

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální péče u osob s poruchami vnímání v demenci**

**Social care for people with disorders of perception in dementia**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:  
PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Autor:  
Zuzana Turaiová

Praha 2019

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce, paní PaedDr., Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení a vstřícnost při konzultacích. Dále děkuji mé rodině za toleranci a podporu, kterou mi projevovali po celá má studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Sociální péče u osob s poruchami vnímání v demenci“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 5. 2019

Zuzana Turaiová

.....

### **Anotace:**

Bakalářská práce pojednává o možnostech sociální péče pro osoby, kterým byl diagnostikován syndrom demence, kde jedním z projevů jsou poruchy vnímání. Práce se zaměřuje na zařízení a služby sociální péče vhodná pro tyto projevy demence, zejména denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a odlehčovací péči.

Praktická část obsahuje rozhovory jak s aktéry sociální péče, tak i samotnými klienty a pečujícími.

### **Klíčová slova:**

Demence, halucinace, iluze, poruchy vnímání, sociální péče, sociální práce, sociální pracovník, zařízení

### **Annotation:**

The bachelor thesis deals with the possibilities of social care for people who have been diagnosed with dementia syndrome, whose manifestations include disorders of perception. The work focuses on facilities and services of social care suitable for these manifestations of dementia, especially day care centers, special regime homes and respite care.

The practical part contains interviews with social care actors as well as clients and carers.

### **Keywords:**

Dementia, facility, hallucinations, illusions, perception disorders, social care, social work, social worker

# OBSAH

Úvod .....	8
1. Sociální péče a stát.....	9
1.1. Nástroje sociální politiky.....	10
1.2. Dávky .....	10
1.3. Příspěvek na péči .....	11
1.4. Záchranná sociální síť.....	11
1.5. Systém sociálního zabezpečení.....	12
2. Poruchy vnímání .....	14
2.1. Poruchy myšlení.....	14
2.2. Poruchy chování ve stáří .....	15
3. Demence.....	16
3.1. Alzheimerova nemoc.....	17
3.2. Demence s Lewyho tělísky .....	18
3.3. Demence při zánětlivých onemocněních.....	18
4. Služby sociální péče.....	20
4.1. Osobní asistence.....	21
4.2. Pečovatelská služba .....	21
4.3. Tísňová péče.....	22
4.4. Odlehčovací služby.....	22
4.5. Centra denních služeb .....	22
4.6. Denní stacionáře.....	22
4.7. Týdenní stacionáře.....	23
4.8. Domovy pro seniory .....	23
4.9. Domovy se zvláštním režimem .....	23
4.10. Domy s pečovatelskou službou .....	24
5. Poskytování sociální péče.....	25
5.1. Individuální plán .....	25
5.2. Standardy kvality sociálních služeb .....	26
5.3. Dříve vyslovená přání.....	26
5.4. Spolupracující přístup .....	26
5.5. Budování důvěry .....	27
5.6. Zdravotnická zařízení .....	27
5.6.1. Léčebny dlouhodobě nemocných.....	27

5.6.2. Hospice.....	27
5.7. Dobrovolnictví a komunita.....	28
5.8. Komunikace .....	29
5.8.1. Neverbální komunikace .....	30
5.8.2. Taktilní komunikace.....	31
6. Neformální péče a rodina.....	32
6.1. Ošetrovní.....	33
6.2. Dlouhodobé ošetrovní.....	33
6.3. Domácí péče.....	33
7. Metodologie.....	35
7.1. Průzkumné otázky.....	36
7.2. Analýza rozhovorů .....	36
7.2.1. Služby sociální péče.....	36
7.2.2. Halucinace a iluze .....	37
7.2.3. Komunikace.....	38
7.2.4. Příklad z praxe.....	40
7.3. Shrnutí výsledků.....	40
8. Diskuze.....	42
8.1. Umístění klienta do zařízení.....	43
8.2. Ekonomické zatížení.....	43
8.3. Kvalita života.....	44
8.4. Zvláštní pomůcky .....	45
8.5. Stádia demence a nabídka služeb.....	45
8.6. Neformální pečující.....	46
ZÁVĚR.....	48

## Seznam zkratk

AN - Alzheimerova nemoc

BPSD - poruchy chování ve stáří

LBD - demence s Lewyho tělísky

LDN - léčebny dlouhodobě nemocných

PV - poruchy vnímání

PnP - příspěvek na péči

# Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala Sociální péči u osob s poruchami vnímání (dále jen PV) v demenci. Sama pracuji s klienty v různých stádiích demence, s rozdílnými projevy a individuálními příběhy.

V úvodní části mé práce se budu zabývat sociální péčí a sociálním zabezpečením u osob s demencí. Druhou část mé práce budou tvořit rozhovory se sociálními pracovníky v sociálních a zdravotnických zařízeních, osobními asistentkami respitní péče, rodinnými příslušníky pečujícími o nemocné klienty a v neposlední řadě i výpovědi samotných klientů.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké možnosti sociální péče můžeme nabídnout klientovi s demencí, který trpí poruchami vnímání. Také jsem si stanovila i dva vedlejší cíle; zjistit, jakými způsoby se PV mohou konkrétně projevovat a jaké problémy se vyskytují v komunikaci mezi klientem a pracovníkem.

Demence je jednou z příčin častého úmrtí seniorské populace nad 65 let. Problematika sociální péče o klienty trpící syndromem demence je aktuální a těchto klientů bude přibývat s tím, jak se naše společnost vyvíjí. V sociální práci se s těmito klienty můžeme setkat ve všech formách služeb, nejčastěji v pobytové, ale také i v terénní a ambulantní. Proto je potřeba vyvíjet i nové metody a postupy péče a nezůstat jen u těch zaběhnutých a jednoduchých řešení. Demence v dnešní době ovšem není jen záležitostí seniorů. Existuje čím dál více případů, kdy se demence začne projevovat již po čtyřiceti letech života. Proto v mé práci budu jen zřídkakdy používat pojem „senior s demencí.“ Osobně preferuji pojmy „člověk s demencí“ či pojem signifikantní pro sociální práci „klient.“ Místy ve své práci budu používat i pojem „pracovník“, ať už jde o sociálního pracovníka, pečovatele, sanitáře, či další možné osoby, které mohou přijít do kontaktu z profesionálního hlediska. Má práce bude vycházet z platné legislativy týkající se sociální práce.

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc (ve společnosti nazývána též jako Alzheimerova demence). V mé práci popíši nejen čím je tato nemoc způsobena a jaké jsou její nejčastější projevy, ale i další nemoci způsobující demenci.

Mezi nejčastější poruchy vnímání u Alzheimerovi nemoci a demence obecně patří iluze a halucinace. Definice, rozdíly a příčiny těchto poruch budou součástí teoretické části. Tyto poruchy vnímání jsou součástí projevů i u jiných nemocí způsobujících demenci.



# 1. Sociální péče a stát

Česká republika patří mezi státy, které usilují o zabezpečení občanů a fungování veřejných sociálních služeb prostřednictvím zákonodárství a státní správy (v angličtině „welfare state“). Stát je garantem minimální výše příjmů, bydlení a vzdělání občanů. Důvodem zde není milosrdenství, ale spravedlnost a právo na minimální úroveň blahobytu. Mezi naše práva patří nejen zaopatření v nemoci, ovdovění, pracovní neschopnosti a stáří, ale i bezplatné lékařské ošetření.<sup>1</sup>

Sociální péče je součástí sociální politiky a má za úkol uspokojovat sociální potřeby skrze sociální dávky a služby sociální péče.<sup>2</sup>

Snahou státu a nás všech by mělo být udržení klienta co nejdéle v přirozeném prostředí, na které je zvyklý. Pokud se klient sám o sebe nedokáže postarat, obvykle se stává závislým na nejbližší rodině, případně na profesionálních sociálních a zdravotních službách. Je tedy důležité, aby tyto služby na sebe vhodně navazovaly. Rodina i klient by měli mít možnost vybrat si tu službu, která je pro ně nejlepší a nejvýhodnější. Někdy je ovšem těžké zorientovat se v nabídce a proto bychom měli mít dostupné a kvalitní poradenské služby.

Z pohledu sociálního zabezpečení státu jde tedy o institut a instituce poskytující ochranu v případě nemoci či zdravotního postižení.<sup>3</sup>

Sociální péči provádí zásadně sociální pracovník, tedy jde o úkony jako sociální šetření, sociálně právní poradenství, depistážní činnost a koordinace sociálních služeb.<sup>4</sup> Klient se také může setkat s pracovníkem v sociálních službách, který vykonává přímou obslužnou péči (pomoc s hygienou, oblékání, podpora soběstačnosti apod.).<sup>5</sup>

Mezi mezinárodně uznávaná neporušitelná a přirozená práva občana patří i Listina základních práv a svobod, jako součást ústavního pořádku ČR.<sup>6</sup> Také komise Evropské

---

<sup>1</sup> Zákon č. 2\1993 Sb., Listina základních práv a svobod. Článek 30\1, 30\2, 31. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/3498>

<sup>2</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 66-67. ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>3</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 10. ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>4</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část osmá, Hlava I. § 109

<sup>5</sup> HROZENSKÁ, Martina, DVORÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Grada Publishing, a.s., 2013, s. 79-81. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>6</sup> Zákon č. 2\1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Unie se snaží o zlepšení situace starších lidí, na principech péče, a příležitostí k různorodým společenským aktivitám.<sup>7</sup>

## 1.1. Nástroje sociální politiky

Stát, se svou ochrannou a přerozdělovací funkcí, realizuje sociální politiku pomocí orgánů (ústředních, regionálních i místních), či pomocí samosprávy (regionální i lokální). Velmi důležitou roli mezi subjekty sociální politiky zde mají nestátní organizace (občanská sdružení, církevní organizace, nadace apod.), zaměstnavatelé a samotní občané.

Při realizaci sociální politiky se v některých případech využívají soudy, které mohou jmenovat opatrovníka, či lékaři, kteří mohou předepsat zvláštní pomůcku. Mezi hlavní nástroje sociální politiky, kterých by mohly využít osoby s demencí či jejich rodiny, patří především<sup>8</sup>:

- Sociální příjmy - dávky důchodového a nemocenského pojištění, peněžité dávky pomoci v hmotné nouzi
- Sociální služby - péče o staré a zdravotně postižené, poradenství
- Věcné dávky - léky, zdravotní pomůcky
- Účelové půjčky - na podporu bydlení
- Úlevy a výhody - poskytované zdravotně postiženým, osobám v důchodu apod.

## 1.2. Dávky

Dávky sociální podpory rozdělujeme na jednorázové a opakované (tzn., vyplácí se většinou jednou měsíčně). U jednorázových dávek se příbuzní klienta mohou setkat s příspěvkem na pohřebné, pokud je klient rodičem nezaopatřeného dítěte.<sup>9</sup>

Existují dva druhy dávek pro zdravotně postižené, kterých klienti mohou také využívat; příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.<sup>10</sup> Pokud se rodině rozbije pračka či jiný předmět dlouhodobé potřeby, mohou si zažádat o dávku mimořádné okamžité pomoci.

<sup>7</sup> Rozhodnutí komise EU 91/544/EEC: Commission Decision of 17 October 1991 on the Liaison Group on the Elderly

<sup>8</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 36-36. ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>9</sup> Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Část I., § 2

<sup>10</sup> Zákon č.329\2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

### 1.3. Příspěvek na péči

Pečující si může zažádat o příspěvek na péči (PnP), díky kterému je možné zajistit sociální služby pro klienta. PnP se vždy vyplácí jednou za kalendářní měsíc. Podle zákona existují 4 stupně závislosti:

- 1) lehká závislost (880 Kč),
- 2) středně těžká závislost (4 400 Kč),
- 3) těžká závislost (8 800 Kč),
- 4) úplná závislost (13 200 Kč).<sup>11</sup>

Poslanecká sněmovna schválila zvýšení příspěvku ve třetím a čtvrtém stupni od 1. července 2019. Třetí stupeň bude ohodnocen 12 800 Kč/ měsíc, čtvrtý stupeň 19 200 Kč/měsíc.<sup>12</sup>

Při posuzování poskytnutí příspěvku na péči se hodnotí schopnost zvládat základní lidské potřeby: „*mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.*“<sup>13</sup>

Schopnost orientace je při posuzování žádosti o PnP zohledňována podle toho, zdali má člověk „*přiměřené duševní kompetence*“<sup>14</sup>. Tyto kompetence obsahují schopnost nemocného orientovat se ve svém prostředí, čase a vlastní osobě, také schopnost reagovat přiměřeně v situacích a rozeznávat sluchem a zrakem.<sup>15</sup> Pokud jsou tedy tyto schopnosti u člověka s PV omezené, je to jeden z bodů, který může vést k udělení příspěvku na péči.

