvoří několik generací, tedy i generace seniorů. Pro většinu lidí je rodina velice důležitá, tím spíše pro seniory, jejichž sociální kontakty se zužují. Někdy to může být právě rodina, která seniorům dodává smysl života, zvláště pokud udržují pravidelný kontakt (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013). Četnost kontaktů a vzdálenost bydliště závisí mimo jiné na citové vazbě dítěte ke svému rodiči a naopak velká vzdálenost bydlišť značně omezuje možnost setkávání seniora s jeho rodinou a sdílení zážitků všedních i nevšedních dní. Pouze málo seniorů žije v jedné domácnosti se svými dětmi. Častěji si senioři přejí zachovat vlastní domácnost a soukromí (VÁGNEROVÁ, 2007). V podstatě celý život obvykle rodiče poskytují péči a podporu svým dětem, ovšem ve stáří může zejména vlivem zdravotních potíží dojít ke změně rolí a pečujícími osobami se stávají děti (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

4.1 Rodina seniora – uživatele sociálních služeb

Pokud je seniorům poskytována sociální služba, ve většině případů to znamená mimo práce se samotným uživatelem sociální služby i spolupráci s jeho rodinou. Nejčastěji se jedná o děti seniora, ale také o manžela či manželku, vnoučata nebo třeba sourozence či jiné blízké příbuzné. V rámci poskytování sociální služby může mezi poskytovatelem a rodinou seniora docházet k napjatým situacím, někdy dokonce i ke konfliktům, a to zejména z toho důvodu, že nejsou naplněna její očekávání, jakým způsobem by měla služba být poskytována. Velice často se stává, že rodina má tendence rozhodovat za uživatele s odůvodněním, že sama nejlépe ví, co jejich blízký potřebuje. Spolupráce s rodinou je o to náročnější, pokud jejich blízký trpí demencí či Alzheimerovou

chorobou a rodina může mít pocit, že senior není schopný sám se rozhodovat ani v běžných denních záležitostech. Personál však musí dbát zejména na přání uživatele, což může být pro rodinné příslušníky těžko pochopitelné. Již v rámci jednání se zájemcem o službu je tedy důležité vyjasnění pravidel a možností poskytování sociální služby. Je potřeba zjistit, jaká jsou očekávání zájemce, potažmo i jeho rodiny, a tyto osoby seznámit s hranicemi v poskytování konkrétní sociální služby a kompetencemi jednotlivých pracovníků (HAUKE, 2014).

Může se ovšem stát, že rodina spolupracuje s poskytovatelem sociální služby velmi zřídka nebo dokonce vůbec. Často se toto stává v případě, že je seniorovi poskytována pobytová sociální služba, kdy rodina má pocit, že její účast není potřeba. Bez spolupráce s rodinou je daleko obtížnější poskytnout kvalitní službu, zejména pokud jde o osoby s demencí či Alzheimerovou chorobou (HAUKE, 2014).

5 Sociální služby pro seniory

Většina seniorů dospěje dříve či později do fáze, kdy potřebuje pomoci v běžných záležitostech života. Pokud má senior milující a pečující rodinu, je to velké štěstí. Ovšem i přesto ne vždy dokáže rodina zajistit svému blízkému péči v potřebném rozsahu. Proto jsou tu různé druhy sociálních služeb, které jsou určeny seniorům. Ty můžeme podle způsobu poskytování služby rozdělit do tří skupin, a to na služby terénní, ambulantní a pobytové.

5.1 Terénní sociální služby

Služby, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí jedince, se nazývají terénní sociální služby. Terénními sociálními službami jsou: pečovatelská služba (může být i službou ambulantní), osobní asistence, tísňová péče a průvodcovské a předčitatelské služby (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Pečovatelská služba je služba, která je „(...) poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Osobní asistenci se rozumí: „(...) terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (ZÁKON Č. 108/2006 Sb., © 2015).

Tísňovou péčí je: „(...) *terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností*“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb., © 2015).

Průvodcovskými a předčitatelskými službami se rozumí: „(...) *terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb*“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb., © 2015).

5.2 Ambulantní sociální služby

Služby ambulantní jsou mezistupněm mezi službami terénními a pobytovými, neboť jsou poskytovány v určitém zařízení sociálních služeb, kam jedinec dochází a zároveň tyto služby nezahrnují ubytování. Mezi tyto služby patří denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Denní stacionáře jsou zařízení, která: „(...) *poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením mohou být jak službou ambulantní tak zároveň i službou terénní. Tyto služby jsou „(...) *poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením*“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

5.3 Pobytové sociální služby

Pobytové sociální služby jsou ty, které jsou poskytovány v zařízení sociálních služeb a zahrnují i ubytování v daném zařízení. Pobytové sociální služby zahrnují domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem (popsány v samostatné kapitole), odlehčovací služby, týdenní stacionáře a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Domovy pro seniory „(...) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Odlehčovací služba může být kromě služby pobytové zároveň i službou terénní či ambulantní a poskytuje se osobám, které „(...) mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Týdenní stacionáře „(...) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou poskytovány „(...) osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena

pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2015).

6 Domov se zvláštním režimem

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. © 2016).

Ideální zařízení, resp. oddělení, pro seniory trpící demencí by mělo mít kapacitu maximálně 20 uživatelů. Pokud se jedná o zařízení s velkou kapacitou lůžek, mělo by být členěno na samostatná menší oddělení s výše uvedenou kapacitou. U těchto uživatelů je nutný také dohled zdravotní sestry a možnost přivolat lékaře. Dalšími členy týmu jsou samozřejmě pracovníci v sociálních službách. Důležitá je spolupráce s kvalifikovaným ergoterapeutem a fyzioterapeutem. U těchto uživatelů je nutné dbát na individuální režim, který je přizpůsobený jejich specifickým potřebám a zohledňuje jejich zvyklosti (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL., 2009).

Vlivem nemoci člověk ale ztrácí schopnost plánovat a organizovat svůj čas včetně běžných každodenních úkonů. Z důvodu ztráty paměti je také pro nemocného nelehké setrvání u určité činnosti. Mnoho pečujících osob si tak klade otázku, zda má vůbec smysl snažit se o nějakou činnost, aktivitu či nikoliv. Ovšem právě díky smysluplným činnostem, které mají určitý cíl, si nemocný může připadat opět důležitý a užitečný. Vhodné jsou úkony, které jsou pro člověka známé, jsou jednoduché a není potřeba zbytečné rozhodování. Míra zapojení se do činnosti je různá s postupujícím onemocněním, někdy už se jedná pouze o přítomnost při dané činnosti, nikoliv o aktivní účast. Je nutné počítat s tím,

že prováděné činnosti nebudou perfektní a není vhodné dát to nemocnému najevo, aby neměl pocit zbytečnosti a nebyl z neúspěchu frustrovaný. Důležité je, aby danou činnost člověk prováděl dobrovolně a nebyl k ní nucen. Ke každému člověku je nutné přistupovat individuálně a volit činnosti, které nejvíce odpovídají jeho potřebám a schopnostem (ZGOLA, 2003).

