

Sociální problematika seniorů s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži

Bc. Olga Zavadilová

Diplomová práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Olga Zavadilová**
Osobní číslo: **H150186**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální problematika seniorů s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži**

Zásady pro vypracování:

- Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
- Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stáří, gerontopsychiatrie a sociálních problémů při hospitalizaci.
- Příprava metodiky výzkumné části.
- Realizace kvalitativního výzkumu formou kazuistiky.
- Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
- Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce: **110 stran**
Rozsah příloh: **1 příloha**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.**
GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. Řadci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVORÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd
Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**
Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


doc. Ing. Anežka Čerňáková, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby⁽¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3⁽²⁾;
- podle § 60⁽³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60⁽³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně *d. h. d. d. t. t. t.*

[Handwritten signature]

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zásady studia a obhajoby práce;

²⁾ Pokud šlo o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona, je možné poskytnout oprávnění a v případě obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Základní podmínkou získání oprávnění prostřednictvím databáze je, že dílo bude využito pouze ke studijním a výzkumným účelům.

(2) Doktorát, diplomová, kandidátská a rigorózní práce odváděná uchrázením k obhajobě musí být při převzetí při pracovních úkonech předložena vzhledem k povaze práce a k povaze úkolu v rámci úkolu určené instituci předložit vzhledem k povaze práce nebo není-li tak určeno, v místě pracovního úkolu předložit, kde se má konat obhajoba; práce, kandidátská a rigorózní práce ze zvláštních pracovních poměrů na své úkoly předložit, opravy nebo namontování.

(3) Plat, že odváděná práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto článku, lze odolat na výjimek učitelsky.

2) zákon č. 121/2000 Sb., o právech zaměstnanců, v právních souvislostech s právním záznamem a o změně některých zákonů (zákoník práce) ve znění prováděcích právních předpisů, § 35 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení výjimek zákoníku ze zákona práce nebo zaměstnání bezpodmínečně nebo obohacení pracovníků k výuce nebo k vlastní potřebě dle ustanovení zákona, nebo zaměstnání ke zvláštním školám nebo středním odborným učilištím a jeho právního statusu ke škole nebo školské či vzdělávacího zařízení (školský zákon).

3) zákon č. 121/2000 Sb., o právech zaměstnanců, o právních souvislostech s právním záznamem a o změně některých zákonů (zákoník práce) ve znění prováděcích právních předpisů, § 60 Školský zákon;

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají ze zákona právo na umístění ke zvláštním školám v rámci školního úkolu (§ 33 odst.

3). Účastní-li autor učením dle zákona učební ke zvláštní škole, může se tyto osoby domáhat náhrady ošklivého projevu jako u učitelů. Ústavem § 35 odst. 3 zvláštního učitelů.

(2) Nemá-li pracovník škola, může autor školního úkolu své dílo učitel předložit jinému učiteli, není-li to v rozporu s pracovními úkoly školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny předložit, aby jim autor školního úkolu v případě jiného zaměstnání v pracovním úkolu dle předložením školou podle odstavce 2 předložit práci na úkolu učitelů, které na pracovním úkolu předložit, a to podle ustanovení učitelů jejich učitelské učitel; učitel ze zvláštního ke zvláštní škole nebo školské či vzdělávacího zařízení s učitelů školního úkolu podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá sociálními problémy seniorů se syndromem demence, které vyplývají při jejich hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. V teoretické části se zabývá poslední vývojovou etapou života člověka a to stárnutím a stářím. Následně charakterizuje vymezení pojmu demence, její symptomy, dělení, typy a také její sociální význam pro samotného člověka i společnost. Dále práce popisuje sociální aspekty u seniorů s demencí, zdravotnické a sociální služby a krátce představuje Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži. Cílem kvalitativního výzkumu prostřednictvím kazuistik v empirické části práce je objasnit samotný dopad onemocnění demencí u seniorů a především jejich sociální problémy při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, senior, demence, hospitalizace, sociální problémy.