### 1.4. Záchranná sociální síť

Životní minimum, tedy minimální příjem k zajištění základních potřeb (či práh chudoby), činí 3410 Kč měsíčně/osobu.<sup>16</sup>

Existenční minimum, tedy minimální příjem k zajištění přežití, činí 2200 Kč. Tuto dávku ovšem nelze poskytnout uživateli starobního důchodu, u osoby invalidní ve 3. stupni

<sup>11</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část druhá, Hlava II, § 11, (2).

<sup>12</sup> Státní správa. [online]. [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné z:

[https://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/co\\_se\\_meni\\_v\\_roce\\_2019\\_novinky\\_ministerstva\\_prace\\_a\\_sociálních\\_věcí\\_18121708\\_40611887](https://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/co_se_meni_v_roce_2019_novinky_ministerstva_prace_a_sociálních_věcí_18121708_40611887)

<sup>13</sup> *Sbírka zákonů*. [online]. Vyhláška č. 505/2006 Sb., některá ustanovení zákona o sociálních službách, Příloha č. 1, a) - j). Dostupné z:<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast1>

<sup>14</sup> HROZENSKÁ Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 152. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>15</sup> HROZENSKÁ Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 152. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>16</sup> Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.

a u osob starší 65 let.<sup>17</sup> Tato dávka je spíše určena pečujícím, kteří ztratili zaměstnání z důvodu péče.

## 1.5. Systém sociálního zabezpečení

Pod první pilíř tzv. „pojistného systému“ spadají všichni občané ČR. Do důchodového pojištění přispívají všichni zaměstnavatelé a zaměstnanci. Z důchodového pojištění se pak průběžně vyplácejí důchody starobní, invalidní a pozůstalostní (vdovský a vdovecký).<sup>18</sup> „*Minimální měsíční výše (starobního) důchodu přiznaného v roce 2019 činí celkem 4 040 Kč.*“<sup>19</sup>

Aby byla sociální péče správně nastavená pro daného klienta, musí být správně určená sociálně-zdravotní situace člověka. Orgán sociálního zabezpečení musí fyzickou osobu označit za invalidní v 1. - 4. stupni, aby mohla osoba čerpat dávky určené pro osoby se zdravotním postižením.<sup>20</sup>

Zdravotní pojištění má občan na pokrytí všech výdajů základní zdravotní péče. Každý občan ČR má právo na bezplatné uhrazení lékařských úkonů, zdravotnického materiálu a léků. Pojištěný má právo vybrat si poskytovatele služeb, pokud má jím vybraná pojišťovna smlouvu s danou organizací. Je povinností pojišťovny, aby zařídila služby v dojezdové vzdálenosti od bydliště klienta.<sup>21</sup>

Ošetřující praktický lékař, který klientovi poskytuje ambulantní zdravotní služby, posuzuje klientův zdravotní stav a má také povinnost předepsat klientovi léky v dostatečném množství. Lékař může také klienta poslat za odborným specialistou, který může z vyšetření zjistit více o zdravotním stavu klienta. Pokud klient potřebuje pomůcku, kterou hradí pojišťovna, např. sedátka do vany, klozetová křesla, berle apod., lékař klientovi vypíše poukaz, se kterým mu bude daná pomůcka vystavena ve zdravotnických potřebách.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> Zákon č. 110\2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. Část I., § 5

<sup>18</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 55.

ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>19</sup> Česká správa sociálního zabezpečení. *Kalkulačka pro orientační výpočet starobního důchodu*. [online]. [cit. Leden 2019] Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/duchodova-kalkulacka/kalkulacka-pro-orientacni-vypocet-starobniho-duchodu.htm>

<sup>20</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení - příspěvek na péči*. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8>

<sup>21</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 60.

ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>22</sup> VZP - Veřejná zdravotní pojišťovna. TICHÝ, Oldřich. *Tiskové centrum - otázka týdne*. [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/zdravotni-pomucky-pro-seniors>

Zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, smyslové, duševní či kombinované postižení. Osoba se zdravotním postižením může být závislá na pomoci jiné osoby.<sup>23</sup> Demence je také jedním z kritérií, díky kterým nemocný může obdržet průkaz osoby se zdravotním postižením.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část 1., § 3, g).

<sup>24</sup> Vyhláška č. 388/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Příloha č. 4., část třetí, l.

## 2. Poruchy vnímání

Poruchy vnímání, kterými jsou halucinace a iluze jsou jedním z obvyklých psychotických příznaků u lidí trpících demencí.

Halucinace jsou patologické poruchy vnímání, které se nezakládají na reálném podnětu. Existují halucinace nejčastěji zrakové, dále pak sluchové, hmatové, chuťové či čichové.<sup>25</sup> Když klient trpí halucinacemi, vidí či slyší věci, které se nezakládají na skutečnosti, u zrakových může například vidět postavy v místnosti, nebo zvířata chodící za oknem. U sluchových může slyšet hlasy či různé zvuky. Při čichových nemocní nejčastěji cítí spálenou gumu, nebo připálené maso. Při hmatových halucinacích jde o fyzické vnímání, například bolest či naopak pohazení. Také byly zaznamenány kombinované halucinace, kdy klient někoho viděl a zároveň s ním mluvil a dotýkal se ho.<sup>26</sup>

Iluze jsou naopak založeny na reálném podnětu, který byl ovšem chybně zpracován. Nemocný tak může na zemi vidět hada, ve skutečnosti jde pouze o klacek.<sup>27</sup> Iluzím může podlehnout i člověk naprosto zdravý, když je unavený nebo je pod velkým stresem.

### 2.1. Poruchy myšlení

S poruchami vnímání úzce souvisí poruchy myšlení, bludy. Jsou to chorobné představy, které není možné klientovi logicky vyvrátit. Tento stav vyžaduje dlouhodobější léčbu. Klient může být ve stavu, kdy trpí depresivním či paranoidním bludem. Nemocný člověk má pocit, že mu hrozí nebezpečí a je v ohrožení. V této představě se může cítit, že je ohrožený pečovatelem, nemocničným personálem či rodinnými příslušníky. Ve venkovním prostředí se může cítit ohrožený dokonce i cizí osobou. Jelikož se nemocný ocitá v naléhavé situaci a má strach, tak se snaží jako každý člověk ochránit se a reaguje nepřiměřeně, ovšem pro něj zcela racionálně. To může klienta vyčerpat a vyděsit.<sup>28</sup>

Často se vyskytují paranoidní bludy, kdy má pocit, že jej někdo okrádá (nejčastější blud), což může být vysvětlitelné i psychologicky, neboť nemocný může zapomínat, kam

<sup>25</sup> NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 35. ISBN 978-247-4402-5

<sup>26</sup> OREL, Miroslav., FACOVÁ, Věra., a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 183. ISBN 978-80-247-6979-0

<sup>27</sup> NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 35. ISBN 978-247-4402-5

<sup>28</sup> NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 35. ISBN 978-247-4402-5

si dané peníze či cennosti uložil. Pozor bychom si měli dávat v nefunkčních rodinách, abychom si hned vše nevysvětlovali poruchami vnímání. Dále se jedinci může zdát, že jej někdo pozoruje, že jeho jídlo někdo otrávil a chce ho zabít, dokonce i že je klient naprosto opuštěný a příbuzní o něj neprojevují zájem a nechodí ho navštěvovat. Objevily se i případy paranoidních sexuálních bludů, kdy se klient domníval, že je mu partner nevěrný, také může personál osočit z trestného činu.<sup>29</sup>

## 2.2. Poruchy chování ve stáří

Při demenci obvykle můžeme zaznamenat tři základní skupiny symptomů, kterými jsou: narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit každého dne tzv. ADL (Activities of Daily Living), a poruchy chování.<sup>30</sup>

Porucha v chování člověka může být prvotním impulsem k vyšetření odborníkem, který dále může stanovit začínající demenci. Tyto poruchy mohou být velmi stresující, jak pro pečující v domácí péči, tak pro ošetřující personál v instituci. Naopak poruchy paměti berou pečující jako přirozený jev v demenci a je pro ně snadnější se na to připravit. Jsou jedním ze symptomů demence, tzv. BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), čili symptomy poruch chování a psychologických aktivit, které poukazují na demenci. Mezi toto spektrum symptomů patří i výskyt bludů a halucinací. Výskyt BPSD může být jedním z důvodů, proč je nemocný umístěn v instituci.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 37, 83. ISBN 978-80-247-1490

<sup>30</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 80. ISBN 978-80-247-149

<sup>31</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 79. ISBN 978-80-247-1490

### 3. Demence

Demence je syndrom, který má za příčinu úbytek kognitivních schopností, úbytek paměti, intelektu, sníženou orientaci v osobě, času i prostředí. Tento stav musí trvat déle než 6 měsíců, aby mohla být stanovena diagnóza. Člověk s demencí postupně ztrácí schopnost vykonávat běžné činnosti a postarat se o sebe a svou domácnost. Může se objevit agresivita, apatie a porucha sociálního chování. V některých případech dochází i k poruchám vnímání jako jsou halucinace a iluze. Přechodně se též objevují poruchy myšlení, konkrétně bludy.<sup>32</sup>

K rozpoznání demence se nejvíce používá Mini-Mental State test (MMSE), nebo také test hodin<sup>33</sup>, který zabere ne více jak minutu. Nemoc rozdělujeme do tří fází- lehké stádium, střední stádium a těžké stádium.<sup>34</sup> Stádiím demence je věnovaná samostatná kapitola v praktické části práce.

Momentálně zatím neexistuje lék, který by demenci vyléčil. Při léčbě jde převážně o stabilizaci pacienta a oddálení těžších stádií, které také snižují nutnost hospitalizace. K farmakologické léčbě, ve které jde hlavně o ovlivnění průběhu nemoci, se používají tzv. kognitiva.<sup>35</sup> K nefarmakologické léčbě patří aktivizace klienta, zachovávání a zlepšování fyzických schopností člověka<sup>36</sup>, stejně tak jako smysluplné trávení dne a procvičování kognitivních funkcí nemocného. K léčbě a potlačení bludů a halucinací se používají tzv. antipsychotika, jejichž vedlejším účinkem může být i neúměrná sedace.<sup>37</sup> Antipsychotika by měla být užívána s mírou, vždyť i jedním z práv pacientů, kteří trpí demencí, je možnost nebyť léčen psychotropními látkami, pokud to situace dovoluje.<sup>38</sup>

Rizikovými faktory demence je rozhodně věk, špatná životospráva, poranění hlavy či genetické faktory.<sup>39</sup> Předpokládaný počet lidí s demencí v roce 2015 v České republice byl 156 tisíc lidí. A přibližně dvě třetiny nemocných jsou ženy. Ne všichni nemocní totiž

---

<sup>32</sup> JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998, s. 8. ISBN 80-85800-88-8

<sup>33</sup> JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998, s. 45. ISBN 80-85800-88-8

<sup>34</sup> JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998, s. 14. ISBN 80-85800-88-8

<sup>35</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina, HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*, s. 6. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>36</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 93. ISBN 978-80-247-1490

<sup>37</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 138. ISBN 978-80-247-1490

<sup>38</sup> HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerovská společnost o.p.s., 2017, s. 7. ISBN 978-80-86541-31-0

<sup>39</sup> HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ Jitka, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, Praha, 2009, s. 12-13. ISBN 978-80-86541-28-0



mají demenci diagnostikovanou.<sup>40</sup> Novější data ohledně počtu nemocných nejsou k dispozici.

