

# KVALITA ŽIVOTA OSOB S DEMENCÍ V DOMÁCI A INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI

## QUALITY OF LIFE OF PEOPLE HAVING DEMENTIA WHO STAY AT HOME OR IN SOCIAL INSTITUTIONS

**Anna Skálová**

**Abstract:** *The research deals with the quality of life of people having dementia who stay at home or in social institutions care. The objective of the research is to find out the current status of how people having dementia live, under which social and economic conditions they live, to find out the extent of their personal satisfaction with the conditions, and to compare the options, whether to stay at home or in social institutions.*

*A combination of research methods was used in investigation: case reports, semi-structured interview, observation and a couple of standardised question-forms: (Q-LES-Q, MMSE, ADL, IADL, Geriatric Depression Scale, Hachinski Ischaemic Score).*

*Eleven patients took part in this research. Five people who suffered from dementia lived in their own homes and six of them lived in social institutions.*

*Output of the research was focused on the quality of life of people suffering from any type of dementia. The results of the assessment show that elderly people are afraid of leaving their homes to live in retirement homes or in similar institutions but that they usually adapt themselves very well to the new conditions there. At the end they are satisfied there because they often lived under unsuitable conditions at their homes or they did not want to trouble other family members.*

*Sometimes patients live in really bad conditions at home, e.g. they have experienced some form of maltreatment and surprisingly they are still satisfied at home and they are afraid of leaving it.*

*This implies that there is no difference between contented patients with dementia at home or in social institutions. What is important is the fact, what patients themselves expect from their life, what they prefer.*

**Keywords:** *Dementia, Alzheimer's disease, Quality of Life / Life Quality, Home Care, Institutional Care.*

### Úvod

Tento text se zabývá porovnáním kvality života osob s demencí v institucích a v domácí péči. Námětem práce i cílem je zkoumat život nemocných s demencí a pomoci nalézt ideální řešení pro každého seniora. Řešení kde, jak, s kým, za jakých podmínek bude žít a zda bude šťasten.

Populace celosvětově stárne a to především v průmyslově vyspělých zemích. Jednak se prodlužuje celková délka života a zároveň klesá porodnost. Tím přibývá osob vyššího věku a snižuje se počet mladých lidí. Právě věk je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů vzniku demence. Lze tedy předpokládat, že i počet osob s demencí bude narůstat. (Růžička, 2003) Vystává otázka, co bude v budoucnu s takto nemocnými lidmi? Jaké mají současní senioři preference, jak žijí a jak by si přáli žít i v budoucnu?

Mnozí mají tendence odsouvat seniory na okraj společnosti, nehledíc na fakt, že se touto křehkou a snadno zranitelnou bytostí jednou sami stanou. Právě proto si tito lidé zaslouhují naši pozornost a zájem.

Celá práce má představit život vzorku pacientů s demencí a porovnat život v instituci a doma. Nemá však být jejím kvantitativním vyjádřením, nýbrž kvalitativním a má ilustrovat současný stav skutečnosti, má být jejím obrazem.

Cílem práce je zjistit současný stav toho, jak osoby s demencí žijí, v jakých podmínkách a zjistit také jejich osobní spokojenost v životě a výsledky porovnat.

## **1 Formulace problematiky**

Demence jsou rozmanitou skupinou neurodegenerativních chorob. Mezi nejčastější v našich zeměpisných krajinách patří Alzheimerova choroba, vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově nemoci, metabolické a toxické demence (např. alkoholová) a další. (Jirák, 2004)

Nárůst výskytu tohoto onemocnění je vysoký, neboť populace stárne a tím stoupá i počet nemocných, ten se odhaduje jen v naší republice na 100 000! (Kučerová, 2006) Což odpovídá přibližně městu velikosti Liberce nebo Olomouce.

Podstatou demence je úbytek kognitivních funkcí a druhotně i nekognitivních funkcí; tento úbytek je tak výrazný, že interferuje s profesními a později i s běžnými denními životními aktivitami a vede k nesoběstačnosti postižených. Choroby projevující se jako demence, také nezřídka představují základní příčinu smrti (Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní demence), jindy přítomnost demence podstatně zvyšuje mortalitu, zkracuje naději postiženého na přežití (vaskulární demence). Některé demence jsou při včasné diagnostice a zahájení terapie reverzibilní (např. demence při dehydrataci, demence způsobené některými toxickými látkami apod.).

U demencí se vyskytují tři základní funkční okruhy postižení (i když tyto okruhy jsou vzájemně propojené a vzájemně se ovlivňují):

1. Okruh kognitivních funkcí,
2. behaviorální a psychologické příznaky demence,
3. aktivity denního života. (Jirák, 2004)

Toto onemocnění je z vnějšího pohledu charakterizováno ztrátami. Tito nemocní ztrácí postupně paměť, soustředění, dovednosti, schopnosti, vědomosti a znalosti, práci, koníčky, známé, přátele, rodinu a nakonec i sebe samé. Nemocní vzhledem

k progredující chorobě přicházejí o schopnost se sami o sebe postarat. Z těchto změn vyplývá zřejmá závislost pacientů s demencí na osobě druhé. (Zgola, 2003)

Ideální terapie je kauzální, tu je však možno provádět pouze u malého počtu demencí, protože etiologie většiny demencí, včetně Alzheimerovy choroby, není dosud komplexně vyřešena. Léčíme proto na podkladě znalostí jednotlivých patogenetických článků demencí, nebo se snažíme ovlivnit jednotlivé symptomy choroby. Snažíme se také o co největší zachování funkční integrity psychiky postiženého, o zachování jeho schopností péče o sebe sama.