ABSTRACT

The thesis deals with social problems of seniors with dementia syndrome which arise during their hospitalization in Psychiatric Hospital in Kroměříž. The theoretical part deals with the final evolutionary stage of human life which is aging and old age. Subsequently it characterizes the definition of dementia, its symptoms, division, types, and its social importance for the man himself and society. It also describes social aspects of seniors with dementia, health and social services, and it briefly introduces the Psychiatric Hospital in Kroměříž. The aim of qualitative research by means of case studies in the empirical part is to clarify the actual impact of dementia of seniors, and especially their social problems during hospitalization in a medical facility.

Keywords: aging, old age, senior, dementia, hospitalization, social problems.

MOTTO:

„Stárneme všichni, bez ohledu na to, zda si to přejeme, nebo ne.

Nikdo si to nemusí přát, prostě je to tak.“

Gerd Kempermann

Děkuji tímto PhDr. Heleně Skarupské, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky, trpělivost, ochotu a vstřícnost, které mi po celou dobu přípravy věnovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ.....	12
1.1 STÁŘÍ.....	16
2 DEMENCE A JEJÍ SYMPTOMY.....	23
2.1 DĚLENÍ A TYPY DEMENCÍ.....	29
2.2 SOCIÁLNÍ VÝZNAM DEMENCE.....	36
3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY U SENIORŮ S DEMENCÍ.....	40
3.1 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI.....	46
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	49
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	50
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	51
4.3 ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE O RESPONDENTECH:.....	51
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	54
5.1 ANALÝZA PÉČE O NEMOCNÉHO	54
5.2 ANALÝZA FINANČNÍHO ZABEZPEČENÍ KLIENTA.....	58
5.3 ANALÝZA VYŘÍZENÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	62
5.4 ANALÝZA OTÁZKY SVĚPRÁVNOSTI.....	66
5.5 ANALÝZA MOŽNOSTI UMÍSTĚNÍ DO SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ	69
6 INTERPRETACE VÝSTUPŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
ZÁVĚR.....	77
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM GRAFŮ.....	86
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Skladba lidské populace se v současné době zásadně mění. Nejen v naší republice, ale na celém světě narůstá počet starých lidí. Vlivem zvyšující se úrovně a zkvalitnění zdravotních a sociálních služeb dochází k prodlužující se délce života a tím se zvyšuje procento lidí, kteří se dožívají vysokého věku. Období stárnutí a stáří je často ve společnosti neprávem povšechně chápáno s obavami až negativně, mnohdy s přístupem, že nás samotných se to přece zatím netýká. Zvláště, pokud se ve stáří přidruží různé překážky, jako je ztráta soběstačnosti, seberealizace, zvyšující se zdravotní problémy, které vedou až k odkázání na pomoc druhých lidí. Ale opak je pravdou. Spravedlnost lidského bytí je taková, že u každého z nás v životě probíhají jednotlivé vývojové etapy se všemi zákonitostmi od samého narození, dětství, dospívání, dospělost, stárnutí, stáří až po smrt stejně. Neměli bychom zapomínat na skutečnost, že všichni jednou budeme staří a možná právě ve stejném postavení, jako ti senioři, kteří právě teď očekávají, či jsou nevědomě odkázáni, na naši pomoc. Etapa stáří ve vývoji lidského života je neméně důležitá, jako všechny předchozí, proto si zaslouží stejný zájem, pozornost a respekt.

Se stárnutím a stářím je především spojený nárůst zdravotních problémů a zhoršující se zdravotní, psychický a sociální status jedince. Jednou z nejčastějších zastupujících diagnóz v seniorském věku je demence různé etiologie. Statisticky pravděpodobnost onemocnění demencí v budoucnu se několikanásobně zvyšuje. Tím vyvstává problém pro samotnou společnost i v sociální oblasti. V dřívějších dobách bylo neodmyslitelnou samozřejmostí, že se rodina o svého příbuzného postarala, především v době nemoci a stáří. O dnešní generaci dospělých, kteří by měli pečovat o své rodiče a prarodiče se hovoří jako o sendvičové generaci. Stále ještě pečují o své nezletilé děti, jsou pracovně vytíženi, nemají vyhovující bytové podmínky... nemají mnohdy čas a především zájem a trpělivost, věnovat se svým stárnoucím rodičům. Přibývá seniorů, kteří zůstávají osamoceni, byť mají rodinu a příbuzné, přesto se nemá kdo na stáří a v době nemoci o ně postarat. Nastupuje pomoc ze strany společnosti, státu. V posledních několika letech velkou měrou přibyla v naší republice síť sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních a především domovů se zvláštním režimem, přesto je kapacita v této oblasti stále ještě nedostačující.