Demenci můžeme rozdělit do tří skupin, v závislosti na příčině - primárně degenerativní demence, vaskulární demence a demence smíšené. Mezi primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.<sup>41</sup> Vaskulární demence mohou mít řadu příčin. Dnes je nám známo zhruba 70 příčin sekundárních demencí. 10-20 % všech sekundárních demencí představuje vaskulární demence, jež má za příčinu porušení cév v mozku. Dále mezi sekundární demence patří metabolická demence, toxické demence, demence při Huntingtonově a Parkinsonově chorobě apod.<sup>42</sup> Poslední skupinou jsou smíšené demence (zhruba v 10-15% všech demencí), např. smíšená Alzheimerova/vaskulární demence.<sup>43</sup>

Poruchy vnímání se také vyskytují u jiných onemocnění, ale na rozdíl od např. schizofrenie, je zlepšení či normalizace u demence nemožná, kvůli poškození mozkové tkáně.<sup>44</sup>

V následujících podkapitolách popíšu zvláště ty demence, u kterých byl zaznamenán výskyt poruch vnímání. Nejčastěji je nalezneme u Alzheimerovy nemoci a demenci s Lewyho tělísky, méně u vaskulárních demencí. U Pickovy demence naopak bylo zjištěno velmi málo případů.<sup>45</sup>

### 3.1. Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc (Alzheimer's disease, dále AN) je nejčastější příčinou demence, má za následek zhruba 60 % všech demencí.<sup>46</sup> Příčiny Alzheimerovy choroby nám nejsou zcela známé, nejspíše jde o „genetickou změnu na dlouhém raménku chromozomu 21. Tato změna kóduje zvýšenou produkci beta-amyloidu, základního degeneračního produktu v mozcích pacientů s AD.“<sup>47</sup> AN momentálně není léčitelná, díky

---

<sup>40</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 40. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>41</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 31. ISBN 978-80-247-1490

<sup>42</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 31. ISBN 978-80-247-1490

<sup>43</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 31. ISBN 978-80-247-1490

<sup>44</sup> HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, Praha, 2009, s. 24. ISBN 978-80-86541-28-0

<sup>45</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 83. ISBN 978-80-247-1490

<sup>46</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 31. ISBN 978-80-247-1490

<sup>47</sup> JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998, s. 20. ISBN 80-85800-88-8

včasnému odhalení lze však její následky oddálit. Průběh onemocnění se také dá ovlivnit nasazením léků, tzv. kognitiv.<sup>48</sup> Pro AN je typický pomalý a nenápadný nástup.

Postupně se u nemocného zhoršují kognitivní funkce, objevují se poruchy afázie, apraxie, agnózie. Psychotické příznaky, jako jsou apatie, deprese atd. postihují více než 1/3 nemocných AN. Bludy se objevují častěji než halucinace, které bývají spíše zrakové než sluchové. Mohou se objevit nesystematizované a bizarní bludy, které bývají paranoidně perzekuční a jejich logika je pochybná. U vaskulární demence jsou naopak častější halucinace. Halucinace se mohou objevit od středních až terminálních stádií u méně než 25% klientů nemocných AN demencí. Tyto halucinace jsou nejčastěji zrakové (2x častější než sluchové) a nebývají příliš dramatické. Mohou zahrnovat vidění osob, zvířat, předmětů či bizarních jevů.<sup>49</sup>

### **3.2. Demence s Lewyho tělísky**

Demence s Lewyho tělísky (Lewy body disease - LBD) je primární neurodegenerativní demence. Pro LBD jsou charakteristické nejen základní příznaky demence, ale i výskyt opakujících se zrakových halucinací (až 70%) a bludů. Pokud tedy klient trpí masivním výskytem bludů a halucinací, je pravděpodobné, že trpí tímto typem demence. Během léčby těchto poruch vnímání se nepodávají klasická neuroleptika, jelikož by to mohlo vést ke stavu, který může ohrozit na životě nemocného, tedy zhoršení parkinsonského syndromu.<sup>50</sup>

### **3.3. Demence při zánětlivých onemocněních**

Mezi zánětlivá onemocnění způsobující demenci patří např. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, demence při infekci HIV, či syfilis.

Lues (neboli také syfilis) je jednou z nejčastějších bakteriálních příčin demence. Demenci v průběhu této nemoci může způsobovat zejména progresivní paralýza, která je typická pro psychopatologické příznaky. Mohou se objevit megalomaničké bludy, tedy stavy, kdy se nemocný pokládá za někoho velmi důležitého. Také se objevují extrapotenční bludy, kdy je nemocný přesvědčen, že má mimořádné schopnosti. V expanzivní formě

---

<sup>48</sup>MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 6. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>49</sup>PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 79. ISBN 978-80-247-1490

<sup>50</sup>PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 54, 83. ISBN 978-80-247-1490

paralýzy je výskyt těchto extrapotenčních bludů veliký. Naopak v depresivní formě se vyskytují mikromanické (stavy, kdy si člověk přijde nevýznamný) bludy a nihilistické bludy (bezvýznamnost je tak vysoká, až člověk může popřít svou existenci).<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 58. ISBN 978-80-247-1490

## 4. Služby sociální péče

V našem státě existuje škála služeb sociální péče, které slouží nejen samotným klientům, ale též pečujícím osobám. Zvláště ve velkých městech si klienti mohou vybrat službu, která jim bude nejvíce vyhovovat.

Sociální poradenství mohou využít klienti v lehkém stádiu demence a jejich příbuzní. Nemocní se zde dozvědí širokou nabídku služeb, které jim mohou být ku pomoci. Mohou také dostat informace o svépomocných skupinách, které mohou poskytnout potřebnou podporu, které se klientům možná nedostává v rodinném zázemí.

Ze služeb sociální péče mohou klienti využít osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, či sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.<sup>52</sup>

Ze služeb Sociální prevence mohou klienti využít převážně telefonickou krizovou pomoc, či služby následné péče.<sup>53</sup>

Podle přístupných dat tušíme, že „přibližně čtvrtina osob s demencí využívá ambulantní zdravotní péči, necelých 6 % zdravotní péči lůžkovou, 16 % osob trpících demencí bydlí v domovech pro seniory a více než 9 % pak v domovech se zvláštním režimem.“<sup>54</sup>

Zhruba 70% obyvatel v domovech pro seniory má diagnostikovanou demenci, v domově se zvláštním režimem je to více než 90%.<sup>55</sup>

Mnohdy se ale klient nachází v tak náročné situaci (zhoršení kognitivních funkcí, hospitalizace apod.), že již není schopen si své potřeby zajistit sám. V tom případě je to mnohdy rodina, která žádá o službu pro svého člena. „Smlouvu o poskytování sociální služby za klienta uzavře buď opatrovník, nebo v případě, že opatrovník není ustanoven, obec s rozšířenou působností, a to na základě lékařského posudku. Jedná-li se o nového klienta, lze službu u něho zajistit pouze za předpokladu, že spadá do cílové skupiny.“<sup>56</sup>

<sup>52</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část 3., hlava I., díl 1., § 34. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>53</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část 3., hlava I., díl 4. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>54</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 40. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>55</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 20. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>56</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s., 2014, s. 38.

Pokud není klient přítomný při uzavírání služby, je vhodné učinit zápis a až to bude možné, sdělit klientovi na čem se jednající strany dohodly a dodatečně si vyžádat jeho souhlas. V dalším jednání by měl být přítomný klient, mnohdy společně s rodinou. Jestliže klient souhlas neudělí, musí jednající strany toto rozhodnutí respektovat. Pracovník může také klienta a jeho rodinu odkázat na jiný či vhodnější typ služby.

Služby sociální péče jsou v následujících podkapitolách uvedeny v pořadí odpovídajícím pořadí v Zákonu o sociálních službách.

## 4.1. Osobní asistence

Jde o terénní službu, která je poskytována v přirozeném prostředí klienta. Osobní asistenti pomáhají klientovi, který potřebuje pomoc se zvládnutím běžných činností, jako je: „pomoc při zajištění stravy“ či „pomoc při osobní hygieně“. Asistenti také poskytují aktivizační činnosti.<sup>57</sup>

## 4.2. Pečovatelská služba

Jestliže se klient nachází v nepříznivé sociální situaci, může se obrátit na pečovatelskou službu. Pečovatelská služba může být poskytována terénní či ambulanti formou pro osoby se „(1) sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení ... (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, d) pomoc při zajištění chodu domácnosti, e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.“<sup>58</sup>

Pokud klient trpí halucinacemi, se kterými si pečovatelé nedokáží poradit, pečovatelská služba může s klientem ukončit smlouvu. Co se ale s klientem bude dít dále? Doufám, že v běžné praxi se nečeká až na stav, kdy klient již není schopen se sám o sebe postarat i v těch nejzákladnějších potřebách a lékař bude moci rozhodnout o klientově umístění ve zdravotnickém zařízení, či v domově se zvláštním režimem.<sup>59</sup>

---

ISBN: 978-80-247-5216-7

<sup>57</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 39. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>58</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 41. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>59</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládnutí problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s., 2014, s. 27.

### 4.3. Tísňová péče

Jedná se o terénní službu, která je poskytována skrze telefonickou komunikaci s osobami, které se nacházejí v ohrožení zdraví, či při náhlém snížení schopností klienta.<sup>60</sup> Jednou z nejrozšířenějších služeb je organizace Život 90, která funguje celorepublikově.<sup>61</sup>

### 4.4. Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány všem pečujícím, kteří každodenně pečují o osobu s demencí. Existují ve formě pobytové (krátkodobé pobyty klientů v zařízeních sociální péče), terénní (které jsou zajišťované přímo v domácnosti klienta), a také služby denních stacionářů.<sup>62</sup>

### 4.5. Centra denních služeb

Jedná se o ambulantní službu, poskytovanou pro osoby s chronickým zdravotním i duševním onemocněním. V tomto zařízení se poskytují hlavně aktivizační činnosti, pomoc při poskytnutí stravy a pomoc při hygieně.<sup>63</sup>

### 4.6. Denní stacionáře

Stejně jako u center denních služeb se zde poskytují služby pro osoby se zdravotním i duševním postižením, kteří potřebují pravidelnou pomoc. Rozdíl je podle zákona v míře poskytování pomoci, tedy denní stacionáře poskytují i „pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu.“<sup>64</sup>

---

ISBN: 978-80-247-5216-7

<sup>60</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 41. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>

<sup>61</sup> Tísňová péče Život 90. [online]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/tisnova-pece>

<sup>62</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 100. ISBN 978-80-247-1490

<sup>63</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 45. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>

<sup>64</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 46. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

## 4.7. Týdenní stacionáře

Tyto stacionáře poskytují pobytové služby osobám s chronickým i fyzickým postižením. Péče je poskytována během týdne ve stacionáři a během víkendu je péče svěřena do rukou rodiny v domácím prostředí.<sup>65</sup>

## 4.8. Domovy pro seniory

Tato zařízení zajišťují ubytování, ošetrovatelskou péči, stravování, úklid a jiné služby pro osoby, které jsou závislé na pomoci jiné osoby.<sup>66</sup> Pokoje zde většinou bývají jednolůžkové (52%), nebo dvoulůžkové (41%). Kapacity těchto zařízení ovšem bývají nedostatečné.<sup>67</sup>

## 4.9. Domovy se zvláštním režimem

V těchto domovech je poskytována služba, která se specializuje na péči o lidi s demencí, a jinými chronickými duševními onemocněními. Tato služba jako v podstatě jediná může přijímat osoby, které by svým duševním onemocněním mohly narušovat soužití v standartním zařízení.<sup>68</sup> Standardem v domovech se zvláštním režimem, jsou pokoje dvoulůžkové (průměrně 57%).<sup>69</sup> Tyto domovy dostávají v porovnání s Domovy pro seniory vyšší dotace, kde rozdíl může činit 300 korun měsíčně za obyvatele.<sup>70</sup>

---

<sup>65</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Část třetí sociální služby, Hlava I., Díl 3, § 47. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>66</sup> HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 100. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>67</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 21. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>68</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., některá ustanovení zákona o sociálních službách. Část 3, §36, c).

<sup>69</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 21. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>70</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 27. ISBN 978-80-86541-50-1

## 4.10. Domy s pečovatelskou službou

Jde o klasický dům s byty. Byty, které se v těchto domech nachází, patří podle zákona č. 89/2012 Sb.<sup>71</sup> mezi byty zvláštního určení. Je zde kombinován pobyt s úkony pečovatelské služby. Lidé mají sepsanou nájemní smlouvu a poskytovatel péče vykonává tu stejnou činnost, kterou by si klient dělal sám ve vlastním domově. Tyto domy spravují převážně obce, které také rozhodují o podmínkách přijetí.<sup>72</sup>

Pečovatelské služby jsou naštěstí čím dál dostupnější i mimo velká města, proto odpadá starost se stěhováním jen proto, aby o klienta bylo postaráno. Výhodou domů s pečovatelskou službou je, že klient není v izolaci vlastního domova, ale je zde v jakési malé komunitě.