Terapie demencí by se neměla omezovat pouze na jeden přístup (např. na farmakoterapii nebo na reedukační terapii), ale měla by být *kombinovaná* a zahrnovat jak biologické, tak psychosociologické přístupy. Nesmírně významná je také terapie všech konkomitantních somatických chorob včetně snah o zachování mobility nemocných, a neméně významná je i práce s pečovateli postižených, u kterých výrazně stoupá psychická i somatická morbidita. (Jiráček, 2004)

## 2 Metody

Celá práce zahrnuje podrobné kazuistiky 11 respondentů. Šest z nich, v době sběru informací, žilo v nějaké instituci (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou apod.) a nebo bylo dlouhodobě hospitalizováno v nemocnici (déle než 3 měsíce). Zbývajících pět žilo v domácí péči. K těmto kazuistikám jsou přidány přepisy rozhovorů z diktafonu. Jedná se o rozhovory jednak se samotnými respondenty, s jejich rodinnými příslušníky, sousedy či výpovědi sociálního pracovníka.

Všichni dotazovaní byli klienty České alzheimerovské společnosti (ČALS) v Liberci se širokou spádovou oblastí. Zdravotnická data byla získána ze zdravotnické dokumentace výše uvedené společnosti. Do výzkumu byli zahrnuti všichni senioři s demencí, kteří s výzkumem souhlasili a byli ochotni na něm spolupracovat a kteří zároveň byli v období výzkumu klienty ČALS v Liberci.

Výzkum probíhal od prosince 2006 do května 2008. Veškeré údaje byly získány během několika sezení (4 - 6), aby se v co největší míře eliminoval vliv aktuálního psychického ladění dotazovaného a také aby se zvýšila objektivita výpovědí respondentů (která je bohužel ovlivněna nemocí).

Kazuistiky jsou doplněny o vyšetření některými testy či škálovacími metodami, mezi nimi:

- MMSE (Mini-Mental State Examination – Orientační test kognitivních funkcí), (Holmerová, 2003),
- Q-LES-Q test (Indikátor kvality života), (Libigerová, 2003),
- ADL (Activities of Daily Living – Test základních všedních činností dle Barthela), (Holmerová, 2003),
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living – Test instrumentálních všedních činností), (Holmerová, 2003),
- Geriatrická škála deprese dle Yesavage, (Holmerová, 2003),

- Ischemické skóre Hachinskiho, (Růžička, 2003) aj.

Je pochopitelné, že ne u všech respondentů bylo možno provést všechny zmíněné testy, buď toho nebyli schopni z důvodu pokročilé nemoci a nebo nebyli ochotni na nich spolupracovat. Navíc u osob s demencí nelze vést rozhovor podle striktních pravidel, neboť jejich odpovědi bývají často zabíhavé. Přestože u převážné většiny dotazovaných došlo již k poruchám řeči a výraznému porušení paměti (někdy si dokonce nedokázali vzpomenout na své příjmení), vždy věděli, jak se cítí a jaké mají problémy. Cílenými otázkami bylo možné se dobrat podrobnějších informací.

Charakteristika výzkumného vzorku byla popsána prostřednictvím deskriptivní statistiky (relativní četnosti).

Veškerý sběr dat, uskutečnění a zpracování rozhovorů se seniory trpícími demencí a testování respondentů pomocí škálovacích metod jsem zpracovala samostatně.

Pro posouzení kvality života byl využit standardizovaný dotazník kvality života Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction – kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života). (Libigerová, 2003)

Indikátor kvality života Q-LES-Q se zabývá následujícími oblastmi života:

- Fyzické zdraví a aktivity (max. 52 bodů),
- pocity (max. 57 bodů),
- práce (max. 52 bodů),
- péče o domácnost (max. 40 bodů),
- využití volného času (max. 22 bodů),
- sociální vztahy (max. 40 bodů),
- obecné aktivity a činnosti (max. 60 bodů).

### **Vyhodnocení testu Q-LES-Q:**

U jednotlivých kazuistik jsem si ještě dovolila vytvořit kategorie, do nichž výsledky testu spadají a to za účelem větší přehlednosti a rychlejší orientace v počtu získaných bodů. Maximální počet bodů totiž není ve všech kategoriích stejný.

Toto členění jsem rozpracovala do následujících skupin, hodnota je pouze orientační:

- 1 odpovídá zdravému jedinci,
- 1,5 odpovídá stavu mezi 1. a 2. kategorií,
- 2 odpovídá hraničnímu, neurčitému duševnímu onemocnění,
- 2,5 odpovídá stavu mezi 2. a 3. kategorií,
- 3 odpovídá vážnému depresivnímu onemocnění.

Toto členění NENÍ oficiální součástí testu!

### 3 Rozbor problému

#### 3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

**Pohlaví:** Spolupráce se zúčastnilo nepoměrně více žen. Může to souviset se skutečností, že se ženy dožívají vyššího věku než muži a tedy i žen s demencí je více. A také s tím, že ženy jsou komunikativnější než muži a tudíž byly ochotny spolupracovat častěji. Ze zkoumaného vzorku 11 nemocných bylo 10 žen a pouze jeden muž.

