

# Přílohy

## Příloha 1 - Dotazník pro osobní asistenty

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Petra Hejdová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Studuji obor sociální a pastorační práce.

Dovolte mi požádat Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma: „Aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí“. *Tento dotazník je určen všem osobním asistentům, kteří mají zkušenost s péčí o seniora s demencí v domácím prostředí. Pokud tuto zkušenost nemáte, dotazník nevyplňujte.* Dotazník je zcela anonymní. Prosím tedy, nevypisujte žádné své identifikační údaje. Veškeré informace zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro účely mé závěrečné bakalářské práce, která je součástí státní zkoušky.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

S pozdravem Petra Hejdová

### Instrukce pro vyplnění dotazníku:

1. U každé otázky, pokud není uvedeno jinak, vyberte a označte vždy jen jednu odpověď.
2. Pokud vyberete odpověď jiné, napište Vaši konkrétní odpověď.
3. U otázek, u kterých je volná tvorba odpovědi, uveďte, cokoli Vás k dané otázce napadne.
4. Prosím o vyplnění všech otázek, jinak nebudu moci dotazník pro svou práci použít.
5. Na konci dotazníku najdete místo pro Váš volný komentář. Zde budu ráda za připomínky k dotazníku (např. co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité).

**1) Pohlaví:**

- a) Muž
- b) Žena

**2) Věk:**

- a) Méně než 18 let
- b) 18 – 30 let
- c) 31 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 – 65 let
- f) Více než 65 let

**3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní škola
- b) Střední škola (bez maturity)
- c) Střední škola (s maturitou)
- c) Vyšší odborná škola
- d) Vysoká škola

**4) Kolik let pracujete jako osobní asistent/ka?**

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 20 a více let

**5) Kolik let pracujete se seniory s demencí?**

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 4 – 6 let
- d) 7 a více let

**6) O kolik seniorů s demencí jste během svého zaměstnání v roli osobního asistenta pečoval/a?**

- a) 1 – 2 seniory s demencí
- b) 3 – 4 seniory s demencí
- c) 5 – 6 seniorů s demencí
- d) 7 – 8 seniorů s demencí
- e) 9 – 10 seniorů s demencí
- f) Více než 10 seniorů s demencí

**7) Jaké činnosti obvykle provádíte během své návštěvy u seniora s demencí:**  
(možnost označit více odpovědí)

- Dohled, hlídání
- Příprava a podávání jídla
- Povídání
- Procházka, doprovázení
- Hygiena
- Pomoc s oblékáním a svlékáním
- Zábavné aktivity, hry, luštění křížovek, ruční práce, kreslení apod.
- Sledování televize
- Úklid domácnosti
- Nakupování
- Jiné činnosti, jaké:.....

**8) Do jaké míry Vás osobní asistence u seniorů s demencí těší?**

- a) Těší mě velmi
- b) Spíše mě těší
- c) Spíše mě netěší
- d) Netěší mě vůbec

**9) Když se řekne aktivizace seniorů, co si pod tímto pojmem představíte?**

.....

**10) Které z uvedených aktivit během své asistenční návštěvy spolu se seniorem realizujete? (možnost označit více odpovědí)**

- Společné vaření a pečení (loupání jablek, louskání ořechů, sušení hub)
- Luštění křížovek
- Rehabilitační péče, masáže
- Sledování starých filmů v televizi, promítání videí
- Zpívání
- Kognitivní trénink, procvičování paměti (zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, skládání obrazců, zjednodušené „pexeso“ apod.)
- Rukodělné činnosti (pletení, šití; opravování přístrojů, hodin, elektroniky)
- Zahradnické práce (hrabání zahrady, okopávání rostlin, rytí hlíny, sázení rostlin, pletí, sklizení jablek)
- Procházky, chození na houby
- Výlety, cestování
- Četba
- Procvičování orientace v realitě (např. jaké je roční období, kolik je hodin, kolikátého je dnes)

- Prohlížení fotografií
- Reminiscenční kreativní činnosti (koláže, rodokmen, alba, Babičko vyprávěj – vytváření)
- Návštěva divadla, koncertu, výstavy, muzea
- Jiné činnosti, jaké:.....

**11) Co je, dle Vašeho názoru, cílem aktivizace?**

.....