Domovy se zvláštním režimem zajišťují uživatelům této pobytové sociální služby poskytování služby v rámci zákonem stanovených úkonů. Prvním z nich je poskytnutí ubytování, což zahrnuje i úklid, praní, žehlení a drobné opravy prádla ložního i osobního. Uživatelům je také poskytována celodenní strava v rozsahu minimálně 3 hlavní jídla denně s ohledem na zásady racionální výživy a možná dietní omezení. Musí být také zajištěna pomoc při osobní hygieně, péči o vlasy a nehty a použití WC nebo poskytnutí podmínek pro tuto hygienu. V rámci péče o vlastní osobu je poskytována pomoc při zvládnutí běžných úkonů jako je oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, přesunu na lůžko nebo vozík, vstávání z lůžka, uléhání či změně poloh, podávání jídla a pití a v neposlední řadě také při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru. Pro některé osoby je důležité i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, kdy jsou uživatelé podporováni a je jim poskytována pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů a v případě potřeby je také pomáháno při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou. Významnou roli při poskytování pobytové sociální služby hrají i sociálně terapeutické činnosti, které napomáhají k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, které podporují jejich sociální začleňování. V domovech se zvláštním režimem jsou součástí poskytování služby také aktivizační činnosti, které pomáhají při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a v jejich rámci dochází

k nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Při poskytování služby je nutné dbát také na pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Kromě toho je někdy potřeba pomoci při komunikaci vedoucí k uplatnění těchto práv a oprávněných zájmů (VYHLÁŠKA Č. 505/2006 Sb. © 2016).

6.1 Zátěž pracovníků v sociálních službách

U pracovníků, kteří působí v pomáhajících profesích, je bezesporu nutné se zaměřit na zátěž, které jsou vystaveni. Pakliže se jedná o pracovníky v přímé péči o seniory trpící demencí či Alzheimerovou chorobou, je jisté, že zátěžových situací zažívají při výkonu svého povolání nespočet.

Při práci se seniory se objevuje mnoho stresujících faktorů. Mezi nevyhnutelné situace vyvolávající stres bezesporu patří úrazy a jiná zranění klientů a v neposlední řadě také jejich úmrtí. Dále náročnost této práce spočívá také ve fyzické zátěži, která je její nedílnou součástí. Při práci s lidmi se nelze vyhnout ani konfliktům, a to jak s jednotlivými klienty, tak i s jejich rodinami. Někdy se stává, že práce pečovatele není ze strany klienta a rodiny oceněna. Důležitou roli zde hraje zaměstnavatel a pracovní kolektiv vůbec, kdy je z této strany důležitá motivace a podpora. V neposlední řadě ani platové podmínky a společenská prestiž nejsou odpovídající náročnosti tohoto zaměstnání (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013). Při práci s lidmi je také samozřejmé, že ne každý člověk je tomu druhému sympatický, ale pracovník v přímé péči musí navázat vztah s každým klientem a přistupovat v tomto směru ke všem klientům stejně (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Vlivem zátěžových situací, kdy se nakumulují stresové faktory, které člověk není schopen sám zvládnout, může dojít ke vzniku syndromu

vyhoření, tzv. burn-out syndromu. Tím se rozumí stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které vzniká v důsledku dlouhodobého setrvání v náročných situacích (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

7 Praktická část

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na důvody, které nejčastěji vedou k podání žádosti do domova se zvláštním režimem a následnému umístění seniora do tohoto typu zařízení. Tato část bakalářské práce je realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky uživatelů sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček.

7.1 Popis zařízení

Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Vršovický zámeček (dále jen „Domov“) je zařízení, které spadá pod Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10, p. o. a jeho zřizovatelem je Městská část Praha 10. V tomto Domově jsou uživatelům poskytovány tři pobytové sociální služby, a to domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a odlehčovací služba. Domov byl slavnostně otevřen 14. dubna 2014 a své první obyvatele přijal 15. dubna 2014.

Kapacita celého zařízení je 75 lůžek. Na domov pro seniory připadá 23 lůžek ve 2lůžkových pokojích a jednom pokoji 3lůžkovém, na domov se zvláštním režimem je to 46 lůžek ve 2lůžkových pokojích a dvou pokojích 1lůžkových a kapacita odlehčovací služby je 6 lůžek v pokojích 2lůžkových.

Personální zabezpečení Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem Vršovický zámeček je pro lepší přehlednost zpracováno do následující tabulky:

pracovní zařazení	celkem	domov pro seniory a odlehčovací služba		domov se zvláštním režimem	
		den	noc	den	noc
vedoucí Domova	1	1/2	x	1/2	x
vedoucí zdravotní péče	1	1/2	x	1/2	x
vedoucí sociální péče	1	1/2	x	1/2	x
sociální pracovnice	2	1	x	1	x
zdravotní sestry	5	1/2	1/2	1/2	1/2
fyzioterapeutky	2	1	x	1	x
ergoterapeutka	1	1/2	x	1/2	x
aktivizační pracovnice	5	2	x	3	x
pracovníci v sociálních službách	25	3	1	6	2

7.2 Cíl výzkumu

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit a popsat jaké situace ovlivňují umístění seniora do domova se zvláštním režimem. Zároveň je tato část práce zaměřena na oblast péče o seniora s demencí v domácím prostředí, tzn., kolik osob se na péči podílelo či jaké sociální služby byly využívány a jak péče o nemocného blízkého člověka ovlivnila jejich vlastní život a zdraví.

7.3 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Kvalitativní výzkum byl prováděn zejména s rodinnými příslušníky uživatelů pobytové sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček v Praze, kde pracuji jako sociální pracovnice. Rodinní příslušníci byli vybráni náhodně, všichni oslovení s poskytnutím rozhovoru souhlasili. Výzkumu se tak zúčastnilo 5 respondentů. Dále byl proveden také rozhovor přímo s 1 užívatelkou sociální služby ve výše jmenovaném Domově. Zde bylo nutné při výběru respondenta zohlednit jeho zdravotní

stav, resp. v jaké fázi je onemocnění demencí, aby bylo možno získat potřebné informace. Celý výzkum je anonymní jak směrem k rodinným příslušníkům tak i směrem k samotným uživatelům.

Pro přehlednost a lepší orientaci byli respondenti výzkumu označeni pořadovými čísly 1 až 6, přičemž respondentem číslo 6 je uživatelka sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček.

7.4 Výzkumné metody

Pro praktickou část mé bakalářské práce byla zvolena metoda sběru dat formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly prováděny s rodinnými příslušníky uživatelů pobytové sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček. Dále byl proveden rozhovor přímo s uživatelkou pobytové sociální služby v tomto Domově. Jednalo se o nestrukturovaný rozhovor. V obou případech se jednalo pouze o otevřené otázky. V tomto zařízení pracuji jako sociální pracovnice, v čemž spatřuji výhodu, neboť se s rodinnými příslušníky osobně známe. Z mého pohledu tedy bylo jednodušší navázat kontakt a získat potřebné informace. Stejně tak je tomu v případě získání informací od uživatelky sociální služby v Domově.