---

<sup>71</sup> Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, § 2300. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

<sup>72</sup> HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 64-65. ISBN 978-80-247-4139-0



## 5. Poskytování sociální péče

Sociální služby jsou jedním z nástrojů, jak uplatnit základní lidská práva. Dnes stojí velká míra pomoci na solidaritě státu a sociálních službách.

Krajské pobočky úřadu práce mají na starosti úkony v oblastech zaměstnanosti a státní sociální podpory. Jedná se o dávky pro osoby se zdravotním postižením, o příspěvky na péči a pomoc v hmotné nouzi. Vykonávají též inspekci poskytování sociálních služeb.<sup>73</sup>

Z demografického hlediska se zvyšuje počet starých a osamělých osob, zejména žen. Ženy se dožívají vyššího věku a častěji žijí bez partnera, proto zde hrozí sociální izolace a nárůst věkově podmíněných nemocí (jako je Alzheimerova nemoc), což vede k institucionalizaci.<sup>74</sup>

Při poskytování sociální péče se klienti ocitají v různých a jedinečných situacích. Každý z nás k těmto situacím může přistupovat rozdílně, neboť každý klientovu situaci může chápat jinak. Sociální pracovníci, na rozdíl od lékařů či psychologů, nepracují s diagnózou, ale s neblahou sociální situací, potřebami, a emocemi jejich i klientů. Sociální pracovníci jsou jedineční a stejně tak jedineční jsou i jejich klienti.

Jiné je to v pobytových zařízeních, kde probíhá spolupráce mezi pracovníky a jiné situace nastávají v terénu a terénních službách, kde se pracovník nachází na teritoriu klienta a kde se setkává se situacemi, na které se nedá příliš připravit.<sup>75</sup>

Někdy můžeme klientovi zamítnout jeho přání a on si to může vyložit jako neochotu nebo lenost. Je nutné si vypracovat individuální plán a sjednotit postupy, aby se někdy náhodou nestalo, že by se jiný pracovník slitoval, požadovaný úkon by vykonal, čímž by poškodil pověst svých kolegů. Dokonce můžeme člověku pomoci pod záminkou dobrého skutku, který se ovšem může obrátit proti nám či klientovi ublížit.

### 5.1. Individuální plán

IP je výsledkem individuálního plánování, které zahrnuje zápis toho, jakými konkrétními kroky bude zajištěna péče o klienta. Cíle, na kterých se pracovník s klientem

---

<sup>73</sup> Sociální reforma. [online]. [cit. 2012-08-15]. Dostupné z WWW: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/2>

<sup>74</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 37. ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>75</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s., 2014, s. 7. ISBN: 978-80-247-5216-7

nebo s jeho rodinou dohodnou, by měly směřovat k podpoře a zvláště u lidí s demencí k udržení schopností klienta<sup>76</sup>.

Tak, jako je každý klient jedinečný, je i individuální plán jedinečný podle možností a schopností klienta. Za velmi dobrou praxi považují, pokud jsou uvedené schopnosti klienta popsány pozitivně, např. „klient potřebuje podporu v oblékání“ spíše než negativně „klient se nezvládá/neumí obléci.“ Individuální plán je také vhodným místem k zaznamenání PV u klienta a jak v těchto případech postupovat, jak s klientem vhodně komunikovat.

## **5.2. Standardy kvality sociálních služeb**

Všechny organizace poskytující sociální služby by měly mít zpracované standardy kvality. Tyto dokumenty obsahují: zajištění podmínek pro vyslovení klientovy vůle, průběh poskytování sociální služby, stanovení a hodnocení osobních cílů klienta, místo a dobu poskytování služeb, nouzové a havarijní situace atd.<sup>77</sup>

## **5.3. Dříve vyslovená přání**

Klient má právo rozhodnout se, jak si přeje, aby s ním bylo zacházeno, až jeho nemoc postoupí a on nebude schopen se sám za sebe rozhodovat. Takto si může zvolit, že nechce být resuscitován, či kterou osobu by si přál jako svého opatrovníka.<sup>78</sup> Je to výborný způsob převzetí odpovědnosti tak, aby za nemocného nemuseli rozhodovat druzí.

## **5.4. Spolupracující přístup**

Velmi se mi líbí slova, která použila Marcela Hauke ve své práci ohledně tohoto přístupu: „Klient je expertem na svůj vlastní život, pracovník je expertem na vedení rozhovoru.“<sup>79</sup> Klient zná nejlépe svůj život a vše co se odehrálo, naším úkolem je vést dialog a pomoci klientovi najít řešení.

---

<sup>76</sup> HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování - praktický průvodce*. Grada Publishing, a.s. 2011, s. 124. ISBN 978-80-247-3849-9

<sup>77</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., o ustanovení zákona o sociálních službách, příloha č. 2

<sup>78</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36.

<sup>79</sup> HAUKE Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s. 2014, s. 71. ISBN 978-80-247-5216-7.

Každý člověk zastává ve společnosti určité role podle věku, vzdělání a vztahů. Z role dítěte se z nás postupně stávají zodpovědní občané a rodiče. Demence tyto role výrazně pozmění, ze starostlivého dědečka se stane dědeček, který sám potřebuje pomoc.

## **5.5. Budování důvěry**

Důvěra je důležitá v každém vztahu. Sociální pracovník by se měl neustále vzdělávat, být vždy profesionální, aby byl schopen budovat důvěru ve ztížených podmínkách. V pobytových zařízeních, kde jsou klienti umístění jen na pár dní či týdnů, je v tak krátkém časovém úseku těžké, avšak důležité navázat s klientem vztah a to i tehdy, když klient odmítá spolupráci. Na úřadech může být vztah dlouhodobý, ale v pobytovém zařízení vztah končí buďto přemístěním klienta do jiného zařízení, či úmrtím klienta.<sup>80</sup>

## **5.6. Zdravotnická zařízení**

Sociální pracovníci u nás také působí v nemocnicích, kde se setkávají s klienty s demencí a jejich rodinami. Proto ve své práci uvádím i zdravotnická zařízení, konkrétně léčebny dlouhodobě nemocných a hospice.

### **5.6.1. Léčebny dlouhodobě nemocných**

LDN, odborně nazývány léčebné ústavy spadají pod zdravotnická zařízení lůžkové péče. Na péči se zde, kromě sociálních pracovníků, podílí i zdravotnický a ošetrovatelský personál. Péče je vyhrazena pro osoby dlouhodobě nemocné a zaměřuje se na rehabilitační a ošetrovatelskou péči.<sup>81</sup>

### **5.6.2. Hospice**

Hospice jsou u nás momentálně ukotveny v zákoně o zdravotních službách. Nicméně v nejbližších letech by měla být tato služba navázána na sociální službu péče o

---

<sup>80</sup> HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Grada Publishing, a.s., 2013, s. 126. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>81</sup> ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 103. ISBN 978-80-247-3213-8

osoby v terminálním stadiu.<sup>82</sup> Hospice poskytují paliativní péči, která se zaměřuje na redukci bolesti a zajištění pohodlí pro umírajícího.<sup>83</sup>

U nás existují tři formy hospicové péče - domácí hospic, lůžkový hospic a denní stacionář. V domácím hospicu se péče poskytuje přímo v místě bydliště klienta. Lůžkový hospic zajišťuje klientům ubytování i péči. V denním stacionáři se poskytuje péče v průběhu dne (tedy od rána do večera) a klient se na noc vrací do domácího prostředí.<sup>84</sup>

Z časového hlediska můžeme péči rozdělit na 1. období (*prae finem*), tedy péče o klienta od zjištění diagnózy až po nástup terminálního stadia, 2. období (*in finem*) je období péče o klienta v terminálním stadiu a 3. obdobím (*post finem*) se rozumí následná péče o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých.<sup>85</sup>

Domácí hospice přinášejí pečujícím blahodárny pocit z toho, že u svých milovaných mohou být až do konce jejich života a strávit tedy společně poslední dny, namísto umírání v osamění v instituci.

## 5.7. Dobrovolnictví a komunita

Péče o dlouhodobě nemocné se těžko obejde bez dobrovolníků. Dobrovolníkem nemusíme mít na mysli pouze studenty na praxi, ale hlavně okolí nemocného, jako například příbuzní, sousedé, bývalí spolupracovníci či přátelé. Zvláště velký potenciál vidím ve využití komunit, jak sousedských, tak farních sborů.

Nemocní se mohou také snažit zapojit do komunity, dokud jim k tomu síly stačí. Spousta občanů neví, jak s nemocným klientem mluvit a spolupracovat, tudíž se lidé s diagnózou mohou uzavírat doma ne proto, že nejsou schopni, ale proto, že na ně společnost není připravena. Přátelé a známí by měli zůstat v kontaktu a konat malé pomocné skutky. Spoluobčané v knihovnách, na koupalištích, či v obchodech by neměli nemocné vidět jako chodící problém, ale jako občany, kteří sem tam potřebují pomocnou ruku.<sup>86</sup>

Klient se může uzavřít sám do sebe a spoléhat se jen na sebe či svou rodinu, zvláště pokud je stigmatizován pomluvami typu: „To je ten s Alzheimerem, co má halucinace.

---

<sup>82</sup>Cesta domů. Advokacie. [online]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>

<sup>83</sup>HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerská společnost o.p.s., 2017, s. 76. ISBN 978-80-86541-31-0

<sup>84</sup>SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995, s. 127-129.

<sup>85</sup>SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995, s. 132

<sup>86</sup>MCINERNEY, Fran, KEADY, John. Interview. University of Tasmania. Massive online open course (MOOC) - Understanding Dementia [online] 2018. Dostupné z: <https://oer.utas.edu.au/d2l/le/content/6970/viewContent/2942/View>

Vždycky, když jde po ulici, ukazuje na věci, které tam nejsou, nebo na někoho huláká, ale přitom tam je sám.“ Okolí někdy dokáže být velmi kruté.

Mohli bychom se inspirovat komunitami v Belgii, kde se vede seznam lidí, kteří mají demenci, pro případ kdyby se některý z nich ztratil.<sup>87</sup> To by mohlo pomoci nejen komunitě a rodinám, ale konečně bychom měli nějaký přehled o počtu nemocných.

## 5.8. Komunikace

Důležité je s klientem komunikovat způsobem odpovídajícím jeho věku. Někdy se nám, bohužel, může stát, že v komunikaci s člověkem s demencí svůj slovník a naše jednání přizpůsobujeme tomu, že klienta nevnímáme jako klienta s vlastním příběhem. Pokud má s sebou klient doprovod, stále bychom měli mluvit směrem ke klientovi, ne k doprovodu.<sup>88</sup>

Také bychom neměli doplňovat slova za něj při špatném vyjadřování a tím celou konverzaci uspěchat, ale dát prostor klientovi, aby se vyjádřil sám za sebe.<sup>89</sup>

Jedním z požadavků standardu kvality je srozumitelnost. Tu můžeme dosáhnout, pokud se budeme držet jistého řádu<sup>90</sup>: 1) jednoduchost - přiměřená schopnostem, 2) uspořádanost - jasné a přehledné sdělení, 3) stručnost - krátce vyjádřit to nejdůležitější 4) podnětnost - aktuálnost a zajímavost sdělení, 5) hlasitost - hovořit přiměřeně hlasitě, 6) dobrá artikulace.

Musíme si také uvědomit, že lidé s demencí mají problémy s abstraktním myšlením, mnohdy si nevybavují jednoduchá slova či je komolí.

Při sebelepší snaze se nám to nemusí podařit ani s použitím těchto technik. V tom případě komunikujeme také s rodinou či opatrovníkem a sledujeme u klienta pocity libosti či nelibosti. Pokud máme na klienta čas, můžeme při komunikaci využít techniky reminiscence - tedy práci se vzpomínkami a minulostí.