Cílem mé diplomové práce je poukázat na seniory s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a jejich problémy, které jim v době pobytu ve zdravotnickém zařízení přinášejí následné sociální potíže. V teoretické části je charakteri-

zován pojem stárnutí a stáří. Následně je vymezen pojem demence a její sociální význam pro samotného člověka i společnost. Poslední kapitola v teoretické části popisuje sociální služby poskytované seniorům, objasňuje pojem omezení ve svéprávnosti a příspěvek na péči. Také krátce představuje Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, kde byl výzkum realizován. V empirické části práce se formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím deseti kazuistik zabývám samotným dopadem onemocnění demencí u seniorů a především jejich následnými sociálními problémy při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

V závěru diplomové práce jsou navržena doporučení pro praxi a možná opatření pro zlepšení sociální situace seniorů s demencí hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ

Formulací definujících stárnutí a stáří je uváděno okolo tří set, jak popisuje Příbyl (2015, s. 9), přesto žádná z nich není naprosto platná a konečná. Hippokrates definoval období stáří jako úbytek vlhka, Aristoteles zase jako úbytek tepla. Galén stáří vymezuje jako status mezi zdravím a nemocí, kdy dochází ke změně a ztrátě tělních tekutin. Autoři, kteří se zabývají tématem stárnutí a stáří se shodují, že závěrečnou fází vývojového období a života je *stáří (senium)*, zatímco fyziologickým průběhem, který nikdo živý nemůže obejít je *stárnutí (senescence)*.

Světová zdravotnická organizace podle Haškovcové (2010, s. 20) definuje stárnutí jako „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických, či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“

Jako nezvratný biologický proces určují stárnutí Poledníková a kol. (2013, s. 37), kdy se jedná o geneticky podmíněnou délku života. U člověka se předpokládá multifaktoriální typ dědičnosti a teoreticky je možná maximální délka života 115 – 120 let, přičemž se jedná již o mimořádný fenomén.

Podle Hogenové (2013, s. 241, 242) je z fenomenologického hlediska stárnutí proces vyplňování podstat. V první řadě jde o jiné prožívání času a tím i odlišné prožívání samozřejmě žitého světa.

Z evolučně - biologického pohledu je stárnutí přirozený proces. Stárnutí je velmi často chápáno jako stav, kdy dochází především k úbytku tělesných i duševních schopností kterými člověk disponuje. S přibývajícím věkem dochází k různým úbytkům i ztrátám, kdy se otupují smysly, zpomaluje se myšlení a reakční čas, zvyšuje se nebezpečí výskytu nej-různějších onemocnění (Gruss, 2009, s. 9, 29). Jako vstup do stárnutí uvádí Organizace spojených národů věk 65 let, přičemž k největším změnám důsledkem stárnutí dochází u lidí ve věku nad 75 let (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 25). Velmi častou charakteristikou u osob vyššího věku je polymorbidita, která má ve svém důsledku různé druhy omezení v prožívání kvalitního života u seniorů. V kontextu s chronicitou onemocnění narůstá i nezbytnost zvýšené ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 25, 26).

Gruss (2009, s. 7) popisuje stárnutí podle Michalaela Stolleise jako proměnný fenomén, který je sociálně a historicky podmíněný. Přičemž v posledních několika letech je

jeho proměnlivost stále znatelnější. Ohromné problémy způsobuje současný demografický vývoj. Například jde o budoucnost zdravotního a sociálního pojištění, penzí nebo pojišťovacích systémů, konkurenceschopnost na trhu práce a hospodářství. Čevela a Čeledová (2014, s. 17) považují za jeden z nejzřetelnějších součástí stárnutí rychle probíhající úbytek potenciálu zdraví, adaptability, odolnosti a vzájemně provázané zdatnosti. Proto je dle Grusse (2009, s. 7) pro naši ekonomickou a společenskou budoucnost zásadně významný proces aktivizace stárnutí a stáří.