Největší část kvalitativního výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek a získávání odpovědí. Jednou z forem je i polostrukturované dotazování, které má daný účel, osnovu a zároveň je pružný v oblasti získávání informací. Při rozhovoru je třeba dbát na volbu obsahu otázek, jejich formu a pořadí. Zvláště je důležité věnovat se správným formulacím otázek, které jsou směrodatné pro odpovědi respondentů. Otázky by neměly navádět respondenty na odpovědi tím, jak jsou formulovány. Otázky pokládané v rámci kvalitativního dotazování by měly být otevřené. Zároveň by nemělo být položeno více otázek najednou, ale vždy pouze jedna (HENDL, 2008).

7.5 Zpracování dat a výsledky

V následující části mé bakalářské práce se budu zabývat vyhodnocením výzkumu, který byl realizován prostřednictvím rozhovorů s rodinnými příslušníky uživatelů sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček v Praze. Dále byl proveden rozhovor s uživatelkou sociální služby v témže Domově. Výsledky výzkumu jsou pro lepší přehlednost rozděleny do několika oblastí: pečující osoby a vnímání podpory ze strany širší rodiny; rozsah péče o seniora s demencí a ovlivňování soukromí pečující osoby; využívání sociálních služeb a jejich vnímání ze strany seniora s demencí.

Základní údaje týkající se respondentů a jejich blízkých osob (seniorů) jsou zpracovány do následující tabulky:

respondent	vztah k uživateli	věk uživatele	pohlaví uživatele	diagnóza uživatele
1	dcera	78	žena	Alzheimerova choroba
2	neteř	87	muž	vaskulární demence
3	dcera	85	žena	Alzheimerova choroba
4	dcera	85	žena	Alzheimerova choroba
5	dcera	83	žena	Alzheimerova choroba

Respondentem číslo 6 je 92letá uživatelka sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček. Je jí diagnostikována vaskulární demence.

Pečující osoby a vnímání podpory v rámci širší rodiny

Přirozeným plynutím času se ve stáří obrací role a místo rodičů se pečujícími osobami stávají jejich děti. Zvláště, pokud se objeví diagnóza jakou je demence či Alzheimerova choroba, je nutnost zajistit postupem času 24 hodinovou péči nevyhnutelná. Ovšem v dnešní době, kdy děti seniorů ještě dochází do zaměstnání, většinou takovou péči sami zajistit

nedokážou. Je důležité mít podporu a pomoc i v rámci širší rodiny. Také se stává, že ne každý senior má to štěstí a má rodinu, která se o něj může a chce postarat. Někdy jsou senioři osamocení, zvláště pokud zůstali svobodní či manželství bylo bezdětné. Ani takových případů v naší praxi není málo. U 4 z 5 respondentů byl pečující osobou přímý potomek. Pouze respondent č. 2 je neteří uživatele.

Velkou výhodou je, pokud lze, aby se na péči podílelo více osob, což např. v případě respondenta č. 1 nebylo samozřejmostí: *„Na péči o maminku jsem se v podstatě podílela sama, velmi zřídka mi pomáhala teta, maminky sestra.“*

V případě respondenta č. 5 se na péči podílely dvě osoby: *„Já a můj otec, tj. její manžel, ovšem dle jeho možností, je již v pokročilém věku – letos v březnu mu bude 90 let.“*

U respondenta č. 2 je velmi dobře vidět, že i když je manželství bezdětné a jeden z manželů zemře, může péči zajistit širší rodina: *„Pečovala manželka – má teta – a dvě neteře, tedy já a má sestra. Příležitostně i další příbuzní. Vše se poté zkomplikovalo hospitalizací a následným úmrtím tety.“*

Nejvíce osob z řad přímých potomků se do péče o seniora zapojilo u respondenta č. 3 a č. 4. V případě respondenta č. 3 se jednalo o dceru, syna a sestru. U respondenta č. 4 se jednalo o 2 dcery, zetě a 4 vnoučata. Je důležité, aby mohla být péče rozdělena mezi více příbuzných a každý tak vždy mohl načerpat nové síly. Samozřejmě také záleží na fázi onemocnění seniora. Ovšem v případě respondenta č. 4 je vidět soudržnost rodiny a schopnost si navzájem pomoci i v takovéto náročné životní situaci.

Uživatelka sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček, respondent č. 6, uvedla, že před přijetím do zařízení žádnou pomoc nepotřebovala: *„Já jsem i vymalovala. Já jsem vařila, prala, žehlila.“*

Akorát jsem potřebovala pedikúru. Co Vám mám říkat, všechno jsem dělala.“ Dále uvedla, že ji navštěvovala rodina – neteře z Německa. Je nutné podotknout, že respondentka č. 6 byla před přijetím do Domova dlouhou dobu hospitalizována v léčebně dlouhodobě nemocných (pozn. téměř 2 roky), neboť neměla žádnou osobu, která by se o ni postarala v domácím prostředí.

Když dojde k situaci, že se u blízké osoby projeví známky demence či Alzheimerova choroba, je důležité mít se na koho obrátit a mít s kým nastalou situaci řešit. Respondent č. 5 k tomuto uvedl: *„Situaci jsme řešili jen v nejužší rodině a s lékaři.*“ Kromě rodiny se člověk obrací i na své přátele, jako například respondent č. 4: *„Situaci jsme nejdříve řešili s rodinou a s přáteli. Kamarádka s obdobně nemocnou maminkou poradila požádat o příspěvek na péči a navštívit psychiatra. Museli jsme ale velice opatrně, maminka reagovala velmi citlivě na některé poznámky o sobě, i když chvílemi tušila, že u ní není vše normální.*“ Obdobný názor jako respondent 4 má i respondent č. 3: *„Určitě rodina. No a pochopitelně s přáteli to člověk řeší. Spíš že si o tom povídáte, ale ne že bych chtěla od nich pomoc. Spousta lidí to oddaluje kvůli tomu, že se jde k psychiatrovi (...).*“ Ovšem ne vždy se člověk může v takové situaci obrátit na své přátele, jak uvedl respondent č. 1: *„Nejvíce sama se sebou, pak s tetou a občas přátele, tam jsem ale brzy pochopila, že lidé nechtějí poslouchat negativní zprávy, tudíž jsem se vždy omezila na pár slov.*“

Rozsah péče o seniora s demencí a ovlivňování soukromí pečující osoby

Každý člověk je jiný, a proto i vývoj onemocnění se u jednotlivých osob liší. U někoho onemocnění postupuje pomaleji a u někoho naopak rychleji. Mimo jiné i z tohoto důvodu se liší délka časového období, kdy respondenti poskytovali svým blízkým osobám péči.