Při sociálním šetření získáváme informace nejen od klienta, ale i od jeho pečujících či zdravotního personálu.<sup>91</sup> V mnoha případech klient odpoví na otázku typu „Ujdete 50

---

<sup>87</sup> Alzheimer's Disease International. Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/dementia-friendly-communities/belgium#Bruges>

<sup>88</sup> HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Grada Publishing, a.s., 2013, s. 131, 154-160. ISBN 978-80-247-4139-0

<sup>89</sup> SCHULZ von Thun, Friedemann, (2005) v SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál 2010, s. 16. ISBN 978-80-7367-691-9

<sup>90</sup> SCHULZ von Thun, Friedemann (2005) v SLOWÍK J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál 2010, s. 16. ISBN 978-80-7367-691-9

metrů?“ kladně, jelikož je o tom přesvědčen. Při dalším zjišťování od personálu zařízení se ukáže, že klient toho není schopen.

### 5.8.1. Neverbální komunikace

Cílem komunikace je zjišťování potřeb, tužeb, informací a možností nejen proto, aby se mohli zajistit všechny jak psychické, tak fyzické potřeby, ovšem komunikace je také důležitá pro správné nastavení služeb. Gesta a mimika může klientovi o upřímnosti a pravdivosti našich úmyslů říct více, než slova.

Zvláště v komunikaci s klienty s demencí tvoří v pozdějších stádiích největší složku právě neverbální komunikace. Kvůli poklesu kognitivních funkcí a ztrátě schopnosti vyjádřit se nám klient nemůže sdělit, kde by rád byl či zdali nemá žízeň. *„Podstatnou část informací v sociálním styku (podle některých autorů až 70 %) získáváme právě kvůli ní. V sociální psychologii je tradováno, že přes 50% toho, co sdělují, vyjadřuje tvář (mimika, řeč očí), téměř 50 % hlas (tón, intonace, plynulost atd.) a jen necelých 10 % pak zbývá na to, co říkáme.“*<sup>92</sup> V klientově tváři se zrcadlí více emocí, než které by nám kdy mohl popsat. Proto bychom se měli na klienta dívat a všimnout si, jaký má ve tváři výraz.

Pokud se pracovník není schopen dorozumět s klientem, obzvláště v demenci se může stát, že klientovy potřeby a osobní cíle nebudou naplněny, či se z klienta stane nespokojený, nepochopený a nespolupracující jedinec, který se začne vyhýbat kontaktu, dostává se do izolace a je ohrožen sociálním vyloučením. Právě u klientů s demencí je potřebná spolupráce s rodinou a jeho nejbližším okolím.

Z výzkumu M. Hauke můžeme rozpoznat nejčastější problémy nezdařilé komunikace, na které upozornili dotazovaní pracovníci. Při špatné komunikaci dochází k nedorozuměním, nedostatečné spolupráci, nebo k problémovému chování klienta. Při nedostatku času na komunikaci chybí zpětná vazba a u sociálních pracovníků vzniká nejistota, zda je péče správně nastavená a zažívají vyčerpávající stresové situace.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 21. ISBN 978-80-247-1490

<sup>92</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton 2003, s. 73. ISBN 80-7254-329-6

<sup>93</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s. 2014, s. 112-113. ISBN: 978-80-247-5216-7.

## 5.8.2. Taktilní komunikace

Tento styl komunikace je známý jako doteková varianta znakového jazyka, kterou používají především hluchoslepi<sup>94</sup>.

Komunikace zde probíhá na dlaních. U lidí s demencí je tato komunikace také ve zjednodušené formě důležitá, např. objetí, pohlázení po tváři, držení za ruku. Zde je ovšem důležité, aby si dal pracovník čas se zjišťováním hranic, co se klientovi líbí a kde je hranice komfortu. Nesmíme spěchat či dělat rychlé pohyby, k dorozumívání použít oční kontakt a úsměv.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> LORM - společnost pro hluchoslepé. Taktilní znakový jazyk.

Dostupné z: <https://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/komunikace-hluchoslepych/taktilni-znakovy-jazyk/>

<sup>95</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 195. ISBN 978-80-247-3148-3

## 6. Neformální péče a rodina

Tato kapitola je věnována neformálním pečujícím, jelikož právě oni jsou poskytovateli dlouhodobé péče podle odhadů až v 70-90 % všech případů.<sup>96</sup> Většinou se jedná o rodinné příslušníky a příbuzné. Podle Arnoldové dvě třetiny pečovatelů tvoří ženy<sup>97</sup>, s čímž souhlasí i Bareš, tedy že většinu neformálních pečujících tvoří v 70 % ženy ve věku 55-64 let<sup>98</sup>. Zhruba jedna čtvrtina pečujících pobírá starobní důchod.<sup>99</sup> Těmto pečujícím například chybí nárok na vzdělávání v oblasti ošetrovatelských a pečovatelských oblastí. Z pohledu státu hovoříme o vzdělávání a podpoře pečujících jako výrazné a efektivní investici.

Přebírání zodpovědnosti za nemocného také nemusí být úplně dobrovolnou záležitostí. Pečující postupně přebírá více úkolů, s tím, jak se zhoršuje stav nemocného.<sup>100</sup> Může to začít přebíráním starostí o čisté nádobí a nákup, až k péči o samotného nemocného.

Posuzování příspěvků na péči není jednoduchá záležitost, a ne vždy se může zdát fér. Podle průzkumu vztahu časové náročnosti vyšla najevo tato data: „*Součet doby přímé péče v prvním stupni závislosti jsou 3 hodiny, ve druhém stupni necelých 5 hodin, ve třetím 9 hodin a čtvrtý stupeň závislosti představuje 14 hodin péče.*“<sup>101</sup>

Česká alzheimerovská společnost nabízí kurzy pro pečující i pracovníky, pořádá svépomocnou skupinu pro pečující (Čaje o páté), a nabízí poradenství.<sup>102</sup>

---

<sup>96</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 23. ISBN 978-80-86541-50-1

<sup>97</sup> ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015, s. 37-38. ISBN 978-80-247-5147-4

<sup>98</sup> BAREŠ, Pavel a kolektiv. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče* [online]. Praha: MPSV, 2011, s. 68. [cit. 10. 1. 2018]. Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza\\_kapacit\\_a\\_site\\_poskytovatelu\\_dlouhodobé\\_pece.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza_kapacit_a_site_poskytovatelu_dlouhodobé_pece.pdf)

<sup>99</sup> DUDOVÁ, Radka. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny. *Mosty: Časopis pro integraci* [online]. 2013, roč. 14, č. 1, s. 22-23. [cit. 3. 12. 2017] Dostupné z:

[http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013\\_MOSTY\\_01.pdf](http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013_MOSTY_01.pdf)

<sup>100</sup> ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kolektiv. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014, s. 111. ISBN 978-80-246-2628-4

<sup>101</sup> KUBEŠOVÁ, Aneta. *Podpora neformálních pečujících v dlouhodobé péči o lidi s Alzheimerovou nemocí*. Ostrava, 2018, s. 27. Diplomová práce. Ostravská univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce KRHUTOVÁ, Lenka.

<sup>102</sup> Česká alzheimerovská společnost o.p.s. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>



## 6.1. Ošetřovné

Pokud pečující potřebuje o klienta pečovat doma z důvodu klientovy akutní nemoci, může si pečující zažádat o ošetřovné až do výše 9 kalendářních dnů. „Výše ošetřovného od prvního kalendářního dne činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.“<sup>103</sup>

## 6.2. Dlouhodobé ošetřovné

Po propuštění klienta z nemocnice se může v domácím prostředí o klienta postarat pečující, aniž by zároveň byl nucen opustit zaměstnání. Tato dávka bude vyplácena ze systému nemocenského pojištění. Toto pojištění zahrnuje možnost: „čerpání až 90 kalendářních dní pracovního volna s náhradou příjmů ve výši 60% denního vyměřovacího základu.“<sup>104</sup> Touto formou se tedy aspoň na minimální úrovni řeší otázka hmotného zajištění osob, kteří o své nemocné pečují doma. Dlouhodobou péči bychom měli také řešit i na úrovni komunity a veřejných institucí.

## 6.3. Domácí péče

Jestliže klient žije v rodinném prostředí, máme k dispozici pár doporučení pro pečující. Podle knihy „Na pomoc pečujícím rodinám“<sup>105</sup> můžeme postupovat takto:

- Nehádat se s nemocnou osobou zdali to, co slyší nebo vidí, je reálné. Zachováme klid a mluvíme na klienta klidným hlasem.<sup>106</sup>
- Jestliže se nemocný cítí v nebezpečí, měli bychom se ho snažit uklidnit, například promlouvat k němu klidným hlasem, či ho jemně držet za ruku.
- Snažte se jeho pozornost obrátit k něčemu, co se v místnosti opravdu nachází.
- Poradte se s vaším lékařem o lécích, které nemocný užívá.

První tři doporučení můžeme použít ve všech situacích či při komunikaci s klientem (či pacientem) v zařízeních.

<sup>103</sup> Česká správa sociálního zabezpečení. *Ošetřovné*. [online].[cit. Leden 2017] Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>

<sup>104</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Pečujeme o své blízké - dlouhodobé ošetřovné*. [online].[cit. 16. 11. 2017] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28608>

<sup>105</sup> HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, NIKLOVÁ, Dagmar. *Na pomoc pečujícím rodinám - Pro ty, kteří doma pečují o občany postižené demencí*. Česká alzheimerská společnost, Praha 2003. s. 17

<sup>106</sup> HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Česká alzheimerská společnost: Gerontologické centrum, Praha, 2009, s. 87. ISBN 978-80-86541-28-0

M. Hauke také provedla průzkum, ve kterém se pracovníků českých pečovatelských služeb ptala, co by jim nejvíce pomohlo vylepšit své techniky zvládnání problémového chování klienta. „*Nejvíce respondentům by pomohly: podpora spolupracovníků (kolegů či nadřízených pracovníků), vzdělávání zaměřené na komunikaci nebo zvládnání problémových situací, větší spolupráce s rodinou.*“<sup>107</sup>

Zvláště při komunikaci s klientem, který trpí na halucinace a iluze je důležitá spolupráce kolegů, zavedená metodika a hlavně empatie a chápavost situace. To ovšem neznamená nechat si za všech situací nepříjemné věci líbit. Názor některých pracovníků je i ten, že by klienti s demencí měli být umístěni v ústavním zařízení (30 % dotázaných).

Některé halucinace či iluze mohou mít negativní dopad na vztahy v rodině. Zvláště, pokud se nemocný cítí ohrožen, může i napadnout člena rodiny, aby se ochránil. Rodina by si měla uvědomit, že jejich příbuzný je nemocný a to, jak se chová, není způsobeno jeho osobností, ale nemocí.<sup>108</sup> Tento přístup vyžaduje velkou dávku empatie a porozumění.

---

<sup>107</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládnání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s. 2014, s. 124. ISBN: 978-80-247-5216-7.

<sup>108</sup> MORRISSEY, Martin, MCINERNEY, Fran. Interview. University of Tasmania. Massive online open course (MOOC) - Understanding Dementia [online] 2018. Dostupné z: [https://oer.utas.edu.au/content/enforced/6970-OR-Wicking-UDM\\_18\\_07/transcripts/Unit2-DomainsOfDementiaPart1-Transcript.html?ou=6970](https://oer.utas.edu.au/content/enforced/6970-OR-Wicking-UDM_18_07/transcripts/Unit2-DomainsOfDementiaPart1-Transcript.html?ou=6970)

## 7. Metodologie

Teoretické poznatky z odborné literatury byly popsány v předchozí teoretické části bakalářské práce. Pro svou praktickou část bakalářské práce jsem se rozhodla využít kvalitativní strategii formou řízených rozhovorů se sociálními pracovníky, pracovníky respitní péče, pečujícími a klienty.

Rozhovory byly většinou polostrukturované, formou osobních návštěv či telefonických rozhovorů a e-mailové komunikace. Pro realizaci průzkumu jsem zvolila převážně město Praha. Oslovování, dotazování a získávání respondentů probíhalo od ledna 2019 do dubna 2019. Kvůli zákonu o ochraně osobních údajů není možné zveřejnit jména či bydliště klientů a respondentů.

Cílem mého průzkumu bylo zjištění, jaké možnosti sociální péče existují pro klienty s poruchami vnímání v demenci, a jaké je využití existující sociální péče v praxi.

Data získaná z rozhovorů jsem seskupila do jednoho souboru a pro lepší orientaci jsem každému odstavci přidělila číslo. Tento text je v práci uveden kurzívou v uvozovkách, a každá citace respondenta je odcitována pod čarou jako zdroj. Ukázka přepisu dvou rozhovorů je součástí přílohy bakalářské práce (viz příloha k bakalářské práci I.)