Teorii stárnutí je možné na základě výzkumů, jak popisují Čevelová, Kalvach, Čevela (2016, s. 22) rozdělit do dvou skupin: **Teorie stochastická** – která vyznačuje ve stáří určité opotřebování a selhávání organismu, kdy s přibývajícím věkem také přibývají různorodé poruchy a poškození. Jedná se o teorie opotřebování a náhodného přechodu. **Teorie programového stárnutí** – zdůrazňuje význam genetické informace pro ontogenezi, i samotnou délku života. Stárnutí je označováno zejména za programovaný a řízený proces. Malíková (2011, s. 17) blíže vymezuje tyto názory u teorie stochastické dále na teorii omylů a katastrof, teorii překřížení, teorii opotřebování a teorii volných radikálů. U teorie nestochastické definuje teorii pacemakerovou a teorii genetickou. Podle Haškovcové (2010, s. 26) jsou odborníci stejného názoru, že délka života každého člověka je stanovena především geneticky. Vědci nás seznamují s tzv. programem života, nebo jeho opakem - programem smrti, který je vysvětlován teorií, že každý jedinec má v sobě uložen určitý druh aplikace, který má po „doběhnutí“ za následek smrt jedince. Uvedené lze chápat tak, že člověk je biologický druh s vyhraněným časem na žití a život člověka je konečný.

Minibergerová a Dušek (2006, s. 17) rozdělují stárnutí z medicínského hlediska na **fyzilogický typ stárnutí**, které zahrnuje zákonitou epochu přirozeného vývoje života (zdraví senioři a dlouhověcí lidé). Za **patologické stárnutí** považují situaci, kdy dochází k rozdílu mezi věkem biologickým a kalendářním, jestliže funkční věk je vyšší, než věk kalendářní. Malíková (2011, s. 15) k uvedenému dodává, že patologické stárnutí velmi často doprovází snížená soběstačnost jedince. Hegyi (2012, s. 17) vymezuje senescenci na **absolutní stárnutí**, které zahrnuje nárůst podílu starých lidí v populaci a **relativní stárnutí** definuje zvyšování procent starých lidí v populaci. Dva základní okruhy v teorii stárnutí definují Hrozenská a kol. (2008, s. 16), a to **stárnutí jako projev a implikaci genetických informací** a za druhé **stárnutí jako projev opotřebování**, nebo také nakupení určitých chyb a mutací. Jak doplňuje Hegyi (2012, s. 17), v současné demografické tendenci je cha-

rakteristické, že dochází ke snižování porodnosti, zvyšování střední délky života, nárůstu kategorie velmi starých lidí nad 80 let a snižování úmrtnosti.

Stárnutí je provázáno změnami morfologickými a funkčními, jak popisují Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 31). Orgány v těle podléhají s přibývajícím věkem různým obměnám na úrovni tkání a buněk. Tyto změny, ke kterým v lidském organismu dochází vlivem zvyšujícího věku, je možné vymezit jako **primární stárnutí**, kdy u stárnoucího organismu dochází k tělesným změnám. **Sekundární stárnutí** kam jsou zařazeny ty změny, které se objevují ve stáří častěji, přičemž nemusí být nezbytným průvodním znakem a **terciální stárnutí**, kdy u jedince dochází k velmi zřetelné tělesné dekadenci, bezprostředně předcházející smrti. Další rozdělení stárnutí uvádějí Minibergerová a Dušek (2006, s. 17) na **fyziologický typ stárnutí**, které je možné přirovnat k normálnímu vývoji života a jde o zákonité období, kam je možné řadit zdravé a dlouhověké seniory. Pokud je u jedince kalendářní věk nižší, než samotný věk funkční jedná se **stárnutí předčasné**.

Příbyl (2015, s. 9) hovoří o stárnutí jako o nevratném, komplexním a dynamickém procesu, který svým involučním přechodem postihuje kontinuálně všechny živé organismy už od jejich samotného početí. S interindividuální proměnlivostí dochází k vzájemnému propojení procesů **psychologického, biologického a sociálního stárnutí**. Vlivem involučních změn, reakcí a přizpůsobením organismu na ně, dochází k asynchronním a dezintegrovaným procesům, které mohou být parciálně podmíněny geneticky i částečně ovlivněny nahodilými poruchami a jevy. Hegyi (2012, s. 23) blíže popisuje **biologické stárnutí** jako implikaci funkcí orgánů a involuce struktur, zhoršení regulačních a adaptačních funkcí, zhoršené smyslové vnímání a oslabení imunity. **Psychické stárnutí** představuje jako změnu v osobnostních rysech jedince, horší kvalitu paměti, pozornosti a koncentrace, snížení psychomotorického tempa a naopak vyšší stálostí v názorech, určitou moudrostí, tolerancí a bilancí. **Sociální stárnutí** probíhá pod vlivem změny a akceptace životního stylu, sociálního postavení a zdravotních potíží, adaptace na období odchodu do důchodu.