**Věk:** Ve věku 60 - 70 let byla jedna osoba (9 %). Ve věku 71 - 80 let byly dvě osoby (18 %). Seniorů nad 80 let se zúčastnilo 8 (73 %). Tento podíl věkových skupin koresponduje se skutečností, že se zvyšujícím se věkem, narůstá i riziko vzniku demence.

**Vzdělání:** Základní vzdělání měl jeden dotazovaný (9 %). Vyučeno bylo 6 dotazovaných (55 %). Středního vzdělání dosáhli dva respondenti (18 %) a vysokoškolského jedna osoba (9 %). U jedné osoby se nepodařilo zjistit úroveň vzdělání (9 %). V mém vzorku se také potvrdilo, že prevalence demence je vyšší u osob s nižším vzděláním.

**Typ demence:** Jedna osoba trpěla demencí při Parkinsonově chorobě (9 %). Jedna nemocná měla diagnostikovanou smíšenou demenci (9 %). Dva nemocní měli Alzheimerovu chorobu (18 %). Sedm pacientů trpělo vaskulární demencí (64 %). Zde jsem se setkala s rozporem, podle statistik pro Českou republiku se udává nejvíce nemocných Alzheimerovou chorobou a to nejméně v 50 % případů (Pidrman, 2007), ale vzorek respondentů z tohoto výzkumu ukazuje na velkou převahu vaskulární demence. Předpokládám, že je to způsobeno malým počtem dotazovaných.

**Tíže postižení demencí dle testu MMSE:** Jeden respondent byl v pásmu normy (9 %). Jedna osoba náležela do hraničního pásma (9 %). Šest osob spadá do lehké demence (55 %). Středně těžká demence nebyla zastoupena vůbec (0 %). V pásmu těžké demence byla jedna osoba (9 %). Se stupněm velmi těžkého postižení demencí byl jeden dotazovaný (9 %). U jednoho respondenta nebyl test MMSE proveden z důvodu nespolupráce klienta (9 %).

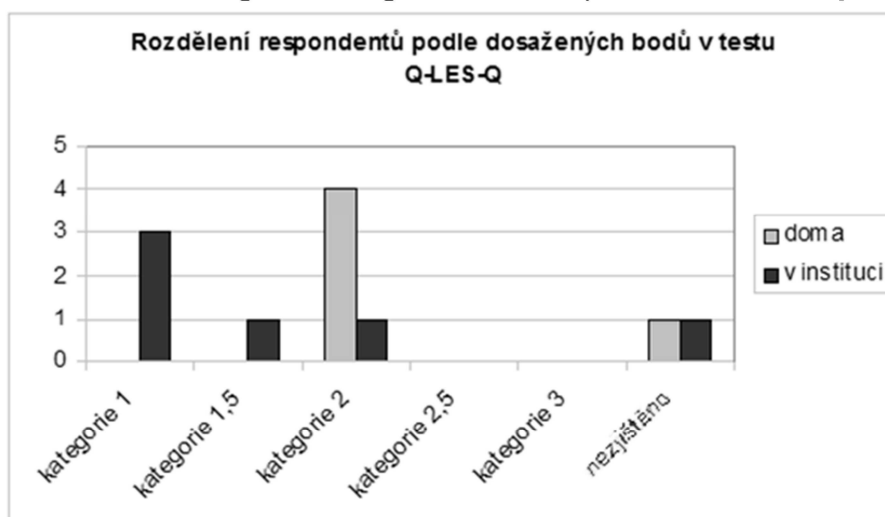
#### 3.2 Vyjádření spokojenosti respondentů podle testu Q-LES-Q

Většina dotazovaných spadá v tomto testu do středního pásma spokojenosti, zde reprezentovaným číslovkou „2.“ Nejlépe ohodnocena byla doména „volný čas“ a nejhorší výsledky spadají do domény „aktivita a zdraví.“

Z hodnocení byla vynechána doména „Práce,“ protože žádný z respondentů již nebyl v pracovním procesu.

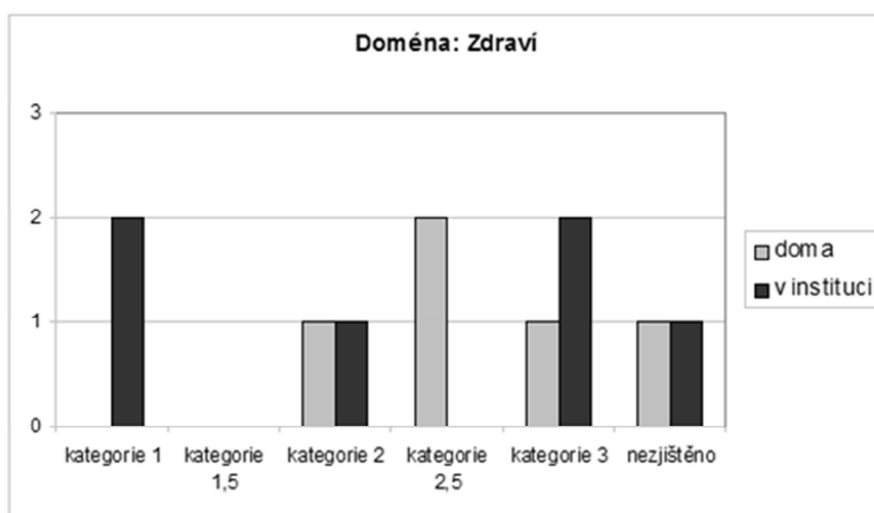
Vyjádření celkové spokojenosti ukazuje následující graf:

**Obr. 1: Rozdělení respondentů podle dosažených bodů v testu Q-LES-Q**



*Zdroj: vlastní zpracování autora*

**Obr. 2: Spokojenost respondentů v doméně „Zdraví“**



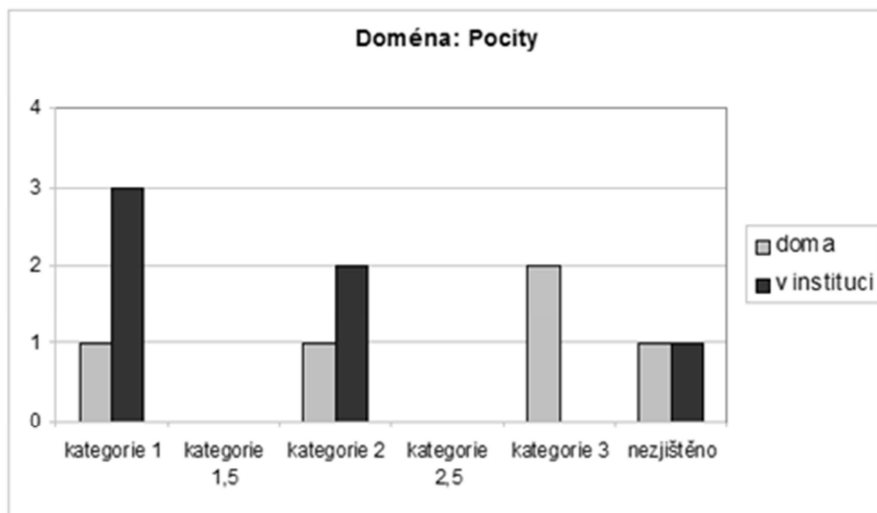
*Zdroj: vlastní zpracování autora*

**Obě skupiny respondentů** se shodují, že je trápí bolest (nejčastěji pohybového aparátu), nejistota při chůzi, závratě, únava, nespavost, snížená kondice, zrakové obtíže, problémy s vyprazdňováním, nechuť do života, ztráta elánu a téměř všichni se shodují na poruchách paměti, které pociťují jako velmi naléhavé a zároveň v nich vyvolávají úzkost.

V obou skupinách panuje téměř shoda, co do druhů obtíží. Jen skupina dotazovaných žijících v instituci je častěji stížena imobilitou nebo vážnou poruchou hybnosti a následně sníženou soběstačností. To lze vysvětlit skutečností, že dokud je osoba s demencí schopna základní sebepečce, klade to menší nároky na další členy rodiny. Čím více se tato schopnost vytrácí, tím spíše dochází k umístění osoby s demencí do instituce, protože rodina již nebývá s to saturovat potřeby nemocného.

Odchod do institucionální péče bývá také uspíšen, jestliže osoba s demencí trpí výraznými psychickými obtížemi (silně vyvinutý paranoidně persekční blud, agresivita, obrácený cirkadiánní rytmus, útky spojené s blouděním,...).

**Obr. 3: Spokojenost respondentů v doméně „Pocity“**



*Zdroj: vlastní zpracování autora*

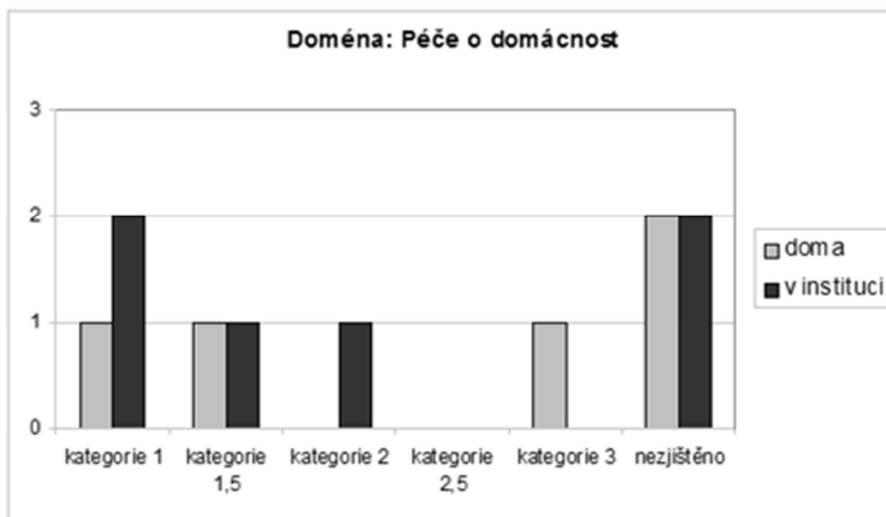
**V obou skupinách respondentů** se objevují pocity strachu ze ztráty soběstačnosti, nedostatek pocitu štěstí a smíchu. Cítí se být stresováni poruchami paměti, nejasným myšlením a snížením rozhodovacích schopností. Trápí je jejich osobní vzhled a úprava, jsou s nimi nespokojeni – a to téměř ve všech případech.