Nalezení respondentů ochotných k rozhovoru nebylo jednoduché. Připisuji to vytíženosti sociálních pracovníků a zvolenému specifickému tématu. Potencionální respondenty jsem oslovila e-mailem, pokud na mou otázku odpověděli kladně, sjednala jsem si s nimi schůzku. Pokládala jsem otázky a vyslechla odpovědi, které jsem posléze zaznamenala do souboru. Rozhovory s respondenty byly různě dlouhé, nejkratší rozhovor trval deset minut, nejdelší hodinu. V průběhu rozhovoru jsem si zapisovala poznámky, aby byl přepis rozhovorů co nejpřesnější. Oslovila jsem sociální pracovníky z různých odvětví sociální práce (od oddělení sociální péče až po koordinátory terénních služeb).

Velmi ráda bych vytvořila graf, který by shrnoval můj průzkum a jeho výsledky, ovšem data získaná z rozhovorů jsou tak různorodá, že by výsledky v grafu mohly být zkreslené.

Oslovených bylo zhruba 20 kompetentních osob, z toho se mi podařilo provést rozhovor s 6 respondenty.

## 7.1. Průzkumné otázky

V závislosti na stanoveném cíli jsem formulovala základní otázku ohledně sociální péče: *S jakým zařízením či službou sociální péče se respondenti setkali?*

Následně byly formulovány vedlejší otázky:

*Jakým způsobem se u klienta halucinace a iluze projevují (co vidí, slyší, délka trvání...)?*

*Jak probíhá komunikace a spolupráce s klientem?*

V mém průzkumu bych se také ráda dozvěděla, jaký typ demence má každý určitý klient. Tato otázka je ovšem velmi složitá, neboť ne každý klient musí mít přesně diagnostikovaný typ demence. Různé klinické testy mohou ukázat pravděpodobnou příčinu demence, ale lékaři si nikdy nemohou být stoprocentně jisti. Nejpoužívanější test k přesnému určení typu demence je zkoumání tkáně mozku pod mikroskopem, tedy během pitvy.<sup>109</sup> Tato metoda je vzhledem k mému průzkumu irelevantní a proto na tuto otázku nebudu klást velký důraz, půjde spíše o otázku dobrovolnou na dokreslení situace.

## 7.2. Analýza rozhovorů

Jednotlivá, opakující se témata z polo strukturovaných rozhovorů jsem postupně seskupila do kapitol odpovídající základním a vedlejším cílům práce.

### 7.2.1. Služby sociální péče

Respondenti ve svých výpovědích nejvíce zmiňovali respitní péči a odlehčovací pobyty, domovy se zvláštním režimem a denní či týdenní stacionáře.

Zaznamenala jsem větší zájem o denní stacionáře, než o centra denních služeb. Dovolím si to odvodit z myšlenky, že některé denní stacionáře se specializují na osoby s demencí. Využití denních center bych přiřadila spíše k menším městům, kde je nabídka omezenější a pečující upřednostní zařízení blízké domovu. Nikdo z rodin či pracovníků nezmínil pečovatelskou službu.

Služby tísňové péče nezmínil žádný z respondentů. Je to pravděpodobně tím, že klienti obvykle nejsou schopni ovládat telefonní zařízení či elektronickou komunikaci. Tuto schopnost se nenaučili v průběhu nemoci, či ji zapomněli. Možností mohou být také

---

<sup>109</sup> MORRISSEY, Martin, MCINERNEY, Fran. Interview. University of Tasmania. Massive online open course (MOOC) - Understanding Dementia [online] 2018. Dostupné z: <https://oer.utas.edu.au/d21/le/content/6970/viewContent/2891/View>

bludy, že je klient pomocí technologie sledován. („*Další klientka trpěla bludem, že ji nějaký soused s kamerama skrze techniku sleduje, však víte, někteří lidé prostě technice nevěří. Že ji prý bral peníze, skrze speciální klíče, které si sám vyrobil a tím se jí dostával do bytu.*“<sup>110</sup>). Další z možností je i nízká informovanost o této službě, která je prezentována spíše jako služba pro utiskované a zneužívané seniory.

## 7.2.2. Halucinace a iluze

Jak již bylo popsáno v teoretické části bakalářské práce, halucinace a iluze se mohou projevat různými způsoby a ovlivňovat naše základní smysly. („*PV se objevují hlavně ve střední fázi demence, nebo pak úplně na začátku u vaskulární demence, kde nastávají cévní změny a většinou se objevují lidské postavy, nebo hmyz, broučci lezoucí po zdi. ... Většinou vidí malý děti, vidí broučky lézt po zdi, rodinu která už nežije, dva syny vidí jako malé a přitom už to jsou šedesátiletí muži.*“<sup>111</sup>).

PV do rodin mohou přinášet negativní emoce, jak ze strany klientů („*Od té doby slyšela divné věci a hádala se s námi. Byla dost zmatená. ... slyšela věci, které my jsme neslyšeli, a když jsme ji to nevěřili, zlobila se na nás.*“<sup>112</sup>), („*Ted' mě tak napadá, měla jsem klienta C a s ním jsme chodili na procházky do parku a měl tendenci vidět listí a klacky jako něco, co nemá být na chodníku. Jako by to bylo smetí a bylo to pro něj obtěžující. Tak jsem ho nechala, ať to sbírá a buď ho to pak přešlo, nebo jsem od toho odpoutala pozornost. Asi aby ten chodník byl čistý, žejo? Ale to bychom tam mohli být i tři hodiny. Někdy trochu posbíral a šli jsme dál, ale někdy bylo opravdu vidět, že sbíral víc a víc a neuspokojovalo ho to a vadilo mu to.*“<sup>113</sup>), tak ze strany pečujících („*Paní měla období, kdy se v noci probouzela a říkala, že má chlapa pod postelí.... A její manžel se zlobil.*“<sup>114</sup>). Jen v mnoha vzácných případech mohou PV přinášet klientovi klid („*Jednou mě i brala, že jsem její maminka a to bylo dobrý, dokonce mi i děkovala, že se o ni starám a vypadala tak spokojeně.*“<sup>115</sup>)

Halucinace a iluze mohou být propojeny nejen s rodinnými příslušníky („*Víte, můj manžel mně v noci chodí navštěvovat. Přes den je asi u nějaký jiný a v noci leze za mnou. Ale dětem, no věřím, ale je to divný, asi mu dali klíče, protože já si vždycky na noc zamknu,*

<sup>110</sup> Rozhovor s respondentkou D, (18).

<sup>111</sup> Rozhovor s respondentkou D, (6) a (12).

<sup>112</sup> Rozhovor s respondentkou A, (3) a (5).

<sup>113</sup> Rozhovor s respondentkou B, (14).

<sup>114</sup> Rozhovor s respondentkou D, (8).

<sup>115</sup> Rozhovor s respondentkou B, (12).

*a on se ke mě stejně vždycky dostane. ... Má na sobě oblečení, které nosil předtím, než zemřel. Ale už se mnou není, asi teď má nějakou jinou.*<sup>116</sup>), („... že se otočila a někomu odpovídá, a když jsem se ji na něco zeptala tak mě stopla ať nemluví „že mluví tatínek,“ a někdy se i ptala, „co říkal?“ jestli ho taky vidím.<sup>117</sup>“), ale i lidmi, kteří se častěji vyskytují v okolí klienta („Starala jsem se o jednu paní, která dost často mluvila na bývalou asistentku, která v místnosti nebyla a už k ní rok nechodila. Jakoby nemluvila na mě, ale na tu bývalou asistentku. ... Vnímala, že tam jsem. Mluvila i se mnou normálně ale někde mluvila a koukala se vedle mě, jakoby tam seděla i ta druhá asistentka.“<sup>118</sup>).

Je možné, že se halucinace a iluze budou měnit podle toho, v jakém prostředí klient žil. Ti klienti, kteří si prošli válkami, mohou mít PV spojené s terorem. Čím více se technika stává součástí lidského života a naši dlouhodobé paměti („*Demence zasahuje i do dlouhodobé paměti, halucinace se nevyskytují osamoceně, jsou propojené s pamětí,*<sup>119</sup>), tím větší počet halucinací můžeme v budoucnu očekávat. („*Byl zde klient, ekonom, zajímal se o historii, rodina už se o něj nemohla starat, 82 let, s šouravou chůzí. Byl inkontinentní, a vždy ráno byla potřeba ho převléknout. A ten pán nechtěl vstát, jelikož jsou pod okny zástupy raněných a on odmítá vstát, dokud někdo nepodá hlášení a nebudou ošetřeni. S touto utkvělou představou on nesnídal, nechce léky, nesleze dolů, dokud nedostane zprávu. Tehdy ještě byli civilkáři, takže přišel muž, autorita, napůl zasalutoval, dostal se do příběhu s klientem, a ohlásil, že jsou všichni v pořádku obvázáni. A pán se uklidnil a mohl se jít převléknout.*<sup>120</sup>).

### **7.2.3. Komunikace**

V průzkumu se také ukázalo, že ve spoustě případů berou pracovníci a ošetřovatelé PV jako podstatnou bariéru v komunikaci, která může vést ke frustraci. („*Pro mě to bylo hodně náročné, protože jsem s paní měla chodit ven a dost často mi utíkala, fyzicky napadala a absolutně nerespektovala. Občas mě ani nepustila dovnitř.*<sup>121</sup>).

Já bych dodala i nejistotu ze strany klientů, kdy neví, co se s nimi děje, proč na ně pracovníci sahají a z takových nepříjemných emocí se může rychle vyvinout odmítání a agrese. V případě, že má klient halucinace či iluze a nemá, jak by vyjádřil pocity strachu a

---

<sup>116</sup> Rozhovor s respondentkou C, (5) a (13).

<sup>117</sup> Rozhovor s respondentkou B, (3).

<sup>118</sup> Rozhovor s respondentkou E, (3) a (7).

<sup>119</sup> Rozhovor s respondentkou D, (14).

<sup>120</sup> Rozhovor s respondentkou D, (13).

<sup>121</sup> Rozhovor s respondentkou E, (9).

úzkosti, může se to projevit ve fyzické rovině. (*„Tito lidé potřebují nefrustrující přístup. Někteří pečující tak reagují, bylo by dobré zmínit v práci i edukaci profesionálů a pečujících, aby si to nebrali osobně, vážně. Klienti se mohou začít bránit, říkat „já nejsem blázen“. Je nutné tuto situaci akceptovat jako důsledky nemoci, zklidnit se, zpomalit a naladit se na klientovo tempo.“*<sup>122</sup>).

Při komunikaci bychom také neměli pouze zaznamenávat to, v čem klient selhává a jaké funkce se zhoršují, ale také bychom se měli zaměřit na jejich zachovalé funkce.

Komunikace s člověkem postiženým demencí je mnohdy nesnadná. Klient, který právě prožívá iluzi či halucinaci je velmi zmatený a neví přesně, co se děje. (*„Nemocný s PV to vnímá tak, že to, co vidí, je pro něj pravdivé.... Nemocní mají svůj svět, pro nějž jsme průvodci krajinou jejich světem.“*<sup>123</sup>).

Ráda bych zde proto uvedla pár rad, kterých bychom se měli držet. Pokud je to jen trochu možné, měli bychom si zjistit informace o klientově minulosti. Měli bychom respektovat klienta i jeho přání. Zajímavá otázka to může být, i pokud je přání klienta v rozporu s normami a ochotou pracovníka. Neříkat věty typu „To bude dobré, určitě se to zlepší“ apod. Tím dáváme neuctivě najevo, že nebereme klientovo trápení vážně. (*„A její manžel se zlobil a ptal se: „Prosím tě, co by tam dělal?“ a „Né, nikdo tam není.“ Poté manžel začal docházet na Čaje o páté, kde získal jakýsi cit pro tu péči o manželku s demencí. Řekl jí „Pojď ke mně.“ tedy najednou k němu dostala důvěru. Rozsvítil, to bylo první, co udělal, odvedl ji o oknu a klidným narativním tónem, jako mají Angličané, ji začal vyprávět: „Támhle v dálce se ještě svítí v oknech,..“. Jde o takzvaně vnášení klidu do neklidu. Paní udělal cappuccino, paní si lehla a bez antipsychotik usnula. Tak se jim povedlo překonat toto neklidné období.“*<sup>124</sup>).