Populace celého světa stárne, není se tedy čemu divit, že do popředí vědeckého tématu se dostává **úspěšné stárnutí**, které, jak uvádí Koukolík (2014, s. 217, 218), je rozděleno do **pěti modelů**. Nejužší model uvádí jako **biologicko – medicínský**, který je po vědecké stránce úzký, přísný a přesný. Ve své podstatě se zabývá především správnou životosprávou a prevencí, které vedou k co možná největšímu počtu dožitých let ve zdraví, s minimálním onemocněním či invalidizací. Jde o metu obtížně dosažitelnou, kdy se uvádí, že pouze 15% žen a 13% mužů stárne úspěšně. Následující modely **psychologické a sociální**

se zaměřují především na pocity a prožívání lidí, jejich spokojenosti s prozatím prožitým životem a také na jejich aktivní účast v životě současném, jejich adaptabilitu na nové poznatky a informace. Klíčovou úlohu pro zdárné stárnutí je pochopení, že úspěšnému stárnutí je nutné zachovat schopnost učit se, přijímat nové věci a mít realistické sebehodnocení. Nejširší model je **laický**, který prolíná všechny uvedené modely. Vychází z poznání a zkušeností zdravých stárnoucích lidí, kteří usuzují, že aby člověk úspěšně stárnul, nestačí pouze dobré fyzické a duševní zdraví, ale podstatné jsou sociální vztahy jak k druhým lidem, tak i k sobě samému, rodinné zázemí a prostředí, ve kterém žijí.

Britští vědci tyto modely ověřili ve výzkumu u tisíce lidí ve věku nad 65 let. Bylo zjištěno, že u medicínského a biologického modelu prožívá úspěšné stáří 31 % lidí. V psychologickém modelu se šťastnými a úspěšně stárnoucími lidmi označilo jen 16 % respondentů, v sociálním modelu naopak 30 %. V nejvíce realistickém laickém modelu bylo prokázáno, že úspěšně stárne pouze 24 % lidí. Z výsledků lze usuzovat, že celé tři čtvrtiny obyvatelstva nestárne pozitivně Koukolík (2014, s. 219). Sociálně psychologický model úspěšného stárnutí formuluje Sýkorová (2007, s. 38) s odkazem na poznatky Ryffa jako znak adaptivní kompetence jednotlivce, pocit smyslu života, vývoje osobnostního potenciálu, sebeakceptaci, sebekontrolu a pozitivní vazby s ostatními lidmi. K uvedenému Hetteš (2011, s. 33) doplňuje, že v současnosti lidé žijí mnohem déle s větší kapacitou ve stáří hodnotově přispívat do společnosti, než kdykoliv dříve. Jak ukazují zkušenosti s aktivním stárnutím, pokud jsou staří lidé více integrováni ve společnosti, žijí zdravější, delší a kvalitnější život. Jak popisuje Srnec (2014, s. 15) hlavním výstupem „Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity“ vyhlášeným Evropským parlamentem a Radou v roce 2012 je pro Českou republiku důležitý „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017.“ Mezi hlavní cíle vedle podpory zdraví, celoživotního vzdělávání a dobrovolnictví patří především aktivizace seniorů. Hegyi (2012, s. 27) konstatuje, že věkově starší obyvatelstvo se bude podle některých prognóz stále více rozdělovat na dvě odlišné skupiny. Na jedné straně budou starší, výkonní a nezávislí lidé, na straně druhé lidé chronicky nemocní, zcela odkázáni na pomoc druhých. Tato situace pro společnost dalšího století znamená jisté úkoly a závazky, je žádoucí a nutná profilaxe sociálního stárnutí.