**Respondenti v domácí péči** si častěji stěžují (4 dotazovaní z 5), že si nemají s kým popovídat (schází jim kontakt se stejně starými lidmi s podobnými zájmy), cítí se více osamoceni. Děsí se pocitu závislosti.

**Naproti** tomu někteří **institucionalizovaní respondenti** si stěžují na stud rodinných příslušníků na to, že mají v rodině demenci (4 dotazovaní z 6). Samotní senioři říkají, že se rodina stydí za „blázna.“ Často postrádají kontakt s rodinou (5 dotazovaných z 6). V instituci se necítí uvolnění. Přiznávají, že nezvládají řešit své životní problémy a nechtějí „být na obtíž.“

Senioři, kteří se obávají, že by mohli „být rodině na obtíž,“ častěji sami podají žádost do domova pro seniory nebo do domu s pečovatelskou službou. Tito senioři se obvykle v novém prostředí cítí lépe a rychleji se adaptují, což je možná také způsobeno faktem, že jejich osobnost dosud nebyla narušena natolik, aby si uvědomili, že potřebují pomoc druhé osoby.

**Obr. 4: Spokojenost respondentů v doméně „Péče o domácnost“**



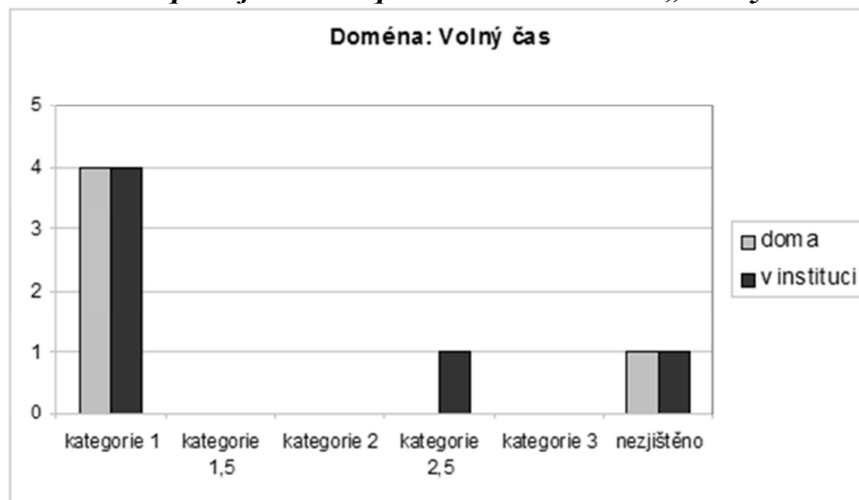
*Zdroj: vlastní zpracování autora*

**Obě skupiny respondentů** ztratily náhled schopnosti péče o domácnost. Přibližně polovina z nich se domnívala, že se dokáží o domácnost postarat, ovšem dle pečovatелů byly dovednosti nemocných v této oblasti nedostatečné.

Dotazovaní nejčastěji přiznávali největší obtíže a s tím spojený stres s nakupováním a úředními záležitostmi – tedy v oblastech, kdy dochází k interakci s cizími osobami.

Osoby s demencí v domácí péči si více uvědomovaly, že nezvládají obsluhovat domácí přístroje, vařit, uklízet, prát prádlo a vykonávat drobné opravy v domácnosti. Lze předpokládat, že institucionalizované osoby s demencí ztrácejí častěji náhled v této oblasti, protože mnoho činností za ně vykonává zařízení, kde jsou umístěni. Výpovědi dotazovaných v této oblasti byly porovnány s výpověďmi pečovatелů a tím se potvrdilo, že osoby v domácí péči mají lepší náhled svých schopností v této doméně.

**Obr. 5: Spokojenost respondentů v doméně „Volný čas“**



*Zdroj: vlastní zpracování autora*

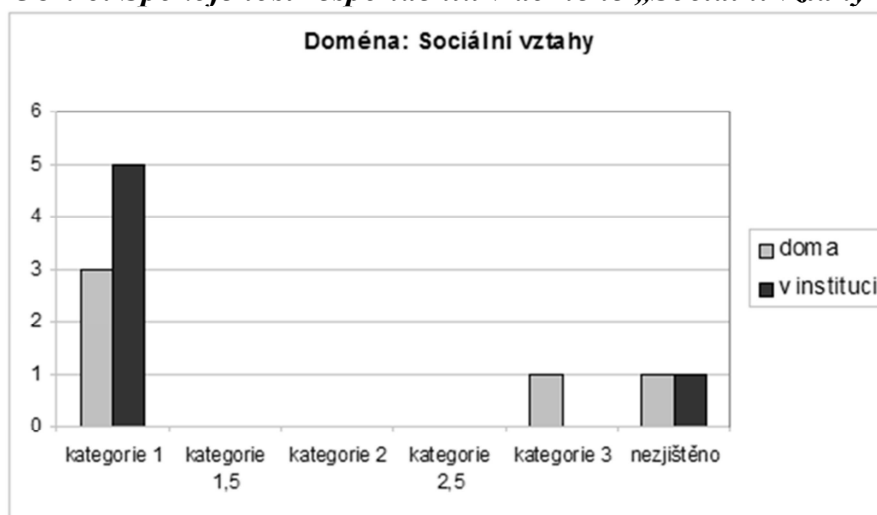


**Obě skupiny respondentů** se shodují, že oblast zájmů a koníčků je narušena a to z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a ztráty schopnosti se po delší dobu soustředit a nebo udávají nedostatek času. Ale pokud se zájmové činnosti věnují, přináší jim radost a uspokojení (vyjma jedné klientky, která ztratila úplně zájem o volnočasové aktivity).