Jestliže klientovi něco sdělujeme, či se nás opakovaně na něco ptá, doporučuji informaci sdělovat delikátně a s ohledem. (*„Informace získané od klienta nemusí být dostačující, klient může být dezorientovaný. A ten člověk s tím pracuje, čeká na manželku, vyptává se, kde je, včera tady byla a kde je dnes? Vždy tu situaci prožívají jako novou událost. PV se musí akceptovat.“*<sup>125</sup>).

---

<sup>122</sup> Rozhovor s respondentkou D, (16).

<sup>123</sup> Rozhovor s respondentkou D, (3).

<sup>124</sup> Rozhovor s respondentkou D, (8).

<sup>125</sup> Rozhovor s respondentkou D, (12).

#### **7.2.4. Příklad z praxe**

Klientka se narodila v malém městě, kde i vyrůstala a prožila své dětství. Její tatínek byl rybářem, maminka pracovala jako dělnice. Byla nejmladší z 5 dětí: měla 2 sestry a 2 bratry. Později se přestěhovala do Prahy, kde pracovala ve výzkumném ústavu. Mezi její dlouhodobé záliby patřil zpěv, tanec, opery, operety. Klientka byla milá a starostlivá paní, ráda chodila upravená (v zrcadle si kontrolovala oblečení a účes – vlasy měla vždy učesané do“ drdolu“). Měla ráda pořádek a čistotu. V roce 2003 ji vykradli a od té doby se u ní začaly projevovat halucinace, které se objevovaly z ničeho nic, mluvila a komunikovala pravděpodobně se svým tatínkem. Tyto stavy přetrvávaly až do středního stadia demence, kdy klientka postupně přestala mluvit. Její dcera si ji vzala na péči domů a pečovala o ni od r. 2003 až do roku 2018, kdy klientka zemřela v nemocnici. Klientka využívala služeb respitní péče 7 let.

#### **7.3. Shrnutí výsledků**

Z rozhovorů můžeme vyzorovat pár základních dat, týkající se hlavních i vedlejších cílů. Ze sociální sféry mají klienti a jejich pečující největší zájem o denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací pobyty a respitní péči.

Jak se dalo předpokládat, na klientův osud má největší vliv jeho rodina. Pokud jsou příbuzní schopni a ochotni se o klienta starat a hledat způsoby, jak mu nemoc s projevy PV usnadnit, klient zůstává v domácím prostředí, případně k němu dochází odlehčovací služby či navštěvuje denní stacionář. Pokud jsou požadavky péče o klienta veliké, pečující se obracejí na sociální pracovníky s žádostí o pomoc, či si pomoc hledají sami pomocí internetu a nejbližšího okolí.

K umístění klientů do sociálního zařízení dochází obvykle při kombinaci i jiných projevů demence (odchody z domova, halucinace, iluze, zhoršení kognitivních funkcí, či zhoršení fyzického stavu).

Mezi nejčastější projevy halucinací a iluzí je vidění osob, ať už cizích, známých, velkých či malých dětí. Dále to může být hmyz, či jiná zvířata.

Projevy PV mnohdy doprovází agrese, která může být ohrožující a riskantní nejen pro všechny aktéry sociální péče, ale i pro samotné klienty. Pokud jsou projevy PV agrese v domácím prostředí ohrožující, vždy jsou to pečující, nikdy ne samotný klient, kteří



vyhledají lékařskou pomoc. Pokud je ohrožena veřejnost či kdokoli, kdo není seznámen s klientovou anamnézou, se obrací o pomoc na policii.

Pro úspěch péče je klíčová správná komunikace s klientem. Neměli bychom mu vyvracet jeho halucinace či iluze, aby nedocházelo ke zhoršení jeho stavu. Je vhodné na klienta mluvit klidně a snažit se odlákat pozornost od jeho problémů.

## 8. Diskuze

Literatury, týkající se demence a sociální péče, nalezneme mnoho, ale nepodařilo se mi nalézt jakoukoli literaturu týkající se vhodných zařízení pro konkrétní symptomy. Neucelenou strategii tedy přejímají samotní sociální pracovníci v zařízeních a ti řeší problematiku projevů demence individuálně.

Co se ovšem týká komunikace, souhlasím s Marcelou Hauke<sup>126</sup>, která velmi jasně hovoří o důležitosti nevyvracet klientovo podezření s tvrzením, že se jedná o nesmysl, a pokud možno od celého problému odvrátit pozornost. Tento postup se osvědčil i respondentům v mém průzkumu.

Díky mé praxi v oblasti péče o seniory s demencí jsem očekávala jistou preferenci odlehčovacích služeb, denních stacionářů a domovů se zvláštním režimem. Tento předpoklad byl správný, což se projevilo v rozhovorech. Překvapila mě již samotná existence center denních služeb, která mohou být také vhodnou složkou v péči pro osoby s demencí.

Co se týče oblasti PV, očekávala jsem halucinace, při kterých klienti vidí různé osoby či zvířata. Velmi mě překvapila výpověď, která dosvědčovala klienta kdysi bojujícího ve válce, který viděl zástup raněných a způsob, jak se s tím pracovníci ústavu vypořádali.

Také jsem doufala ve větší angažovanost sociálních pracovníků (zejména pracujících na úřadech), jejichž odpovědi byli strohé či žádné. Chápu, že mé téma je dosti specifické a ne všichni sociální pracovníci se s ním setkali.

Téma, které jsem si pro bakalářskou práci vybrala, mě zaujmul již v počátku mé studentské praxe, až v průběhu mi ale došlo, jak specifické toto téma je.

V průběhu průzkumu a rozhovorů jsem narazila na určitá témata, která otevírají novodobé problémy a dilemata sociální práce. Tato dilemata a otázky budou popsány v této kapitole. Některé podkapitoly jsou očekávané a odpovídají na základní otázky průzkumu. Další podkapitoly jsou ovšem spontánní a nebyly součástí průzkumných otázek. Jsou to především otázky hospitalizace, ekonomického zatížení státu i pečujících, zamyšlení nad propůjčováním zvláštních pomůcek a kvalitou života lidí s demencí.

---

<sup>126</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s., 2014, s. 31. ISBN: 978-80-247-5216-7

## 8.1. Umístění klienta do zařízení

Umístění klienta do zařízení může mít jistý dopad na zhoršení stavu klienta. První tři týdny jsou pro adaptaci klienta nejtěžší. Klienti často trpí tzv. adaptačním syndromem<sup>127</sup>. Klienti mají problém s orientací v novém prostředí, nemohou najít WC nebo své lůžko a mnohdy bloudí po chodbách. Velmi dobrý mi přišel nápad, který jsem mohla vidět v praxi v Domově se zvláštním režimem v Praze. Na dveřích byly připevněny obrázky (např. jablko, slunce, apod.) a každý klient poté mohl najít svůj pokoj podle tohoto symbolu. Symboly jsou jednodušší na zapamatování, ale přesto se stávalo, že klienti ve středním stadiu demence nadále hledali svůj pokoj.

Každé zařízení i každý domov by měl upravit prostor pro nemocného tak, aby si nemocný neublížil, nebo se neztratil. Také nemusí být na škodu upravit prostředí pro klienta, který často trpí iluzemi. Například oblečení visící na věšáku může leckomu připomínat osobu skrytou ve tmě. Některým může pomoci při strachu ze tmy také menší rozsvícená lampička či noční světlo do zásuvky. („*Poruchy vnímání se objevují zejména v noci a jsou spojené s úzkostmi, nemocní nemají všeobecně rádi tmu, doporučuje se používat osvětlení s úspornými žárovkami, nebo lampičky. To velmi pomáhalo.*“<sup>128</sup>).

## 8.2. Ekonomické zatížení

Ekonomické zatížení rodiny a státu se mění v průběhu nemoci. Také se různí skladba poskytované péče v závislosti na stadiu nemoci. S progresí nemoci se zvyšují náklady na sociální péči, případně náročnost péče přesáhne únosnost pečujících a ošetřujících a nemocný je převezen do ústavního zařízení.<sup>129</sup>

Je to také téma, se kterým se sociální pracovníci mohou setkat jak v pobytových zařízeních, na úradě či v domácí péči. Každý tuto otázku řeší po svém. Někteří poskytují klientům jen péči, kterou si zaplatil. Jiní se snaží udělat něco navíc, aniž by museli úkon vykazovat, neboť se klient nachází v situaci, kde se nemá na koho jiného obrátit.

Je důležité pracovat na tom, aby nabídka služeb byla co nejširší a jejich dostupnost a nákladnost dovozovaly rodinám starat se o klienta co nejdéle tak, aby umístění klienta do zařízení bylo až poslední možností.

---

<sup>127</sup> JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998, s. 27. ISBN 80-85800-88-8

<sup>128</sup> Rozhovor s respondentkou C, (5).

<sup>129</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 16. ISBN 978-80-247-1490

Zvláště ožehavé je toto téma v domácím prostředí, kde klient nemocný demencí vyžaduje nepřetržitou 24 hodinovou péči, a nemá to správné rodinné zázemí, či má špatně zajištěnou provázanost služeb. S diagnózou demence přechází na rodinu spousta starostí nejen o domácnost, ale i o budoucnost, ve které rodinu čeká spousta výdajů na péči. Zvýšený výdej finančních prostředků může mít za následek neblahý řetězec sociálních postihů (např. zadlužení). Pokud klient či rodina nemají prostředky k tomu, aby si zařídili pečovatelskou službu či respitní péči, většinou se tento klient umisťuje do zařízení sociálních služeb (domov se zvláštním režimem či domov pro seniory), kde je ovšem dlouhá čekací listina. Pečující tak musí vyřizovat žádosti měsíce dopředu. Pokud se místo uvolní a pečující si chce ještě klienta nechat v domácí péči, žádost v tomto zařízení buďto propadne, nebo se nemocný posune zpět na konec čekacího seznamu. V některých případech lze udělit výjimky, za to ovšem domovy požadují dary v hodnotách desetitisíců korun.

Demence se nejčastěji vyskytuje po 65. roce věku. V dnešní době se ovšem vyskytuje i dříve (30-50 let, až 10 % nemocných).<sup>130</sup> Tito lidé pak řeší jiné problémy, než lidé, kteří onemocní ve vyšším věku. Náš systém na takto mladé klienty není připravený, některá zařízení či odlehčovací služby jsou nastaveny tak, že přijímají klienty od 50 let výše.

### **8.3. Kvalita života**

Člověk, který se o tyto klienty stará, by měl vědět, co to je syndrom demence, čím je způsobený a jaké mohou být následky. Někdy si může myslet, že to jak se klient s demencí chová, dělá záměrně a ne v důsledku jeho nemoci. Když se tedy klient chová nevhodně, a my si myslíme, že to dělá naschvál, můžeme reagovat stylem, který v klientovi vyvolá strach či obavy, což nepřispívá ke kvalitě jeho života.

Jakmile poznáme, že klientovo chování je způsobeno nemocí, začneme se k nim chovat tak, abychom naopak zlepšili průběh jeho nemoci.

Potřeby klienta se mění v průběhu jeho nemoci. Odvíjí se to od fáze, ve které se klient nachází. V lehkém stadiu může být jednou z potřeb například zachování kontaktu s okolím a vytvoření příjemného prostředí. Je důležité diagnostikovat demenci co nejdříve,

---

<sup>130</sup> HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerovská společnost o.p.s., 2017, s. 13. ISBN 978-80-86541-31-0

protože někteří klienti jsou v raném stadiu schopni rozhodnout se, jak se o ně budou pečovat, a rodina může zjistit, jaké jsou jejich možnosti.

Pokud klient senior užívá léky, ve vyšším věku se vyskytují nežádoucí účinky léků. Spolupráce spojená s užíváním léků se výrazně zhoršuje, stejně tak jako složitost aplikace. Zlepšení kvality života můžeme dosáhnout i nefarmakologickými postupy, např. cvičením, úpravou diety apod. Lékaři mohou předepsat prášky na uklidnění, ale spíše pro dobro okolí než pro dobro samotného klienta.

Ze zkušeností rodinných pečujících se nám prokazuje, že existují jisté problémy v nemocniční péči. Dovolím si jich pár vyjmenovat; nedostatečné zajištění příjmu potravy a tekutin, prevence dekubitů a polohování, chybějící komunikace se sociálním rezortem, či neřešení problémů z důvodu, že je klient velmi starý.