Se stárnutím a samotným stářím se každý člověk vyrovnává po svém, vzhledem ke svému aktuálnímu věku a daným zkušenostem, ať již pozitivních či negativních, s prožíváním života člověka starší generace. Je však nepopiratelné, že všeobecné chápání, vnímání a práh tolerance vytváří sama společnost, ve které každý žije. Od daného se ná-

sledně odvíjejí sebereflexe starších lidí. Podle následné převahy a způsobu hodnocení jejich věkové skupiny společností se cítí dobře a spokojeně nebo je tomu právě naopak. Současně je platná zásada, že sebereflexe a sebehodnocení je nejvýše věcí individuální, a pro každého člověka charakterizuje něco odlišného (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s. 58).

Závěrečnou etapou procesu stárnutí u každého jedince je konečné stadium přirozeného vývojového procesu, nebo-li stáří (Poledníková a kol., 2013, s. 37). Vágnerová (2007, s. 299) s odkazem na Bromleye, in Stuart-Hamiltona o stáří hovoří jako o postvývojové etapě, kdy latentní schopnosti rozvoje již byly realizovány. Stáří nepřináší pouze úbytek energie a vitality s nevyhnutelnou proměnou osobnosti a s nezbytnými ztrátami ve všech oblastech, ale také určitý životní nadhled a moudrost, pocit naplnění života a období relativní svobody. O stáří jako o „vyhraněné biografické individuální charakteristice“ se vyjadřuje Gruss (2009, s. 24), jelikož stáří je ve svém základním principu potenciálně nejvyšší výkon v životě jedince.

Každý člověk si je vědom, jak postupně s přibývajícím věkem stárne a že i on jednou přijde do věku svého vlastního stáří. Přesto převážně platí, že pokud je člověk v produktivním věku, tuto nevyhnutelnost životní etapy si osobně nepřipouští, snaží se na ni nemyslet, či spíše odsunout ji do pozadí.

1.1 Stáří

„Pokud naše civilizace postrádá životaschopný ideál stáří, nemá reálné zakotvení konceptu života v jeho celku“ (Erikson, 2015, s. 117, 118). Jak dále autor dodává, ve společnosti často dochází k nevědomosti, jak zapojit seniory do svých konvencí, primárních vzorců a svého důležitého fungování. U starých jedinců se spíše setkáváme s přehlížením, zanedbáváním a vylučováním ze společnosti, než samotným přijetím, které je pro ně neméně důležité.

Vágnerová (2007, s. 302) uvádí, že podle Junga má stáří značný význam, jelikož reprezentuje vrchol osobnostního vývoje a zvládnutí této etapy je význačným evolučním úkolem. Umění zestárnout má stejnou důležitost a vážnost, jako bylo v dřívější době samo dospívání. Jak Vágnerová (2007, s. 302, 303) dále popisuje, ve stáří se člověk většinou zaměřuje na prožitou minulost, nemá snahu již cokoliv měnit, a jeho přístup k sobě samému i k okolnímu světu je z velké části bilancující. Záleží pouze na jedinci samotném, jak se zvládne s novým životním statutem vyrovnat a přijmout jej.

Pojem **senior** definují Sak a Kolesárová (2012, s. 25) jako kategorii sociální, sociologickou a biologickou, kdy jde o jedince, který se specifickým postavením ve společnosti završuje svoji životní etapu. Věk představuje spíše časovou a úřední podobu identity seniora, přesto je pro identifikaci jedince velmi důležitá. Dle výzkumu se podle české populace člověk stává seniorem mezi 60. – 70. rokem věku a to v závislosti na svých individuálních charakteristických možnostech. Označení senior je spojováno se stářím, důchodovým věkem, starým člověkem, starcem. Seniorské skupiny dále rozděluje Štěpánová, Höschl, Vidovičová a kol. (2014, s. 78) :

- **elitní senior** jde o jedince, kteří i přes svůj kalendářní věk pokračují nebo začínají s novou pracovní kariérou, mohou být nadále úspěšní a uznávaní ve své profesi, sportují, žijí aktivní život.

- **autonomní senior** je jedinec, který stále žije podle svých představ, je pracující, aktivní jak v rámci rodiny tak i společnosti. Ve svém životě stále prosazuje a naplňuje své hodnoty a názory.

- **soběstačný senior** vymezuje jedince, kteří již nejsou aktivní v pracovním procesu, významně se již společensky neangažují a plně přijali roli „důchodce“. Přesto stále žijí samostatný život bez nutnosti pomoci druhých lidí.