Nejkratší dobu před přijetím do Domova o svou maminku pečoval s rodinou respondent č. 3, a to asi 4 roky: „V podstatě intenzivně, že už tam mamka nemohla být sama, tak to trvalo asi rok a předtím to bylo tak, že třeba 2 dny tam byla sama. Ale před Vánoci 2013 se to zhoršilo, pak se jí dvakrát udělalo špatně, že jsme nevěděli co se děje. Ale bylo to spíš psychický, neměli jsme ani jistotu, jestli třeba sní oběd, který jí vozili.“ Péče byla ovšem s různou intenzitou, zpočátku uživatelka mohla být ještě sama doma, jak respondent uvedl, ale postupem času bylo potřeba zajistit stálou přítomnost další osoby: „Letos (pozn. rok 2015) to bylo v září 6 let, co zemřel táta. Řekla bych, že rok nebo rok a půl po tom, co táta zemřel, jsme začali pozorovat, že něco asi není v pořádku. Tím, jak mamka jezdila za tátou a byla hrozně aktivní, jezdila různě sama, chodila do kostela a tak a najednou ne. Jeden z hlavních příznaků byl s vařením, že jsme viděli, že si sama neuvaří. Ona dřív strašně dobře vařila a všichni jsme se na to těšili. A pak se stalo, že najednou byla díra ve sklokeramické desce. Nebo třeba nechala zapnutou plotýnku a na tom byla chňapka. Pozvolna se objevovalo zapomínání, tak 4 roky zpátky. Ten rok 2013 už byl takový, že tam nebyvala skoro vůbec sama a v roce 2014 byla pod plným dohledem. (...) Asi 2 roky zpátky to je, co jsme navštívili odborníka.“

Odpovědí respondenta č. 1 bylo zjištěno, že pečoval o svou maminku zhruba 5 let před přijetím do Domova. První příznaky nemoci ale byly pozorovány asi 4 roky umístěním do zařízení: „(...) maminka odmítla návštěvu odborníka. Podařilo se mi ji k doktorovi dostat až cca za rok od prvních příznaků, tam už byla diagnóza jasná.“

Dle odpovědi respondenta č. 4 trvala péče o jeho blízkou osobu 6 let před přijetím do Domova: „První příznaky jsme zpozorovali tak před 6 lety. To maminka absolvovala výměnu kyčelního kloubu, to už se naplno projevila její neschopnost řešit jakoukoliv novou situaci. Velmi se snížil

zájem o vnoučata a své známé. Při předoperačním vyšetření lékaři doporučili vyšetření u psychiatra, ale to maminka odmítala a bála se stigmatizace. Říkala, ať z ní neděláme blázna.“ Tak, jak postupovala nemoc, měnila se i potřeba péče: „Nejdříve jsme nemuseli být přítomni stále. Docházeli jsme na kontroly k mamince asi čtyřikrát do týdne. Pak maminka upadla, když byla sama doma a nedokázala sama vstát. Nic si nezlomila, ale bolestivě se potloukla. Tím přestala být pohyblivá, z postele jsme jí museli pomáhat, pak při cestě na toaletu, atd. To jsme už byli jeden z nás přítomen neustále, ve dne i v noci. Po půl roce se maminčina pohyblivost znormalizovala. Ale tato intenzivní péče už trvala až do přijetí do Domova, to znamená něco přes rok.“

Nejdéle o své blízké pečovali respondenti č. 2 a č. 5. U respondenta č. 2 se zprvu jednalo o péči o tetu i strýce: *„Byly to zejména nákupy, doprovody k lékařům a na různá vyšetření a to po dobu asi 15ti let zpět, před přijetím do Domova. Postupem času musely být návštěvy častější. Teta byla léta těžce nemocná a naprosto nesoběstačná, pohybovala se jen po bytě s francouzskými holemi, nebyla schopná sejít ani vyjít schody. A pak to všechno bylo časově velmi náročné, protože jsem k nim jezdila až 4krát týdně, 25 minut autem jedna cesta (...) Byli se strýcem bezdětní a další neteř bydlí celoživotně ve Strakonících a synovec v Třeboni.“* Poté, když se u strýce respondenta objevily první příznaky nemoci, vaskulární demence, bylo nutné pečovat ještě více: *„Strýc nebyl už delší dobu moc samostatný a schopný samostatného života, ale velela mu manželka, která ho pořád udržovala při nějaké činnosti. Ona byla léta generálem v manželství a strýc dělal to, co mu ona řekla a zavelela. Tím ho udržovala v jakémsi stavu bdělosti a čilosti. Po její hospitalizaci jste mně vyšli velmi rychle vstříc a zařídili jste pro strýce odlehčovací službu. Za to jsem Vám všem neskonale vděčná. Když byl strýc doma, stále v bytě přerovnával různé věci a to byl pak problém něco najít, třeba když věci*

na holení schoval do ponožky a tak dále. A samozřejmě zapomínal. Bylo třeba dohlížet nad tím, co dělá.“ Intenzivní péče o strýce v případě respondenta č. 2 byla zajišťována zejména v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu jeho manželky, její hospitalizace a následným úmrtím. Díky odlehčovací službě ovšem byla situace únosná.

Nejdéle však byla před přijetím do Domova poskytována péče mamince respondenta č. 5: *„Zpětně si uvědomuji, že ojedinělé příznaky nemoci byly již zhruba v roce 2002. Například na rodinnou oslavu nakoupila chlebíčky a dorty dopoledne a odpoledne totéž nakoupila znovu. Nebo jsme uklízeli po malířích a malíř pracoval ještě v jiné místnosti a ona se mě ptala, kdo je ten člověk. Nejdříve jsme navštívili praktického doktora, pak následovala vyšetření. Diagnóza byla stanovena tak po roce.“* Od tohoto okamžiku již bylo jasné, že bude nutné zajistit zpočátku alespoň dohled a postupem času i stálou 24 hodinovou péči. *„S diagnózou demence Alzheimerova typu je v soustavné péči psychiatra a neurologa od roku 2004.“* Od stanovení diagnózy byla poskytována péče v domácím prostředí, jejíž náročnost ve všech směrech neustále vzrůstala s progredující nemocí.

Péče o seniora, zejména pokud se u něj projeví demence či Alzheimerova choroba, je velice náročná jak psychicky, tak velmi často i fyzicky. Pro respondenty č. 1 a 3 péče o jejich blízkou osobu znamenala vždy zátěž psychickou. Je nutné podotknout, že obě uživatelky Domova byly zcela mobilní v době, kdy jim byla poskytována péče v domácím prostředí. Respondent č. 5 sdělil, že péče byla náročná více psychicky, ale zátěž fyzickou nevyloučil. Respondent č. 2 sdělil: *„Péče o tetu a strýce byla velmi náročná psychicky, nebylo jí nic vhod, ale péči potřebovali (...).“* Respondent č. 4 k otázce zátěže uvedl: *„Oboje je těžké, ale psychicky je to možná horší. Osoba blízká se mění k horšímu před očima, je těžké to přijmout bez emocí a nebrat si výkyvy nálad osobně.“*

Péče o seniora a s tím spojená zátěž mnohdy ovlivňuje i zdravotní stav pečujících osob. Všichni respondenti uvedli, že se cítili hodně unavení. Respondent č. 4 uvedl: *„Určitě to mělo negativní vliv, nemohli jsme si dostatečně odpočinout. Výrazné trvalé následky to nemělo.“* Kromě vyčerpanosti respondenti uváděli i podrážděnost. Respondent č. 2 uvedl: *„No, vyčerpaná, nevrlá a protivná a utahaná jsem určitě byla.“* Respondent č. 3 dále ještě uvedl: *„(...) mám problémy se zády. A mám to stresové. A ségra moje to je úplně nervák.“*