#### **8.4. Zvláštní pomůcky**

Z průzkumu jsme se také dozvěděli, že klienti a jejich pečující využívají i příspěvky na zvláštní pomůcku, za který si pořizují např. zvedací systémy. Tyto pomůcky si mohou za určitý obnos peněz propůjčit, či zakoupit. Zatím ovšem žádná z organizací nenabízí vyzkoušení této pomůcky, aby se případně rodina mohla podívat, jak pomůcka funguje a případně vybrat jiný typ pomůcky (místo schodišťové plošiny vybrat schodolez), či si tuto pomůcku zakoupit z vlastních zdrojů. Rodina si tak musí vypůjčit jeden systém, a pokud s ním není spokojena, musí projít celým procesem navrácení pomůcky a vypůjčení jiné.

Tyto pomůcky a přístroje pak využívají hlavně pečující v závislosti na zhoršujícím se stavu klienta. Klient již většinou není schopen se naučit, jak s přístrojem zacházet.

#### **8.5. Stádia demence a nabídka služeb**

Člověk s demencí prochází třemi stádii této nemoci. Ne každý musí projít všemi stádii, a u každého je průběh a délka stadia individuální. Také se liší délka života poté, co byla nemoc diagnostikována. U někoho to může být rok, u jiných i deset let.

Z průzkumu a pozorování jsem ke každému stadiu demence přiřadila sociální služby, které by mohly být vhodné pro klienta s poruchami vnímání.

V prvním, lehkém, stádiu má klient mírné problémy s pamětí, hůře se učí novým věcem a ztrácí předměty, ovšem stále je schopen vykonávat každodenní činnosti. V tomto stádiu je klient vhodným kandidátem pro denní stacionáře, kde může procvičovat kognitivní funkce.

Ve středním stádiu je soběstačnost nižší, klient zvládne úkony s dopomocí, ale je potřeba, aby klient nezůstával v domácnosti sám. Příbuzní klientů ve střední fázi demence často využívají osobní asistence, respitní péče či pečovatelské služby. Pečující je pro klienta zdrojem podpory a komunikace.

V těžkém stádiu demence již klient není schopen péče o sebe samého, bývá inkontinentní, a mnohdy není schopen se sám najíst. Pokud klienti v posledním stádiu nevyužívají služeb respitní či pečovatelské služby, rodina je často nucena umístit klienta do zařízení, jako jsou domovy se zvláštním režimem, či léčebny dlouhodobě nemocných. Klient v tomto stádiu potřebuje více klidu a odpočinku a s tím také mohou přijít komplikace, např. výskyt dekubitů, úzkost či poruchy příjmu potravy.

V posledním stádiu je péče o klienta velmi těžká, nejen fyzicky, ale i psychicky. Klient v této fázi nepozná své ošetřovatele, ani rodinu. Také je zde jistá zoufalost rodiny, protože si nejsou jisti, kdy nastane klientův den a oni se s ním budou muset nadobro rozloučit. Pokud je tedy situace velmi akutní, klienti bývají přesunuti do zařízení zdravotnického typu - léčebny pro dlouhodobě nemocné, či psychiatrické nemocnice.<sup>131</sup>

V některých případech může být smrt klienta vysvobozením, leč smutným, jelikož pečující věnovali péči několik let a sami potřebují pomoc, např. rehabilitaci či pomoc psychologa.

## **8.6. Neformální pečující**

Klienti a jejich rodiny mohou obdržet příspěvky na péči, ale mnohdy jsou tyto příjmy nedostatečné. Pečovatelé využívají odlehčovacích služeb, aby mohli chodit do práce. Někteří klienti potřebují 24 hodinovou péči, ale rodina si může z příspěvku dovolit pouze pár hodin respitní služby či pečovatelů. Případně se může stát, že asistent respitní služby zrovna v potřebný čas nemůže a pečující tak musí smlouvat a improvizovat, případně hledat zástup jinde. Někteří pečovatelé se vzdají práce, aby mohli o rodinného příslušníka pečovat, a tyto roky jim poté chybí při výměře starobního důchodu. Naštěstí, od

---

<sup>131</sup> MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina, HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016, s. 30. ISBN 978-80-86541-50-1

roku 2018 existuje Příspěvek na osobu blízkou (kdysi byl pod názvem příspěvek na bezmocnost či nemohoucnost).

O trochu lépe na tom jsou pečující, kteří k příspěvku na péči zároveň pobírají starobní důchod. Tito lidé pak mají větší šanci na dobré zorganizování si času na péči. Jistě, pečující v důchodovém věku již bývají v pokročilém věku a mnohdy nemají dostatek sil na manipulaci s klientem, např. při hygieně. Tito lidé se většinou rozhodnou pro využití pečovatelských služeb či služeb respitní péče.

Pracující pečující, pokud tedy chtějí o klienta pečovat, si musí skloubit pracovní povinnosti s pečováním. A ne vždy tomu musí zaměstnavatel rozumět. Péče pro pracujícího se může ještě zkomplikovat, pokud musí pečovat o své děti, či pomáhat s vnoučaty. V tomto případě je pro pečujícího vhodné využít denní stacionáře či respitní službu. Pokud pečující ztratí práci, musí se zaregistrovat na úřadu práce a pobírat pak výměr podpory v nezaměstnanosti.

Rodina je jednou z nejstarších základních jednotek lidského společenství, do kterého patří i starší člověk. Každodenní styk s rodinou a domácí prostředí přinášejí klientovi nenahraditelnou podporu. Někteří hovoří o krizi společenských hodnot. Rodiny se častěji rozpadají, lidé ztrácejí své jistoty a naděje, často se ocitají na hraně s vyloučením ze společnosti. Může se zdát, že si všichni pouze hledí svého a starají se pouze o věci, které se týkají přímo jich.

Naštěstí znám spoustu lidí, jak pracovníků, dobrovolníků ale i občanů, kterým není lhostejná bída a neštěstí druhých. Velkou roli totiž hraje osobnost pracovníka. Mezi naučené a osvojené schopnosti z kurzů a škol je potřeba vložit také čirý vztah mezi pracovníkem a klientem. Vztah, kde nejde o dobrý pocit z dobře promyšlené manipulace, kde se nám podaří zvednout si sebevědomí správně naordinovaným postupem, ale opravdový zájem nezištně poskytnout pomoc. Jestliže pracovník nevěří klientovým schopnostem a udělá úkon za něj, případně mu nařídí, co má dělat, namísto pomoci zde pracovník vstupuje do kontroly.

Motivací, proč se pečující rozhodl o klienta starat, může být v malém městě například nedostupnost služeb.

Psychickou podporu pečujících mnohdy zajišťují nejen sociální pracovníci, ale i asistenti terénních služeb, kteří se v rodině nacházejí častěji než sociální pracovníci.

# ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na zařízení sociální péče vhodná pro osoby s demencí, jejichž příznačnými projevy jsou poruchy vnímání.

Sociální péče o klienty je závislá nejen na sociálních pracovnících, ale také na podpoře okolí a rodiny. Sociální situace klienta je mnohdy závislá na tom, zdali je rodina schopna se o klienta postarat. Pokud je míra projevů neúnosná, klient přechází do instituce zdravotní či sociální péče.

Sociální péče u lidí s poruchami vnímání je také mnohdy podobná jako u lidí s demencí, kteří mají jiné příznaky. Limitem a důvodem pro umístění klienta nemusí být pouze poruchy vnímání, ale i zdravotní stav klienta. Sociální péče u jiných, problémových symptomů demence může být vhodným tématem pro další práce či studium. Námětem pro další zkoumání může být sociální péče u lidí s demencí, jejichž projevy zahrnují nespavost, odchody z domů, či deprese (např. sociální péče u lidí s demencí, kteří často odcházejí z domu a jak s nimi pracovat). PV také často souvisí s poruchami chování, někdy jsou jeho součástí.

Tato práce využívá pojmů ze zákona o sociálních službách. Organizací, které tento zákon představují a jsou nositelem péče, je v práci vyjmenováno jen málo, převážně ty, které působí celorepublikově. Proto sociální péče může být rozdílná napříč všemi kraji naší republiky. Ne všude totiž existuje široká nabídka služeb a zařízení. Klienti a sociální pracovníci tedy musí využít té pomoci, která je pro ně dostupná.

Analýza rozhovorů ukázala velmi zajímavé výsledky v oblasti komunikace a projevů halucinací a iluzí. Tyto výsledky ovšem nejsou zobecnitelné pro svůj malý vzorek a konkrétnost tématu. Práce je podle mého názoru přínosná především individuálními výpověďmi respondentů a svým neotřelým tématem v oblasti sociální práce. Zajímavé jsou také údaje, jakým způsobem se PV u klientů projevují.

Cíl práce se mi podařilo splnit, zjistila jsem možnosti sociální péče u osob, které trpí PV. Nejvyužívanější jsou dle mého průzkumu denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a odlehčovací služby. Také se mi podařilo zjistit zajímavá a hodnotná data, která se týkají vhodné komunikace s klientem.



# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Tištěné zdroje

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl - Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 103. ISBN 978-80-247-3213-8

Dementia in Europe: The Alzheimer Europe magazine. Issue 26, February 2018.

FEIL, Naomi, KLERK-RUBIN V. *Validácia*. Terapeutika: Bratislava, 2015. ISBN 978-80-971766-1-7

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování - praktický průvodce*. Grada Publishing, a.s., 2011, s. 124. ISBN 978-80-247-3849-9

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7

HEGYI, Ladislav. *Zdravotný stav seniorov v Európe a možné trendy jeho vývoja*. Geriatria, 2008. č. 3.

HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, NIKLOVÁ, Dagmar. *Na pomoc pečujícím rodinám - Pro ty, kteří doma pečují o občany postižené demencí*. Česká alzheimerská společnost o.p.s.: Praha 2003. ISBN 80-86541-10-x

HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost o.p.s., Gerontologické centrum, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0

HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s, 2003.

HOLMEROVÁ Iva, MÁTLOVÁ, Martina. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerská společnost o.p.s., 2017. ISBN 978-80-86541-31-0

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

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

JIRÁK, Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1998. ISBN 80-85800-88-8

KUBEŠOVÁ, Aneta. *Podpora neformálních pečujících v dlouhodobé péči o lidi s Alzheimerovou nemocí*. Ostrava, 2018. Diplomová práce. Ostravská univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce KRHUTOVÁ, Lenka.

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

MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ Martina, HOLMEROVÁ Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost o.p.s., 2016. ISBN 978-80-86541-50-1

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-247-4402-5

OREL, Miroslav., FACOVÁ, Věra., a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-6979-0

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

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kolektiv. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-36-6

## **Internetové zdroje**

Alzheimer's Disease International. Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/>

BAREŠ, Pavel a kolektiv. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče* [online]. Praha: MPSV, 2011. [cit. 10. 1. 2018] Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza\\_kapacit\\_a\\_site\\_poskytovatelu\\_dlouhobe\\_pece.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza_kapacit_a_site_poskytovatelu_dlouhobe_pece.pdf)

Česká alzheimerovská společnost o.p.s. [online]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Česká správa sociálního zabezpečení. [online]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/>

DUDOVÁ, Radka. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny. Mosty: Časopis pro integraci [online]. 2013, roč. 14, č.1, s. 22-23. [cit. 3. 12. 2017] Dostupné z: [http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013\\_MOSTY\\_01.pdf](http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013_MOSTY_01.pdf)

LORM - společnost pro hluchoslepe. *Taktilní znakový jazyk*. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/komunikace-hluchoslepych/taktilni-znakovy-jazyk/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>

Rozhodnutí komise EU 91/544/EEC: Commission Decision of 17 October 1991 on the Liaison Group on the Elderly. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1542016536999&uri=CELEX:31991D0544>

Státní správa. [online]. Dostupné z: <https://www.statnisprava.cz/>

Tísňová péče Život 90. [online] Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/tisnova-pece>

University of Tasmania. Massive online open course (MOOC) - Understanding Dementia [online] 2018. Dostupné z: <http://www.utas.edu.au/wicking/understanding-dementia>

VZP - Veřejná zdravotní pojišťovna. [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>

## Legislativní dokumenty

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Vyhláška č. 505/2006 Sb., některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

## Přílohy

Příloha k bakalářské práci I. - Ukázka rozhovorů