Mezi nejčastější koníčky těchto seniorů patří: četba knih a novin, sledování televize, ruční práce, modlitba, hudba (pasivně), rodina a děti, zvířata. Většina dotazovaných spadá do stádia lehké demence, a tedy měli dosud zachovanou schopnost číst, ačkoli přečtený text si často dlouhodobě nepamatovali. Například jedna klientka četla stále dokola jeden novinový výtisk a pokaždé jí to činilo radost.

**Respondenti v institucích** byli s nabídkou aktivit pro volný čas spokojeni (6 dotazovaných z 6). Zvláště oceňovali možnost zúčastnit se mše, hudebních a divadelních představení, promítání, výletů a procházek a jiných pohybových aktivit, skupinových setkání a skupinových činností, kde mohli získávat další přátele a popovídat si.

**Obr. 6: Spokojenost respondentů v doméně „Sociální vztahy“**



*Zdroj: vlastní zpracování autora*

V této oblasti se obě skupiny respondentů výrazně liší.

**Dotazovaní v domácí péči** si více stěžují na vztahy s rodinou (4 dotazovaní z 5). Pravděpodobně je tento stav způsoben skutečností, že u osoby trpící demencí dochází k výrazným změnám osobnosti a paranoidnímu chování a následným konfliktům.

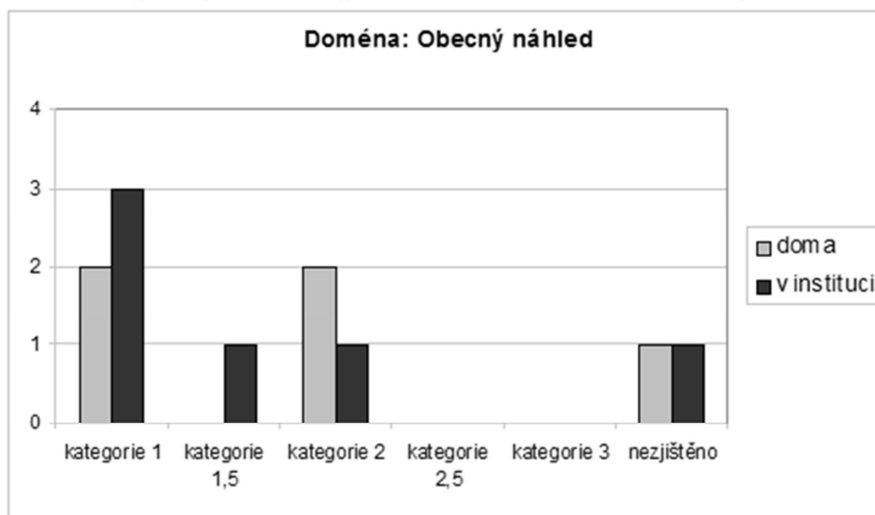
Tyto osoby prožívají více pocity sociální izolace i osamocení. Na otázku, zda mají dobré vztahy v rodině, často odpovídají, že ano, že jsou bezproblémové, ale zároveň si na ně stěžují (např. syn mi pořád krade moje věci; žena je mi nevěrná se sousedem, dává mu to nejlepší maso; pomlouvají mne a smějí se mi, když si myslí, že je nevidím,...). Dále trpí pocity neužitečnosti, zbytečnosti, málo se účastní společenských akcí a málo se smějí.

**Respondenti v instituci** udávají, že nemají konflikty s rodinou (6 dotazovaných z 6), velmi se těší na návštěvy a velmi silně je prožívají, považují je za nejdůležitější

události. Ovšem shodují se na tom, že návštěv je málo (4 dotazování z 6). Svě příbuzné omlouvají, že na ně nemají čas a nemají jim to za zlé. Přáli by si účastnit se více společenských aktivit, nicméně jsou omezeni hybností, únavností a celkovým zdravotním stavem.

Jen jeden pacient se v instituci choval velmi nepřátelsky (ačkoli sám udával dobré vztahy a nekonfliktnost!). Byl silně žárlivý (na péči, pozornost někomu jinému apod.), nesnášenlivý, netrpělivý a samotářský.

**Obr. 7: Spokojenost respondentů v doméně „Obecný náhled“**



*Zdroj: vlastní zpracování autora*

V průměru jsou osoby s demencí v domácí péči stejně šťastné jako jejich kolegové v institucích. Bylo zjištěno, že spokojenost pacientů a kvalitu jejich života neovlivňuje ani tolik skutečný stav jejich bytí, jako spíše jejich osobní přístup k němu.