**12) Máte aktivizaci v popisu práce?**

- a) Ano
- b) Ne

**Nyní si vzpomeňte na jednoho ze svých klientů žijících s demencí. Může se jednat o současného i bývalého klienta. Otázky 13. – 19. se budou týkat pouze tohoto vybraného klienta.**

**13) V jakém stadiu demence je/byl Váš klient?**

- a) 1. stadium – mírné kognitivní postižení, klient je téměř soběstačný, mírně dezorientovaný, občas zapomíná, hledá slova
- b) 2. stadium – větší poruchy paměti a orientace, víceméně nesoběstačný, špatně komunikuje, bloudí
- c) 3. stadium – těžké kognitivní postižení, obtížné se s ním dorozumět, inkontinence, omezená pohyblivost, minimální kontakt s okolím
- d) 4. stadium – terminální, závěr života

**14) Jak dlouho k tomuto klientovi docházíte nebo jste docházel/a?**

- a) Méně než 1 měsíc
- b) 1 měsíc – 3 měsíce
- c) 3 měsíce – 6 měsíců
- d) 6 měsíců – 9 měsíců
- e) 9 měsíců – 1 rok
- f) 1 rok – 1,5 roku
- g) 1,5 roku – 2 roky
- h) Více než 2 roky

**15) Kolikrát do týdne tohoto klienta navštěvujete nebo jste navštěvoval/a?**

- a) 1 – 2 x
- b) 3 – 4 x
- c) 5 – 6 x
- d) Každý den

**16) Provádíte nebo prováděl/a jste v rámci péče o tohoto seniora s demencí aktivizaci?** (Prosím, v obou případech uveďte důvod. Pokud uvedete odpověď „Ne“, budete přesměrováni na otázku č. 20.)

- a) Ano, protože .....
- b) Ne, protože .....

**17) Jak často obvykle provádíte nebo jste prováděl/a aktivizaci tohoto svého klienta?**

- a) Příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových)
- b) Pravidelně při každé návštěvě (aspoň jednou za týden)

**18) Jaké změny u svého klienta s demencí pozorujete nebo jste pozoroval/a po pravidelné nebo i příležitostné aktivizaci?** (možnost označit více odpovědí)

- Žádné
- Negativní změny (zvýšené projevy agrese, negace, odmítání, neklid...)
- Zlepšení fyzické kondice
- Zlepšení psychické kondice (větší emocionální vyrovnanost)
- Zlepšení kognitivních funkcí
- Pozitivní změny chování
- Zvýšení samostatnosti a soběstačnosti
- Zlepšení verbální komunikace
- Jiné změny, jaké.....

**19) Jaké aktivizační metody nejčastěji používáte?**

.....

**20) Máte na aktivizaci dostatek času?**

- a) Ano
- b) Ne

**21) Jak motivujete klienta k aktivizaci?** (možnost označit více odpovědí)

- Nemotivuji.
- Snažím se vybírat činnosti, které odpovídají individuálnímu nastavení klienta
- Snažím se nastavit v těchto aktivitách pravidelnost, řád
- Podporuji klienta, aby se nebál nových věcí
- Dávám klientovi na výběr
- Přizpůsobuji aktivity jeho náladám
- Snažím se pracovat na sobě, na svém přístupu, empatii
- Nejdříve začnu aktivitu sám/sama dělat
- Jiné motivace, jaké .....

**22) Požaduje po Vás zaměstnavatel, abyste zapojil/a aktivizaci do péče o seniora s demencí?**

- a) Ano
- b) Ne

**23) Vzděláváte se v aktivizačních metodách? (Prosím, v obou případech uveďte důvod.)**

- a) Ano, protože .....
- b) Ne, protože .....

**24) Jak se staví k aktivizaci svého seniora rodina?**

- a) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Sama však v mé nepřítomnosti aktivizaci neprovádí.
- b) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Aktivizaci provádí i v mé nepřítomnosti.
- c) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Spolupracujeme. Je přítomna při aktivizaci.
- d) Je jí jedno, co s klientem dělám.