- **křehký senior** - zvláště ve vyšších deceniích, charakteristicky po 80. roce věku a výše, rapidně přibývá jedinců, u nichž dochází k omezení funkčních schopností a jsou již více či méně alespoň občas závislí na pomoci druhé osoby v běžných denních aktivitách a péči o sebe.

- **nesoběstačný, závislý senior** jedinci, kteří již nejsou schopni postarat se o své potřeby, hygienu, domácnost a běžné záležitosti. Jsou již vzhledem ke svým zdravotním problémům zcela odkázáni na pomoc druhých lidí.

Zcela obecně mění vztah k životu podle Vágnerové (2007, s. 299) velké množství již prožitých zkušeností, které umožňují jistý nadhled a vedou ke generalizaci a stabilizaci postoje k životu. Přesto je nezbytné pro získání osobní integrity ve stáří dosáhnout **pravdivosti** ke svému já. Stáří je období, kdy nemá význam už nic předstírat před sebou samým i před svým okolím, uplynulý život je potřeba vidět v reálném kontextu, bez idealizování a příkras. Je nutné přijmout realitu vlastního stárnutí s tím, co k tomu patří a spíše hledat podstatu v autentických potřebách a opravdových hodnotách. Dále je důležité **smíření** se s již neměnnou realitou, takovou, jaká je, přestože neodpovídá dřívějším plánům a představám a umět přijmout tedy určitý kompromis. Nedílnou součástí je **kontinuita**, která při

dovršení vlastní integrity umožňuje pochopení vlastního života jako nedílnou součást generační linie, ale i jako součást širší společnosti ve spojitosti s minulostí, přítomností i budoucností.

Příbyl (2015, s. 10) upozorňuje na nejednotnost mezi odborníky na pojetí periodizace stáří. V rozdělení stáří panuje obvykle kongruence na kalendářní, sociální a biologické. Jak dále rozvádí Hegyi (2012, s. 23) periodizaci stáří se může dělit podle různých hledisek na:

- **Chronologické stáří**, které zahrnuje kalendářní věk, a bez ohledu na zdravotní stav organismu, je odpovídající skutečně prožitému času.

- **Biologické stáří** je implikací genetických dispozic, způsobu života a vlivem vnějšího prostředí.

- **Funkční stáří** zahrnuje funkční kapacitu potenciálu každého člověka, obsahuje biologické, psychologické a sociální charakteristiky.

- **Psychologické stáří** je obrazem individuálních osobnostních znaků, důsledkem účelných změn během stárnutí a prožívání subjektivního věku.

K uvedenému rozčlenění ještě Poledníková a kol. (2013, s. 38) přiřazují:

- **Sociální stáří**, které je zastoupeno změnami sociálních potřeb a rolí, určitým životním stylem a finančním zabezpečením.

Dalším způsobem dělí stáří český psychiatr Vladimír Vondráček, jak popisuje Haškovcová (2010, s. 25) na **stáří konvenční**, které bývá odvozeno od dohody dané společností, se zřetelem na jednotlivá kulturní období, která považovaly za opravdu starého člověka vždy někoho jiného. **Stáří úřední** je charakteristické klauzulí zákona a je spojováno s dobou odchodu člověka do starobního důchodu.

Za obecně uznávanou periodizaci lidského stáří je podle WHO jak popisují Příbyl (2015, s. 10) a Haškovcová (2010, s. 20) považováno patnáctileté období:

- 60 – 74 let – „stárnutí, rané stáří, senescence“
- 75 – 89 let – „vlastní stáří, kmetství, senium“
- 90 a více let – „dlouhověkost, patriarchium“

Obdobné členění, vzhledem k novým poznatkům o zlepšujícím se zdravotním a funkčním stavu stárnoucího obyvatelstva uvádí Příbyl (2015, s. 11):

- 60 – 74 let – „mladí senioři (young - old)“
- 75 – 84 let – „starší senioři (old - old)“
- 85 a více let – „velmi staří senioři (oldes – old, very old – old)“

Jinou možnost dělení uvádí Vágnerová (2007, s. 299, 398):