Například jedna respondentka žila v naprosto nevyhovujících podmínkách, doslova v holobytě, týrána a vykořisťována vlastním synem. Opakovaně byla ošetřována v nemocnici, pokaždé tvrdila, že si zranění způsobila sama. Byla silně podvyživená, dehydratovaná a hygiena velmi zanedbaná. Za žádnou cenu, nechtěla být umístěna v domově pro seniory, tvrdila, že je velmi spokojená a lpěla na „domácí péči.“

Oproti tomu jiná seniorka žijící taktéž doma, ale zcela opuštěná, odkázána jen na pomoc sousedů, si přála být umístěna do domova pro seniory. Ale její syn tomu nebyl nakloněn. Ona sama vzhledem k pokročilé demenci, nebyla s to podat žádost o umístění osobně. Ale její touha být „v instituci,“ byla silně vyvinutá. Obyčejně toho docílila tak, že si aplikovala vysoké dávky inzulínu a vyšla na chodbu, kde ji v bezvědomí našli sousedé. Tak se dostala do nemocnice, kde bývala velmi šťastná. Kdykoli mělo dojít k propuštění do domácí péče, simulovala potíže.

Někteří klienti z domů s pečovatelskou službou a nebo z domova pro seniory se sami rozhodli o umístění do dané instituce. Důvodem bylo, že si nepřáli „být na obtíž“ rodině, nebo tak chtěli vyřešit bytovou situaci některého rodinného příslušníka a také mít možnost se sekat se stejně starými lidmi, získat mezi nimi nové přátele.

Obyčejně velmi nespokojení senioři s demencí v institucích byli ti, kteří tam byli umístěni proti své vůli a také ti senioři, kteří silně lpěli na rodině a rodinných vztazích, ačkoli právě ona rodina jim pobyt v daném zařízení nuceně zajistila. Tito senioři pak měli silné adaptační potíže a v nejednom případě došlo k urychlení progresu demence.

## Diskuze

Výsledky získané v tomto výzkumu hovoří o padesátiprocentní spokojenosti našich dementních seniorů, či chcete-li o jejich padesátiprocentní nespokojenosti. Toto číslo je vpravdě alarmující. Samo o sobě promlouvá o nedostatečném zájmu o vážně psychiatricky/neurologicky nemocné staré lidi, kteří jsou mnohdy zcela odkázáni na pomoc druhé osoby – pečovatele.

Dalším častým jevem je dle vyjádření respondentů a jejich rodin nedostatečná preskripce léků na demenci. Několik příbuzných nebo respondentů samotných se zmínilo, že lékaři nejsou ochotni jim předepisovat léky a navštěvují-li například psychiatra i neurologa, tito dva specialisté posílají pacienta k tomu druhému, aby medikamenty předepsal. Všeobecně se také vyhýbají naordinovat i dražší a účinnější léčiva. Není zde posuzováno, zda mají pacienti na farmaka nárok, či zda je jejich lékař oprávněn je předepsat. Jedná se pouze o názor respondentů a jejich rodin, který může být zkreslený nemocí (u osob s demencí) a nebo nedostatkem informací či jejich nesprávností nebo nesprávnou interpretací (u dotazovaných i u pečovatelů).

Během sběru informací o jednotlivých osobách s demencí jsem dospěla ke zvláštnímu poznatku, který jsem nenalezla v žádné publikaci. Ty se věnují pouze alkoholické žárlivosti u osob s demencí, jejichž onemocnění způsobil právě alkohol a tato žárlivost se týká pouze oblasti partnerských vztahů.

Psycholog Ayala Malach Pines definuje žárlivost jako obavu z toho, že ztratíme pro nás výhodný vztah. Žárlivost tudíž nemusí nezbytně provázet jen milostné vztahy. I když pro nás ten druhý po citové stránce vůbec nic neznamená, vztah s ním je pro nás důležitý ponejvíce z ekonomických nebo společenských důvodů. (Lomas, 2007)

Všimla jsem si u pana Ch., že velice žárlí na své spolupacienty a to i když byl umístěn na jiný pokoj a s jinými lidmi. U pana Ch. byla žárlivost vůči ostatním velmi výrazně rozvinutá. A projevovala se každodenní mrzutostí a neustálými stížnostmi na to, že ostatním pacientům je věnována větší pozornost než jemu samotnému a to i v případech, kdy tato domněnka byla neopodstatněná.

Zaměřila jsem se na tento jev a pozorovala jsem tuto vlastnost i u jiných seniorů s demencí. A u mnohých z nich jsem ji objevila také, jmenovitě u paní Z., paní J., paní T. a dcera paní K. přiznala, že paní K. také žárlila, například na svého syna, manžela, prý si s nimi dcera povídala více než s ní.

Všichni tito senioři s demencí si opakovaně stěžovali, že jim není věnována pozornost, a že osoby kolem nich komunikují téměř výhradně jen s lidmi, kteří jsou právě také přítomni, ačkoli se tato domněnka nezakládala na pravdě. Tito senioři projevovali nepřátelství vůči osobám (jiný pacient, soused, návštěva), u kterých se domnívali, že jim „odvádí“ pečovatele. Měli strach nebo obavu ze ztráty určité osoby,

s níž měli nějaký, pro ně důležitý, vztah (rodinný příslušník, pečovatelka, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, lékař,...).