**25) Co má, dle Vašeho názoru, největší vliv na efekt aktivizace na straně osobního asistenta?**

*(Nejprve si přečtete všechny položky a pak teprve vyberte 3 nejdůležitější)*

- o Pohlaví asistenta
- o Věk asistenta
- o Výše dosaženého vzdělání asistenta (ZŠ, SŠ, VŠ)
- o Délka práce jako osobní asistent
- o Délka práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta
- o Délka spolupráce s konkrétním seniorem s demencí
- o Pravidelnost aktivizace
- o Dostatek času na aktivizaci
- o Umění motivovat seniora s demencí
- o Podpora ze strany zaměstnavatele
- o Podpora ze strany rodiny klienta
- o Vzdělávání v aktivizačních činnostech

**26) Váš vlastní komentář:**

.....  
.....

Toto je konec dotazníku. Prosím, zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mockerát Vám děkuji za čas strávený tímto dotazníkem.

Petra Hejdová

## Příloha 2 - Změny v průběhu stárnutí

**Biologické aspekty stárnutí** se vyznačují tělesnými změnami, v rámci kterých dochází k poklesu funkcí orgánů, k hormonálním, kardiovaskulárním a senzorickým změnám, poklesu svalové a kosterní hmoty, také snížení výkonnosti imunitního systému. Postupně se přeměňují některé specializované tkáně v pojivovou nebo tukovou tkáň. Ty mají oslabené funkce oproti původním tkáním. Výraznými změnami jsou též změny vzhledu spojené se svrašťováním kůže, větší pigmentací, řídnutím a šedivěním vlasů apod. Často jsou patrné změny spánkového rytmu (Klevetová, 2017, s. 23). „*Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 99).

**Psychické aspekty stárnutí** jsou spojeny s psychickými změnami, které dle Vágnerové (2007, s. 407) probíhají v oblasti kognitivní, emocionální, motivační a osobnostní. Ve stáří dochází ke změnám ve většině kognitivních funkcí. Tyto změny se zejména projevují v zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Velmi podstatnou změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů. V důsledku celkového zpomalení starších lidí se čas potřebný k vykonání určitého úkolu prodlužuje až dvojnásobně. Tím se prodlužuje i reakční čas. Dále dochází ke změnám v percepci, jejíž kvalita se snižuje a tím je ovlivněna orientace v prostoru. Další kognitivní funkcí je pozornost. Schopnost soustředit se na potřebné informace, vybrat ty podstatné, schopnost přesouvat pozornost a koordinovat informace z více zdrojů se snižuje. Paměť patří mezi další kognitivní funkce, které se vlivem stárnutí zhoršují. Postupné zhoršování paměti má vliv na ukládání a zpracovávání nových informací i vybavování si informací dřívějších. Nedostatky paměťových funkcí se též pojí s obtížemi při učení, se zvýšenou unavitelností a obtížnější koncentrací pozornosti. Dále jsou postiženy rozumové funkce, což má za následek postupnou proměnu intelektových funkcí. Nejvýrazněji je zasažena tzv. fluidní inteligence, která bývá označována jako mechanika inteligence a slouží ke zpracování nových informací. Poněkud méně je zasažena tzv. krystalická inteligence, pokud se nejedná o člověka s demencí. Krystalická inteligence umožňuje využít dříve naučené, zafixované a osvojené znalosti.

Proměna emocionality je závislá na psychických, sociálních a somatických faktorech, které se sčítají a ovlivňují. I přes to, že dochází odchodem do důchodu ke snížení požadavků a stresu ze zaměstnání, přichází

často zhoršování zdravotního stavu a zvýšené riziko ztrát (např. manžela, ekonomické soběstačnosti apod.) navozující nepříjemné emoce a obavy. Emoční prožívání a emoční reakce bývají však umírněnější a kontrolovatelnější. Celkově dochází ke zklidnění prožívání emocí. Vlivem zkušeností (uvědomělosti, vyrovnanosti) starší člověk lépe rozumí svým emocím. Naučil se ovládat jejich frekvenci a intenzitu. S rostoucím věkem může však narůstat citová dráždivost a labilita a snižovat se odolnost k zátěži. Starší lidé mívají větší sklon k úzkostem a depresím. Často bývají sugestibilní, tzn. emočně ovlivnitelní (Vágnerová, 2007, s. 410).

Proměna motivace je spojována ve vyšším věku se zpomalením a oslabením různých regulačních funkcí, které mají volní a emoční charakter. Vlivem této proměny se snižuje schopnost zvládat zátěž, snižuje se schopnost sebeovládání, avšak vytrvalost, trpělivost a stálost bývají často silnější.