Pokud člověk pečuje o osobu s demencí, je důležité najít si čas na odpočinek a na vlastní záliby. Roli v tomto případě hraje i to, zda je jen jedna pečující osoba nebo je možnost se v poskytování péče střídat. Na otázku, zda měly pečující osoby čas odpočinek, odpověděl respondent č. 3 následovně: *„Jo, to jo. Tím, že nás bylo víc, tak se to dalo a hlavně díky tomu, že mamka není ležák a úplně mimo. Je to spíš náročný psychicky. Člověk je naštvaný na tu nemoc a odnáší to ten člověk.“* Respondent č. 4 uvedl: *„Střídali jsme se po 2 dnech, maminka byla aktivní i v noci. Takže jsme měli vždy 2 až 5 dní na regeneraci.“* Ještě méně odpočinku měl respondent č. 1: *„Velmi málo, byl to kolotoč. Práce, péče o pejska, dojet za maminkou, 3 roky bez dovolené. Pondělí, středa a pátek a víkend vždy kontrola maminky, ale měla jsem samozřejmě čas i na své aktivity.“* Nejhůře byla asi situace vnímána respondentem č. 5: *„Odpočinek byl pouze spánek v noci, nespala jsem ovšem moc dobře. Několikrát za noc jsem se budila a vstávala pravidelně v 5 hodin ráno.“*

Nezřídka se stává, že péče o blízkou osobu, resp. o seniora s demencí, naruší vlastní soukromí pečující osoby, případně vztahy v rodině a někdy se dotýká i vztahů s okolím. Nejinak tomu bylo i v případě respondentů. Například respondent č. 2 sdělil: *„Byla jsem protivná doma a i v práci jsem kolegyně zasobila historkami od tety, ale to bylo tím, že tetě nebylo nic vhod, strašně si vymýšlela a usurpovala nás všechny“*

vydatně.“ Důležité je, jak se k narušování soukromí péčí o blízkou osobu postaví sám pečovatel. Respondent č. 1 uvedl: „*Ano narušila, ale nikdy jsem to nevnímala jako něco negativního, spíš automatického. Jen jí vrátím to, co mi ona dala, když jsem já byla malá.*“ Obdobně to hodnotí i respondent č. 3: „*No jako částečně jo. Ale kdybych nechtěla, tak bych to nedělala. Vždycky to zasáhne to soukromí. Ale tak to přišlo a rozhodně to neberu jako újmu a vždycky si říkám, že to jsou poslední roky, které s tou mamkou můžeme strávit. Nám odpadla starost tím, že víme, že vy se postaráte. A ani mamka díky nemoci necítí újmu, když třeba týden nepřijdu.*“ Stejně tak péče o blízkou osobu narušila soukromí i respondentovi č. 4: „*Tato péče narušovala naše soukromí. Hlavně tím, jak jsme se museli starat o maminku nepřetržitě a museli být vždy pár dní s ní doma a ne se svými rodinami.*“ Vzhledem k tomu, jak se péče stává stále náročnější, může dojít k ovlivnění nejen soukromých vztahů, ale také oblast zaměstnání, jako tomu bylo u respondenta č. 5: „*Myslím, že ano. Musela jsem změnit zaměstnání, protože již nebylo možné skloubit péči a časově i psychicky náročnou práci. Nová práce je sice méně náročná, ale také daleko méně placená. Osobní život byl minimální – zaměstnání a péče vlastně o oba rodiče.*“

Využívání sociálních služeb a jejich vnímání ze strany seniora s demencí

Poskytování péče seniorům s demencí či Alzheimerovou chorobou je velice psychicky i fyzicky náročné. Jistou úlevu pečujícím osobám mohou poskytnout sociální služby určené pro tuto cílovou skupinu osob. Ne vždy je ale možné sociální služby využít z důvodu jejich odmítání seniorem. Využívání těchto služeb také ovlivňuje fáze onemocnění demencí a další faktory jako jsou dostupnost sociálních služeb a cena za jejich poskytování. Všichni dotazovaní respondenti využívali různé sociální služby v různé míře, zejména v závislosti na jejich akceptování seniorem.

respondent	využívání sociální služby	druh využívané sociální služby
1	ano	pečovatelka na cca 5 hod. denně – hygiena, strava, procházky, společnost
2	ano	dovoz obědů, procházky, odlehčovací služba
3	ano	dovoz obědů, kontrola, odlehčovací služba
4	ano	dovoz obědů
5	ano	denní stacionář, odlehčovací služba
6	ne	-

Respondent č. 3 se k využívání sociálních služeb vyjádřil takto: „V podstatě jsme využívali dovážku obědů, pak jsme se domluvili s pečovatelkou, to bylo v roce 2013, že jsme jim vždycky zavolali a oni jí chodili i zkontrolovat, ale nebylo to nějak často. Co se týkalo domácnosti, to jsme zajišťovali sami. Párkrát s něčím pomohli, ale snažili jsme se to vykrýt. A v roce 2014 tam byl syn s partnerkou, která byla na mateřský. Když nemohli, tak jsem tam jezdila se ségrou. V roce 2014 už tam nebyla žádný den sama (...). Na pečovatelky doma reagovala v pohodě. To bylo ve fázi, kdy se to nerozjíždělo, a mamka došla k vrátkům a vzala si oběd. Pak dostali klíče od domu, aby mohli mamku zkontrolovat (...).“

Respondent č. 4 se svou rodinou zajistili následující sociální službu: „Využívali jsme asi 3 roky dovoz obědů, a to denně, včetně víkendů. Mamince to bylo myslím lhostejné. Jídlo jsme ale museli naservírovat na talíř, případně pokrájet, eventuálně ohřát. Obecně neměla ráda návštěvy z úřadů, byla někdy podezřívavá.“

Nejkratší dobu, ovšem ve větším rozsahu, byly využívány sociální služby blízkou osobou respondenta č. 1: *„V podstatě jsem celých 5 let žádnou sociální službu nevyužívala, až zhruba 2 měsíce před umístěním do Domova jsem mamince zařídila paní jako společnici a na pomoc při každodenních úkonech jako je hygiena, jídlo, procházky a malé nákupy. První den, kdy byla paní u maminky, se maminka totálně zhoršila, byla úplně mimo a nereagovala na můj hlas v telefonu. Musela jsem okamžitě přijet, mamince pomoci do pyžama a uložit ji do postele a zůstat přes noc s ní. Následující den ráno byla v pořádku a již se tato situace neopakovala a byla v mezích normy.“*

Respondent č. 2 má taktéž zkušenost s pečovatelskou službou a zároveň i se službou odlehčovací ve formě pobytové sociální služby: *„Pečovatelská služba ano, poslední rok to byly dovozy obědů, pečovatelky jako doprovod na procházky, odlehčovací služba po úmrtí manželky a pak rovnou přijetí na dlouhodobý pobyt u vás (...).“*

Kromě odlehčovací služby má respondent č. 5 zkušenost i s dalším typem sociální služby: *„Od roku 2010 jsme využívali služby denního stacionáře v Domově sv. K. Boromejského v Řepích. Většinou 4 dny v týdnu. Ve stacionáři byla celý den. Ráno v 7 hodin jsem ji přivezla, šla do práce a zhruba v 5 hodin odpoledne jsem ji vyzvedávala (...). V roce 2014 jsme využili poprvé odlehčovací službu (...). V roce 2015 jsme využili poprvé odlehčovací službu ve Vršovickém zámečku. V průběhu roku to byly celkem 3 pobyty. A to v březnu 13 dní, v červnu 17 dní a v říjnu 27 dní. Maminka reagovala dobře, klidně, myslím, že se cítila bezpečně.“*