Vzhledem k tomu, že žárlivost vůči jiným osobám, jimž je věnována pozornost, byla pozorována nejméně u 5 z jedenácti pacientů, považují toto zjištění za více než náhodné. Žárlivost byla posuzována jednak dle pozorování chování klienta a jeho výpovědí a také z výpovědí pečovatelů.

Domnívám se, že tohoto poznatku by se dalo využít jak v ošetrovatelské péči, tak i v péči domácí. Seniors s demencí totiž tato myšlenka velice trápí a připadají si pak více osamělí a více sociálně izolovaní než je tomu ve skutečnosti.

Bylo by tedy jistě vhodné a žádoucí, aby vznikla nějaká strategie, jak tomu zabránit a nebo tyto příznaky alespoň zmírnit.

## **Závěr**

Ze zmíněných výsledků výzkumu vyplývá, že pacienti v domácí péči jsou v průměru stejně spokojeni jako pacienti v institucionální péči. Respondenti v institucionální péči si nejvíce stěžují na osamělost a pocity neužitečnosti, avšak ve službách samotných obyčejně nesnáze nespátrují.

Souhrnně se tedy dá říci, že pokud je rodinná péče dobrá a kvalitní, je dobře vnímána i samotnými seniors s demencí. Ti by raději zůstali doma, ale pokud je toto prostředí pro ně nevyhovující, dají přednost institucionální péči a v polovině případů se s ní vyrovnají a přijmou ji.

Získané výsledky ukazují, že se osoby s demencí bojí odcházet do domovů pro seniors a podobných zařízení, ale obyčejně se tam velice dobře adaptují a jsou tam spokojeni, neboť často doma žili v nevyhovujících podmínkách a nebo nechtěli být na obtíž rodinným příslušníkům. Ale pokud je domácí péče kvalitní a rodinné vztahy dobré, zůstávají osoby s demencí raději doma.

Výsledným zjištěním této práce je, že seniors s demencí v domácí péči jsou v průměru stejně spokojeni jako jejich kolegové v institucionální péči. Původně jsem se domnívala, že respondenti, žijící v domácích podmínkách budou mít více důvodů ke štěstí, ale není tomu tak.

Více než vlastní domov je pro seniors s demencí důležitá kvalita péče a vztahy, v nichž žijí. Nutno však dodat, že přístup jednotlivých dotazovaných k ústavní péči je značně individuální. Někteří totiž raději podstoupí jakékoli nepohodlí, jen aby mohli zůstat doma. Jiní naopak touží po umístění do některého typu instituce s vidinou toho, že konečně nebudou sami a někdo jim pomůže. Krásným příkladem a zároveň protikladem toho je paní Č. a paní Ř. Obě ženy mají velké problémy v oblasti rodinných vztahů a přesto jedna z nich chce zůstat doma a druhá si přeje žít v domově pro seniors.

Naopak se v podstatě všichni dotazovaní shodli na tom, že doménou, která je nejvíce trápí, je jejich fyzické zdraví. A nejméně si stěžovali na oblast svých koníčků a zájmů a také na oblast sociálních vztahů.

## Reference

- AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Páté vydání. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
- BURDOVÁ, I. *Křesťanská psychoterapie*. Brno: Sypták, 2006. ISBN není.
- CALLONE, P. R., et al. *Alzheimerova nemoc – 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vydání první. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
- ČERNÁ, M., et al. *Česká psychopedie*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DÖNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. První vydání. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- GLENNER, J. A. *Péče o člověka s demencí – Průvodce pro rodinné příslušníky*. Vydání první. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. Vydání první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
- HOLMEROVÁ, I. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* Praha: ČALS, 2002. ISBN 80-86541-06-1.
- HOLMEROVÁ, I. *Testovník – soubor testů pro gerontologii*. Druhé doplněné vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. První vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-72-62-268-4.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. Vydání první. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., et al. *Gerontopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-726-2873-5.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. První vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-05-48-6.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Vydání první. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. První vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- LAVIČKA, F. *Studijní texty z obecné a medicínské sociologie*. Plzeň: Vydáno za finanční podpory Rady pro vysoké školy MŠMT. Číslo grantu 2486/2002.
- LIBIGEROVÁ, E. *Dotazník kvality života (Q-LES-Q)*. První vydání. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. ISBN 80-86-694-02-X.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. První vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* První vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

NOVÁK, T. *Žárlivost – jak ji zvládat.* Vydání první. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2578-9.

PASCALÉ, de L. *Žárlivost.* Vydání první. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2239-9.

PIDRMAN, V. *Demence.* Vyd. první. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J. *Doporučené postupy psychiatrické péče II.* První vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-239-8501-9.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., et al. *Psychiatrie.* Vydání první. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-1985-9.

RŮŽIČKA, E. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi.* První vydání. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7265-205-6.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D. *Trénování paměti – metodická příručka.* Vydání první. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-08-0.

ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří.* Druhé přepracované vydání. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické.* Druhé vydání. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-069-82.

ZACHARIASOVÁ, S. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias.* První vydání. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-218-8.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* První vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie.* Vydání první - dotisk. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie.* Vydání první - dotisk. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-203-6.

## **Kontaktní údaje**

### **Mgr. Anna Skálová**

Krajská nemocnice Liberec, Neurocentrum, Neurologie

Husova 10, 46063, Liberec, ČR

E-mail: Ansk@seznam.cz

Tel. číslo: 485 321 737