Osobnostní změny se vyznačují především změnou v akcentaci některých vlastností nebo rozvojem nových vlastností, které daný člověk v mladším věku mít nemusel. Tyto změny nemusejí bezprostředně souviset pouze se stárnutím, ale lze je chápat také jako reakci na nějakou novou životní situaci. Pokud však dojde k nápadným změnám a novým projevům, které neodpovídají dřívějším vlastnostem a chování staršího jedince, může se jednat o příznaky patologické (Vágnerová, 2007).

**Sociální aspekty stárnutí** jsou charakterizovány změnami, které se pojí zejména s odchodem do důchodu a s vyšším výskytem nemocí u starších lidí. Vlivem těchto faktorů dochází často k diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, jejichž příčina spočívá především ve větší izolovanosti seniora od společenského dění. Velkou roli zde sehrává také změna sociálních rolí a způsobu života (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

### **Příloha 3 - Somatické geriatrické syndromy**

**Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti** vzniká v důsledku malého množství pohybových aktivit, které senior nemůže nebo nechce vykonávat. Bývá zapříčiněn onemocněním pohybového aparátu, bolestmi, ztrátou motivace, depresivitou apod. Postupně senior přestává vycházet z bytu, omezuje pohyb. Tím vzniká hypomobilita, která vede ke ztrátě kondice a úbytku svalové hmoty (sarkopenii). Dekondice se obvykle projevuje nadměrnou únavou, nevykonností, dušností. V důsledku sarkopenie dochází



k poklesu svalové síly, zejména pak v dolních končetinách, což poznamenává chůzi. Pro prevenci je tak vhodné, aby senior s tímto syndromem byl motivován, povzbuzován, udržoval pohybovou aktivitu, měl zajištěnou společnost a bezpečnost. Hypomobilita se vzájemně podmiňuje s nestabilitou (Kalvach a kol., 2008, s. 145).

Výskyt **syndromu instability s pády** stoupá s rostoucím věkem. Tento syndrom bývá způsoben vnitřními i vnějšími faktory. Vnitřní příčiny spočívají v poruchách zraku, rovnováhy, prokrvení mozku či v užívání některých léků (př. hypnotik). Vnější příčiny jsou způsobeny rizikovým domácím prostředím, ve kterém může senior zakopnout, uklouznout, spadnout ze schodů apod. Tyto příčiny lze většinou eliminovat. Je vhodné přizpůsobit interiér nově vznikajícím potřebám seniora. Důležité je odstranit zbytečné překážky v podobě volně se povalujících kabelů, neupevněných kusových koberečků nebo vysokých prahů. Za nejrizikovější místo se v domácnosti považuje koupelna. Zde je vhodné zvážit výměnu vany za sprchový kout s co nejnižší vaničkou nebo zcela bez vaničky. Dobré je koupelnu vybavit také protiskluzovou podložkou, madly či sedátkem. Riziko však představují i elektrické a plynové spotřebiče, nářadí či chemikálie používané v domácnosti, proto se doporučuje odstranit nebo zabezpečit všechny nebezpečné předměty, které by mohly vést k poranění seniora (Kalvach a kol., 2008, s. 168).

## **Příloha 4 - Diagnostika demence**

Podle Fertařové a Ondriové (2020, s. 22) je „*správná diagnostika onemocnění a rozlišení časného stadia demence od přirozeného kognitivního stárnutí důležitá pro časné zahájení efektivní léčby a zpomalení progresu onemocnění.*“

Včasná diagnostika je základem pomoci, protože čím dříve je tento syndrom diagnostikován, tím existuje větší pravděpodobnost, že při vyhovující léčbě se oddaluje ztráta soběstačnosti a celkové zhoršení zdravotního stavu. To vede ke zachování nebo i zvýšení kvality života a možnosti setrvat co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Včasná diagnostika je také zásadní pro nastavení adekvátní péče a přijetí potřebných rozhodnutí a opatření. Často se však stává, že tento člověk se dostane k lékaři až ve chvíli, kdy jeho blízcí začnou pozorovat nejen zhoršenou paměť, ale také změny v jeho chování, problematické chování, které se vyskytuje především ve druhé fázi demence.