V rámci péče o seniora s demencí bývají sociální služby velkou pomocí pro pečující osoby, proto je nezbytné se ve výzkumu zabývat i touto otázkou. Velkou roli hraje také informovanost o dostupných službách, k tomu respondent č. 1 uvádí: *„Bohužel jsem nebyla nikým*

informována, že mohu o sociální službu požádat, ať už finanční nebo formou pečovatelské služby či odlehčovací služby, tudíž jsem vše řešila sama. Poté, co se maminky zdravotní stav zhoršil výrazně, musela jsem již řešit umístění a zjistila jsem, že to je celkem složité, a proto jsem nejprve platila pečovatelku z domova Sue Ryder. Následně nám byl přiznán příspěvek na péči, rovněž 2 měsíce před přijetím do Domova.“

Pro respondenta č. 2 a 3 byla pomocí jak pečovatelská služba tak zejména služba odlehčovací. Respondent č. 2 k tomu uvedl: *„Dovoz obědů a odlehčovací služba po úmrtí manželky strýce, tedy mé tety. Nevíme, jak bychom to zvládli, kdyby strýc zůstal sám doma. Měli jsme jistotu, že je o něj postaráno a mohli jsme být více v klidu.“*

Velkou výhodou je, pokud zvolené sociální služby jsou vyhovující, jako tomu bylo i v případě respondenta č. 5: *„Obě ty služby (pozn. denní stacionář a odlehčovací služba) mi velmi pomohly. Já jako pečující jsem postupně v určité době došla k tomu, že už to nezvládáme a byla pro mne akceptovatelná v určité době určitá forma pomoci. Rozhodovala jsem i s ohledem na to, aby to bylo k užítku mamince i otci.“*

Bohužel ne vždy je možné sociální službu využít z toho důvodu, že ji senior odmítá, jak sdělil respondent č. 4: *„Chtěli jsme zkusit na odlehčení pečovatelku, výjimečně, ale cizí lidi maminka nepřijala a chovala se nepřátelsky. Rozvoz obědů nám hodně pomohl, protože nakupovat, vařit a ještě poskytovat plnou péči – oblékání, hygienu, udržování bytu - mamince už bylo dost vysilující. Dovoz obědů nám ušetřil čas i síly.“*

Výběr sociální služby pro blízkou osobu není jednoduchý, zvláště pokud se jedná o osobu s demencí. Je těžké odhadnout, jak bude dotyčný

na poskytování dané služby reagovat. Respondentů jsem se tedy dotázala, která služba byla dle jejich názoru pro blízkou osobu vhodná.

Respondent č. 3 uvedl: *„Když byla doma, tak si prostě neuvařila, tak jsme využívali obědy. Začala vařit a dávala tam kdoví co. Každá služba v té fázi, kdy byla potřeba, odvedla to svoje.“*

Šířeji byly využívány sociální služby u blízké osoby respondenta č. 2: *„Dovoz obědů a doprovody na procházky. Pohyb byl pro strýce velmi důležitý a také má rád společnost.“*

Pečovatelská služba byla využívána také maminkou respondenta č. 1, který uvedl: *„Určitě pečovatelka, která docházela alespoň na 5 hodin denně. Měla jsem víc klid, že není maminka sama doma. A pak, maminka měla společníci a ve finále byla nadmíru spokojená.“*

Rozdílné služby byly využívány maminkou respondenta č. 5. Jednalo se o denní stacionář a odlehčovací službu. K tomu respondent č. 5 uvedl: *„Nejdříve to byl denní stacionář. Vlastně maminka zůstala doma, jen když jsem byla v práci, tak o ni bylo ve stacionáři dobře postaráno a otec se už nehroutil z celodenního vypětí. V prvních dnech byla ve stacionáři smutná. Myslím, že hlavně proto, že si ještě uvědomovala, že je na tom tak, že nemůže zůstat sama, když já jsem v práci. Zanedlouho si zvykla i díky tamějšímu personálu a byla tam spokojená. Maminka již potřebuje celodenní péči. Nemáme nikoho, kdo by byl schopen a měl k tomu podmínky, aby si ji mohl vzít k sobě alespoň na týden. Odlehčovací služba, ale až ta ve Vršovickém zámečku, v této situaci byla dobrým řešením, aby o ni bylo dobře postaráno a pečující si mohl trochu odpočinout a pak dál fungovat.“*

Někdy se také bohužel stává, že sociální služby neplní svůj účel nebo nemohou být poskytovány pro jejich odmítní ze strany seniora,

což je vždy v neprospěch pečující osoby tak i samotného seniora. Pro respondenta č. 2 nebyla nevyhovující službou žádná zvolená služba. Stejně tak je tomu i v případě respondenta č. 1, který sdělil: *„Nemohu odpovědět, nemám žádné další zkušenosti (pozn. využívána pouze pečovatelka).“*

V případě respondenta č. 4 nemůže být nevhodnost služeb posouzena, neboť právě maminka tohoto respondenta se k poskytování služeb stavěla negativně: *„Ostatní služby nemohou posoudit, protože maminka cizí lidi odmítala a chtěla jen nás 3.“*

Dle respondenta č. 5 nebyla pro blízkou osobu vhodná odlehčovací služba v konkrétním zařízení: *„(...) Toto zařízení, jak se ukázalo, nebylo pro maminku vhodné. Necítila se tam dobře, chtěla pryč. Myslím, že přestože přijali člověka s diagnózou Alzheimerova choroba, neuměli s ním, alespoň v té době, pracovat. Byla tam nejistá, ztracená (...). Nevyužili jsme například pečovatelskou službu. Otec byl proti, protože myslím nechtěl, aby byl doma někdo cizí. Říkal, že to přece musíme zvládnout.“*

S poskytovanými sociálními službami byl spokojen respondent č. 3 a dle jeho sdělení nebyla žádná služba nevyhovující: *„To ne, nevyužívali jsme žádnou službu, která by zklamala. To, co jsme objednali, bylo v pořádku. Jediný, třeba když ty pečovatelky, které rozváží obědy, mají strašně málo času. Nemají čas si s tím člověkem nic říct. Bylo by fajn, kdyby tam ty pečovatelky mohly s nimi chvíli být.“*

Zásadní je také to, jak senior s demencí vnímá poskytování péče v domově se zvláštním režimem a jak to vidí ze svého pohledu rodinní příslušníci. Z odpovědí všech respondentů bylo patrné, jak bylo rozhodování o umístění blízké osoby do domova se zvláštním režimem náročné. Příkladem může být odpověď respondenta č. 3: *„Na začátku roku 2014 jsem začala shánět domovy. Byla jsem v Jesenicích na městském úřadě*

a paní mi poslala seznam všech zařízení v Praze a Středočeském kraji, tak jsem si udělala selekci a pak jsem měla třeba 10 domovů. Pořád jsem odsouvala podání žádosti, nikam jsme jí nechtěli dávat. Začal být problém, když jste odešli ze sociálního šetření, říkala, že si nemyslela, že půjde do nějakého starobince. Tak jsme jí vysvětlovali, jak to je a že to jinak nejde. Koukala na nás jak bubák, kam jí chceme odsunout. Pak jste nám jí vzali na odlehčovací službu a pak dostala místo na trvalý pobyt. Myslí si, že tu je na pár dní. Když jí vezeme na víkend domů a pak jí vezeme zpátky, tak občas řekne, že už tam zase jede. Teď třeba už nezvládá telefon a posílá prázdné zprávy a tam je třeba prosím volejte a to nás vyděsí. Mamka ale vyšvihne přání k Vánocům v němčině. Ale opakuje se. Když přijede ke mně nebo k ségře, tak neví, kde je, říká, že tam nebyla. Doma se ale orientuje, takže ten její dům jí tam udržujeme. To asi víte. Vy nejlíp, jak to zvládá, ale jinak si myslím, že v pohodě. S Vámi jsem měla šťastnou ruku. Mám ale strach, co bude, až ta mamka třeba nebude chodit.“