Lékař nejprve provede komplexní vyšetření, následně stanoví diagnózu, na jejímž základě může být započata léčba. V praxi se při stanovování diagnózy spoléhá především na základní klinické vyšetření (zahrnující i zobrazovací metody), které se srovnává s klinickým obrazem jednotlivých druhů demence. To je většinou dostatečný základ pro jistá opatření a postupy zahrnující i farmakoterapii (Hauke a kol., 2017).

Při stanovování diagnózy se v první řadě sestavuje anamnéza, která je nejdůležitějším východiskem. Anamnéza představuje informace o vzniku a průběhu onemocnění, příznacích, dopadech na život jedince, také informace o jeho dalších nemocech, lécích a onemocnění vyskytujících se v jeho rodině. Informace od člověka s demencí je vhodné doplnit o informace od pečujících či blízkých. Dále se provádí fyzikální vyšetření zaměřené zejména na vyhledávání diskrétních patologických neurologických příznaků. Poté přicházejí na řadu testy.

Jedná se v první řadě o orientační testy zaměřené na kognitivní funkce daného jedince. Ty jsou relativně časově nenáročné. Mezi doporučované testy se řadí „MiniCog“, který je třiminutovým testem obsahující tři položky. Jsou jimi zapamatování tří slov, kreslení hodin a následné znovuzopakování zapamatovaných slov. Nejčastěji využívanými testy jsou Mini Mental State Examination („MMSE“) a Montrealský kognitivní test („MoCA“). MMSE se nejvíce užívá v České republice. Na jeho výsledky se váže úhrada kognitiv z veřejného zdravotního pojištění. Aby pacient měl nárok na úhradu kognitiv ze zdravotního pojištění, musí být výsledek MMSE v rozmezí 25 – 13 bodů včetně (pro předepsání memantinu je toto rozmezí 19 – 6 bodů, úhrada ze zdravotního pojištění poté může být pouze při výsledku v rozmezí 19 – 18 bodů a splnění dalších kritérií). Tento test však není dostatečně senzitivní, zvláště u pacientů s vyšším intelektem a u pacientů s mírným postižením kognitivních funkcí. MoCA je zkrácenou formou Addenbrook Cognitive Examination používanou v české verzi Českou alzheimerovskou společností v rámci „Dnů paměti“. MoCA se stále více začíná užívat v klinické praxi a postupně nahrazuje MMSE (Holmerová, 2018).

Ke stanovení podrobnějšího obrazu kognitivních funkcí se provádí speciální neuropsychologické vyšetření, které posuzuje hloubku a závažnost postižení kognitivních funkcí a intelektu. Významnou součástí pro stanovení diagnózy jsou také laboratorní a instrumentální vyšetření, která zahrnují biochemické vyšetření, EKG, CT, MR a další metody.

## Příloha 5 - Alzheimerova choroba

Nejčastější příčinou vzniku demence je Alzheimerova choroba, která představuje 50 – 60 % všech demencí. Je závažným neurodegenerativním onemocněním mozku, při kterém dochází k úbytku některých populací neuronů – ke ztrátě jejich spojení (synapsí) – což vede až k atrofii mozku. Alzheimerova choroba poškozuje tu část mozku, jež řídí paměť, myšlení a jazykové schopnosti. Vznik je ovlivněn genetickými faktory, jejich epigenetickými determinanty a faktory prostředí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29). Vyskytuje se ve formě čisté i smíšené (například společně s vaskulárními poruchami). „V čisté formě představuje asi 50 % všech demencí, smíšené formy představují 10 – 20 % všech demencí“ (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, str. 173).

Tato nemoc je pojmenována po Dr. Aloisi Alzheimerovi, německém lékaři, který v roce 1902 popsal onemocnění, pro které bylo typické, že se vyskytovalo ve středním věku (kolem 50 let), mělo rychlý průběh, výrazným faktorem byla dědičnost a výskyt byl především u žen. Po klinické stránce se toto onemocnění projevovalo rychle probíhající demencí (Fertal'ová, Ondriová, 2020). V roce 1906 na vědecké konferenci v Tübingenu představil Alzheimer případ narušené ženy (Augusty D.), u které se objevovaly typické symptomy demence (dezorientace, zhoršená paměť, problémy se čtením, psaním apod.). Příčina její smrti byla klasifikována jako neobvyklá duševní choroba. Po posmrtném vyšetření mozku se zjistilo, že mozková kůra Augusty byla mnohem tenčí, než je tomu v normálních případech, a že na mozku jsou přítomny další dvě abnormality (senilní plak a pozměněná struktura buněk v mozkové kůře). Tak byl definován nový druh onemocnění (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020).