Jinak tomu bylo například u maminky respondenta č. 4, kdy již nebyla schopna nastalou situaci sama zpracovat: *„Myslím, že maminka už vůbec nevěděla, kde se ocitla, ale nesla to velmi těžce. Jakoby trucovala a uzavřela se více do sebe. Byla plačtivá při loučení po návštěvě. Těžko se to ale posuzuje. I v domácím prostředí občas plakala, chvílemi si uvědomovala svou nemoc.“*

Často si právě díky nemoci uživatelé Domova již neuvědomují, kde jsou a proč tam vlastně jsou. Obdobně tomu bylo u blízkých osob respondentů č. 1 a 2. Respondent č. 1 uvedl: *„Myslím, že je dobře, že maminka už při přijetí úplně nechápala proč v Domově je. Asi první týdny či měsíc byla zmatená. Zhruba po půl roce si již svůj byt nepamatovala a asi to tak je vlastně lepší.“* Velmi podobně se vyjádřil i respondent č. 2: *„Já si myslím, že to strýci, bohužel, dost jedno. Je zmatený a neví,*

co se děje. Ale jistě mu pobyt u Vás prospěl, má kolem sebe lidi a to má rád. Je důležité, že pro nemocné máte různé programy. My jsme se sestrou vděčné za pobyt u Vás, protože bychom ho doma nezvládly ani časově, ani psychicky a ani jinak.“

Respondent č. 5 k otázce vnímání péče v domově se zvláštním režimem samotným seniorem uvedl: *„Mám dojem, že si maminka v domově se zvláštním režimem zvykla. Péči přijímá dobře a je spokojená. Není to snadné dát blízkého člověka do domova, ale po těch letech síly pečujícího docházejí a naopak stav blízkého se zhoršuje a na péči doma už nestačí.“*

Na to, jak je spokojena s péčí v domově se zvláštním režimem, jsem se zeptala také respondentky č. 6, tedy samotné uživatelky Domova: *„No já Vám něco řeknu. Ten zámeček mám ráda, má svý kouzlo. Můžu Vám říct, že jsem si zamilovala jak některý pacienty, tak i některý personál. A taky se snaží, aby bylo uvařeno, aby vitamíny lidé dostali, to předchází nemoci, že. Ale má svý kouzlo ten zámeček. Až na ty doktory, to nám tu chybí (...). A dokonce Vám musím říct, že Oxana, ta byla okouzlena zámečkem. Teď tu byla na vinobraní. Já říkám ano, to občas bývá a bývá to velkolepé. Předtím byli indiáni. Tak to je hezký, to pozvedne náladu. To vinobraní, to bylo úžasný. Pohoštění a všechno. Já jsem doklopýtala a Oxana mně koupila zmrzlinu (...). Byla jsem několikrát na vycházce v parku. Ale pochopitelně je nutný mít doprovod na všechno. To snad jo. A chodím na tělocvik velice ráda. Ten tělocvik je dobrý, procvičí Vám to celé tělo od krku až dole. A taky chodím zpívat. Ale křížovky ne, to tam máme jednoho fešáka, který křížovky dělá. A já Vám taky něco řeknu, já mám dobrou paměť. Velice výbornou paměť (...). Ohromně se mně tu líbí večírky, ty jsou kouzelný. Dokonce jsem na majálesu vytančila korunu královny (...).“*

7.6 Shrnutí výzkumu

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky uživatelů pobytové sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček v Praze zmapovat impulsy, které vedou k podání žádosti do domova se zvláštním režimem a následnému umístění do těchto zařízení. Dále byl proveden rozhovor s uživatelkou Domova za účelem zjištění, jak ona sama vnímá pobyt v takovém zařízení a jak se staví k poskytované péči.

Výzkum byl realizován s 5 rodinnými příslušníky a s 1 uživatelkou výše jmenovaného Domova. Při realizaci rozhovorů jsem velkou výhodou spatřovala v tom, že v daném Domově pracuji jako sociální pracovnice. Na tuto pozici jsem byla zaměstnána ještě před oficiálním otevřením Domova, tudíž jsem s rodinnými příslušníky spolupracovala již v rámci jednání se zájemcem o službu a naše spolupráce tedy již trvá relativně dlouhou dobu. Domnívám se, že i díky tomu se nestalo, že by někdo z oslovených odmítl poskytnout rozhovor. Zároveň rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře a respondenti neměli problém o takto náročném osobním tématu hovořit. Stejně tak je tomu i v případě uživatelky Domova. Bohužel ne všechny informace získané od uživatelky Domova jsou relevantní z důvodu jejího onemocnění demencí. Použity tedy byly pouze ty informace, které bylo možno ověřit.

Výzkum ukázal, že rozhodnutí o podání žádosti do Domova a následném umístění ovlivňuje více faktorů. Jedním z nich je počet osob, které mohou o seniora s demencí pečovat a v péči se střídat. Pokud je pečující osoba pouze jedna, není v podstatě prostor pro odpočinek a řešení situace formou umístění do zařízení poskytující péči 24 hodin denně zpravidla přichází dříve. Velký vliv na toto rozhodování má také fáze onemocnění, ve které se zrovna blízká osoba nachází,

a progresu onemocnění. Kromě toho bývají důležitou součástí i využívané sociální služby, které umožňují nemocnému setrvat co možná nejdéle v domácím prostředí a zároveň jsou velkou pomocí pro pečující osoby. Záleží ovšem také na typu poskytované služby, zda je využívána terénní služba (př. pečovatelská služba ve formě dovozu obědů, apod.), ambulantní služba (př. denní stacionář) nebo pobytová služba (př. odlehčovací služba) často právě v souvislosti s fází onemocnění seniora a zejména v souvislosti s tím, zda senior poskytovanou službu je schopen přijmout či nikoliv. Ve 2 případech se totiž ukázalo, že pro seniora není snadné přijmout cizí osobu do domácnosti. Dle sdělení jednoho z respondentů dokonce nebylo vůbec možné zavést pečovatelskou službu, neboť blízká osoba zcela odmítala cizí lidi a dokonce se k nim chovala nepřátelsky. Pokud není možnost využít sociálních služeb a není více osob, které by o seniora s demencí pečovaly, zpravidla dochází dříve k větší vyčerpanosti a únavě, neboť péče je velmi psychicky náročná. To potvrdili v rozhovorech všichni respondenti. Dle jejich sdělení je péče náročnější po stránce psychické než po stránce fyzické. Samozřejmě nelze opomenout, že všichni respondenti jsou zaměstnaní, a není možné poskytovat péči 24 hodin denně. Jeden respondent dokonce uvedl, že musel změnit své zaměstnání, aby mohl pečovat o svou maminku.