Alzheimerova choroba se dělí na dvě skupiny. První skupinou je Alzheimerova choroba s časným začátkem, tzv. presenilní forma, při níž se klinické příznaky dostaví před 65. rokem života. Tato forma má rychlý průběh a vyznačuje se po klinické stránce syndromem „pěti A“: afázie, agrafie, alexie, apraxie, agnozie. Druhou skupinou je Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, při níž dochází k projevení se začátku nemoci v 65 letech a později. Tato forma má pozvolný průběh a trvá mnohem déle než presenilní forma (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015, s. 184).

Alzheimerova choroba vzniká plynule, pozvolna, nenápadně. Zpravidla se rozvíjí pomalu mnoho let. Zpočátku bývá asymptomatická (cca 10 i více let) a až později přicházejí projevy v podobě kognitivních poruch a dalších příznaků

demence. Typicky se projevuje poruchami paměti, ale též poruchami řeči, které jsou důležitým jevem pro stanovení diagnózy. Na rozdíl od jiných forem demence se u Alzheimerovy nemoci objevuje porucha všítipivosti, která představuje problém se zapamatováním si nových informací (např. co měl daný člověk k snídani), zatímco staré informace (např. kde se narodily jeho děti) si relativně dobře pamatuje po delší čas (Hauke a kol., 2017).

## **Příloha 6 - Kognitivní a nekognitivní farmakoterapie**

Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje postižené kognitivní funkce a také některé další symptomy demence. K dispozici jsou tzv. kognitiva, která mají mírný a dočasný efekt (nezabraňují neuropatologickým změnám), avšak i přes to mohou podstatným způsobem zlepšit kvalitu života osoby žijící s demencí a prodloužit období soběstačnosti. Jsou vhodné při léčbě lehké a středně těžké demence. Ve středních a těžkých stádiích demence se využívá léčba memantinem. Účinné je též podávání antioxidantů (např. vitamínu E), protizánětlivých léků a vitaminů ze skupiny B, důležitých i pro prevenci demence. Vědecky podložený je též účinek extraktů z Ginkgo biloby (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 177). Příznivý efekt byl též prokázán u hypertoniků, kteří byli léčeni kalciovým blokátorem nitrendipinem. Zde se prokázalo snížení rizik Alzheimerovy choroby na polovinu (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020, s. 13). K zlepšení stavu seniora může dojít po podání kognitiv, avšak často lze poruchy chování zvládnout i nefarmakologickými postupy.

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje především postižené behaviorální a psychotické příznaky demence v těžších stádiích, mezi které patří například agresivní chování (např. verbální agrese, kopání), nepřiměřené chování (například toulání, neúčelné krádeže) či verbální agitovanost (například negativismus, naříkání). U těžkých stavů jako jsou psychiatrické syndromy (deprese, úzkost, bludy, halucinace) je indikace léčiv (antipsychotik a antidepresiv) většinou nezbytná. Je však zapotřebí zdůraznit, že tyto léky je třeba používat s velkou opatrností, protože při dlouhodobém užívání mohou mít u seniorů s demencí nežádoucí účinky (Pidrman, 2007, s. 137).

## **Příloha 7 - Zdravotní a sociální služby pro seniory s demencí v domácím prostředí**

### **Zdravotní služby:**

*Domácí ošetrovatelská péče* neboli „home care“ je poskytována seniorovi na žádost praktického lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 § 22. Účelem této péče je udržení, podpora a navrácení zdraví, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, které mohly vlivem poruchy zdravotního stavu vzniknout nebo změnit se. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována zdravotně stabilizovaným seniorům, u kterých se předpokládá možnost poskytování péče v jejich domácím prostředí a zapojení do spolupráce rodiny či jiného pečovatele. Náplní práce ošetrovatelské péče je převážně ošetrování chronických ran, podávání inzulínu, fyzioterapie či poradenství o kompenzačních pomůckách (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Tyto činnosti vykonávají zdravotní sestry.

Smyslem *domácí léčebně rehabilitační péče* je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta. To je možné buď odstraněním vzniklých funkčních poruch, nebo náhradou některé funkce organismu, případně zpomalením nebo zastavením nemoci a stabilizací zdravotního stavu. Tato služba je vhodná pro nemocné, lidi s postižením a seniory, kteří se do ambulantního rehabilitačního zařízení pro dlouhé čekací doby nebo svou omezenou mobilitu a pohyblivost nedostanou. Je poskytována buď na základě doporučení ošetrojícího lékaře jako součást zvláštní ambulantní péče ve vlastním sociálním prostředí nebo jako služba hrazená z vlastních prostředků osoby.

*Domácí paliativní péče* má za úkol zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí, převážně v její konečné fázi. Základem je komplexní léčba založená na tišení bolesti, mírnění tělesných i duševních utrpení a zachování lidské důstojnosti.

### **Sociální služby:**

#### **a) Ambulantní služby**

Ambulantní služby představují služby, za kterými senior dochází. Mezi tyto služby patří denní stacionáře a centra denních služeb. *Denní stacionáře* jsou určeny osobám, které se neobejdou bez nepřetržité pomoci druhé osoby. Tito lidé obvykle žijí se svoji rodinou doma, v podporovaném

či chráněném bydlení. Do stacionáře poté docházejí pouze na část dne, kdy se o ně pečující nemůže postarat. Ve stacionáři se jim dostává komplexní péče a zároveň podpora rozvoje jejich schopností, dovedností a sociálních kontaktů. Tato služba tedy pomáhá jak lidem závislým na pomoci, tak i jejím pečujícím, kteří nemusí podřídit svůj soukromý a pracovní život péči o ně.

**Centra denních služeb** jsou podobnou službou jako již zmíněné denní stacionáře, jež zastávají stejné úkoly, avšak liší se v intenzitě pomoci, respektive v míře závislosti uživatelů služby. Tato centra poskytují služby zejména osobám se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku, které vyžadují pomoc druhé osoby. Cílem těchto center je posílit samostatnost a soběstačnost potřebných osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním či osob se sníženou soběstačností.

#### **b) Terénní služby**

Terénní služby představují služby, které jsou poskytovány seniorovi přímo v jeho přirozeném domácím prostředí, tedy tam, kde žije a potřebuje pomoc. Mezi nejčastější a nejtradičnější terénní sociální službu patří **pečovatelská služba**, jejímž hlavním cílem je zejména zajistit základní životní potřeby klientů, podpořit samostatný život v jejich domovech a oddálit nutnost umístění do institucionální péče. Haškovcová (2010, s. 238) uvádí, že komplikace nastávají převážně v situacích současné potřeby pečovatelské a domácí ošetrovatelské péče. Propojenost domácích sociálních a zdravotních služeb je stále nedostatečná.

**Tísňová péče** je terénní službou, která je určena pro osoby vystavené vysokému riziku ohrožení zdraví, především tedy seniorům, kteří žijí sami ve své domácnosti. Tato péče je zaměřena na neustálou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci. Tlačítko tísňové péče (náramek nebo přívěsek na krku) je efektivním a rychlým způsobem pomoci. Pouhým stisknutím tlačítka si senior může přivolat pomoc. Pokud nedochází delší dobu k pohybu, snímač pohybu tuto skutečnost nahlásí dispečinku, který činí další kroky k zjištění, zda není život klienta ohrožen.

**Telefonická krizová pomoc** má též podstatnou roli v rámci terénních sociálních služeb. Tato služba může doplňovat výše uvedené služby. Jedná se o linku důvěry specializovanou na seniory.

**Osobní asistence, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby** jsou popsány v teoretické části.

### c) Sociální poradenství

Velmi důležitou roli v systému sociálních služeb má i sociální poradenství, které dělíme na základní a odborné. **Základní sociální poradenství** je poskytováno všemi druhy sociálních služeb, což je stanoveno zákonem. Je bezplatné a poskytuje se každému, kdo potřebuje získat informace o možnostech řešení své nepříznivé situace či jejího předcházení. Jedná se o informace nejen o sociálních službách, ale také například o možnosti získání pomoci ze státní sociální podpory nebo pomoci v hmotné nouzi. **Odborné sociální poradenství** má širší rozsah, hloubku a je zaměřeno na určitý problém (např. domácí násilí) nebo určitou skupinu lidí (např. senioři). Jedná se o občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí a podobně (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).