Důležitou součástí výzkumné části byla i otázka, jak si blízké osoby respondentů zvykly na pobyt v domově se zvláštním režimem a jak vnímají poskytovanou péči. Ukázalo se, že již v době přijetí do zařízení bohužel současní uživatelé Domova plně nechápali situaci díky svému onemocnění. Ze změny prostředí a ze zcela nové situace byli zmatení, nicméně postupem času se na změnu adaptovali, někteří dříve a jiným to trvalo déle. Kladně svůj pobyt v Domově hodnotí přímo jeho uživatelka, která vyjádřila spokojenost s prostředím Domova i s jeho personálem, což je nesmírně důležité.

Závěr

Téma mé bakalářské práce nese název Impulsy vedoucí k umístění seniora do domova se zvláštním režimem. Výběr tématu je ovlivněn i tím, že pracuji v domově se zvláštním režimem jako sociální pracovnice a z praxe vím, že téma týkající se onemocnění demencí či Alzheimerovou chorobou je velmi aktuální. Kapacity v těchto zařízeních nejsou příliš velké a poptávka po těchto službách mnohonásobně převyšuje jejich nabídku.

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se věnovala nejprve oblasti stáří a změnám, které tato životní etapa s sebou přináší, ať už se jedná o aspekty fyzické, psychické či sociální. Důležitou součástí je kapitola věnovaná demenci, která pojednává o tom, co to vlastně demence je, jaké jsou typy demencí a co je příčinou jejich vzniku. Péče o nemocného je velmi náročná psychicky a to i proto, že se u této diagnózy vyskytuje problémové chování, které může mít formu slovně a fyzicky neagresivního chování nebo naopak slovně a fyzicky agresivního chování. Nelze opomenout ani konkrétní projevy problémového chování, kam jistě patří např. bránění se péči, agresivita, bloudění, změny v režimu spánku, podezíravost či bludy a halucinace. Vždy je nutné těmto projevům věnovat pozornost a snažit se zjistit, jaká je jejich příčina a co je vyvolává. Dále je v teoretické části věnována kapitola Alzheimerově chorobě, která je nejčastější příčinou vzniku demence. Jsou zde popsána všechna stádia tohoto onemocnění, a to od stádia raného, přes stádium mírné až po stádium pokročilé. Jednotlivá stádia jsou popsána zejména ve smyslu projevů onemocnění a doporučení pro péči v konkrétním stádiu. Další kapitola je věnována rodině seniora, která při péči sehrává klíčovou úlohu, a to nejen v případě, že o nemocného pečují v domácím prostředí, ale i v případě, že byl jejich blízký přijat do domova se zvláštním režimem. Poslední 2 kapitoly teoretické části jsou věnovány sociálním službám

určeným seniorům od služeb terénních, přes služby ambulantní až po služby pobytové, kterou je i domov se zvláštním režimem. Je důležité ozřejmit, jaké služby jsou v takovém zařízení uživatelům poskytovány. Nemohla jsem ovšem opomenout ani zátěž, které jsou vystaveni pracovníci v sociálních službách, kteří pracují v domově se zvláštním režimem.

Praktická část bakalářské práce byla vytvořena na základě rozhovorů s rodinnými příslušníky uživatelů pobytové sociální služby v Domově se zvláštním režimem Vršovický zámeček v Praze a také na základě rozhovoru přímo s uživatelkou tohoto Domova. Základním cílem bylo zmapovat, jaké jsou impulsy, které vedou k podání žádosti do domova se zvláštním režimem a k následnému umístění seniora. Dotazovala jsem se proto na počet osob, které se na péči o seniora podílí a na to, zda mají pečující osoby prostor pro odpočinek. Také je důležitým ukazatelem využívání sociálních služeb a reakce seniora na jejich poskytování. V neposlední řadě jsem se věnovala otázce přijetí péče v domově se zvláštním režimem.

Výzkum ukázal, že na rozhodování o podání žádosti do domova se zvláštním režimem a o umístění do tohoto zařízení se podílí více faktorů ve vzájemných kombinacích. Jedná se o fázi onemocnění, počet pečujících osob a délku poskytované péče v souvislosti s její psychickou náročností, možnost odpočinku a také využívání sociálních služeb. Rodinní příslušníci jsou také v drtivé většině stále pracující a nemohou si dovolit zaměstnání opustit a poskytovat blízké osobě péči 24 hodin denně. Proto pokud situace umožňuje využívat sociální služby, ať už terénní, ambulantní či pobytové (tzn. odlehčovací služba), zpravidla se díky tomu může doba poskytování péče v domácím prostředí prodloužit. V případě, že již rodina není schopna zajistit potřebnou péči v přirozeném prostředí seniora, otevírá se prostor pro řešení situace formou podání žádosti o pobytovou sociální službu – domov se zvláštním režimem.

Resumé

The theme of my bachelor thesis is Impulses leading to placement the senior into the home with the special regime. The theme of dementia and Alzheimer's disease is very actual. The number of people with this disease is growing and there are not enough places in the homes with the special regime.

The theoretical part of the bachelor thesis describes aspects of the old age that are physical, psychic and social. Another chapter is devoted to dementia, types of dementia and problem behavior that is associated with it. It is for example aggressiveness, straying, changes in sleep mode or hallucination and delusions. It is necessary to describe Alzheimer's disease and its stages. Other chapters are focused on seniors and their family and social services for seniors with emphasis on home with the special regime.

The aim of the practical part is to map the impulses leading to placement of senior into the home with the special regime. Quantitative research was used, specifically interviews with family members of seniors who are in Home with the special regime Vršovický zámeček in Prague. One interview was realized with the client of this Home.

The research showed that placement of senior into the home with special regime is influenced by many factors and their combinations. It depends on the number of carers, on the stage of disease and the extent of the care provided. Family members are employed people and they can not provide care 24 hours a day. Social services for seniors prolong their stay in the home environment. But the care is very mentally demanding and it is often the reason for placement into the home with the special regime.

Zdroje

CALLONE, Patricia R.; KUDLACEK, Connie; VASILOFF, Barbara C.; MANTERNACH, Janaan; BRUMBACK, Roger A. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Tab. 4 Obyvatelstvo podle hl. věkových skupin a pohlaví a podle správních obvodů Prahy* [online] © 2015 [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://1url.cz/VtzGL>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Tab. 150 Obyvatelstvo podle pohlaví, rodinného stavu a podle věku* [online] © 2015 [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://1url.cz/DtzGt>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Tab. 1 Hlavní ukazatele z výsledků sčítání lidu, domů a bytů* [online] © 2015 [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://1url.cz/NtzGM>

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

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

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

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

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

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [online] © 2016 [cit. 2016-01-25]. Dostupné z: <http://1url.cz/Btz5M>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] © 2016 [cit. 2016-01-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

ORDINACE.CZ. *Alzheimerova choroba*. [online] © 2016 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba>

REHABILITACE.INFO. *Alzheimerova choroba – v minulosti a dnes*. [online] © 2016 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://1url.cz/etz5t>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

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

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