- 60 – 75 let – období raného stáří
- 75 a více let – období pravého stáří

V procesu **raného stáří** dochází k transformaci generativity, kterou ovlivňuje přechod vztahu nejen k vlastnímu životu, ale i k okolnímu prostředí. Jako specifický znak stáří lze charakterizovat zaměřenost na vztahy k lidem s určitou potřebou být stále užitečný a prospěšný pro své okolí, rodinu, přátelé i celou vlastní komunitu. Pocit nepotřebnosti až nadbytečnosti vede u starších lidí k silné emoční zátěži a snižování sebevědomí (Vágnerová, 2007, s. 301). Rané stáří jako třetí věk popisuje Gruss (2009, s. 8, 12) a upozorňuje, že v současnosti jsou jedinci v raném stáří podstatně zdatnější, psychicky a fyzicky výkonnější, než byla generace předešlá. Je to způsobeno velkým vývojovým potenciálem, tedy faktem, že na podstatě společenského pokroku a osobního nasazení člověka, je možné stáří v současnosti lépe utvářet.

Životní fázi **pravého stáří** je označován věk po 75. roce života. V této době přibývají problémy dané tělesnou a mentální dekadencí, zvýšeným nebezpečím vzniku a kumulace nejrůznějších zátěžových situací, které mohou být vnímány v tomto věku zvláště náročně. Dochází k vysoké sociální izolovanosti a z ní následně pramenící osamocenosti. Vzhledem k výraznému poklesu soběstačnosti a odkázanosti na pomoci druhých dochází ke zvýšené až absolutní závislosti a často k vynucené, nesouhlasné změně životního stylu. Umístění do sociální či zdravotní instituce představuje vždy pro jedince specifickou zátěž, se kterou se velmi těžko vyrovnává (Vágnerová, 2007, s. 398, 435).

Výrazně méně pozitivní podobu stáří vykazuje podle Grusse (2009, s. 19) **čtvrtý věk**, kterého lze dosáhnout dovršením 80 let života. Tohoto věku se dožívá pouze polovina původní generace (Vágnerová, 2007, s. 398). Je prokázáno, že lidé ve věku 90 - 100 let nemají schopnost naučit se složitým kognitivním technikám, jako například mnemotechnické pomůcky. Dochází také k destabilizaci k celkovému životnímu pocitu subjektivní spokojenosti a adaptabilní plasticita *já* dosahuje svých mezí. Nejstarší lidé jsou nespokojeni s tím, že již nemůžou řídit a více méně ovlivňovat chod událostí, kdy hovoří až o ztrátě kontroly nad svým životem (Gruss, 2009, s. 19). Čtvrtý věk jako věk nesoběstačnosti popisují Čeledová, Kalvach, Čevela (2016, s. 15), kdy nesouhlasí s používáním pojmů, jako je neodvratná stařecká bezmoc, fyzický i psychický úpadek nebo dokonce přestárlost. Pojem přestárlost považují za zcela nepřijatelný a nekorektní s tím, že by neměl být vůbec používán.

Jak popisuje Vávrová (2012, s. 84) uznávaný psycholog Erik Homburger Erikson rozlišuje ve své koncepci psychosociálního vývoje osobnosti osm věků v rámci životního cyklu člověka, které dodatečně se svojí ženou Joan rozšířil na sklonku svého života o deváté stadium. Jednotlivá stadia se vyznačují typickou odlišností ve vývoji libida a poznávacích procesů, ale v první řadě specifickým rozparem pozitivních (*syntonních*) a negativních (*dystonních*) sil. **Stáří** - tedy **osmý věk** podle Eriksona (2015, s. 116, 117) je protikladem integrity stáří a jeho beznaděje. V rámci integrity je nezbytný takt, dotyk a kontakt. Jedná se o naléhavou potřebu u starých lidí. Jestliže je člověku v tomto období dopřáno uspokojené ohlédnutí za životem, lze hovořit o plnohodnotně naplněném životě. Protikladem je špatně naladěný, nespokojený jedinec, trpící dojmem zoufalství a beznaděje. Dochází k retrospektivnímu účtování s prožitým životem a stojí na tom, nakolik člověk vnímá svůj život pozitivně prožitý. Jestliže dochází k převážné lítosti a pocitu zmaru ze zameškaných příležitostí, zvyšuje se i stupeň zoufalství a znechucení. **Devátý věk** v duchu Eriksona lze charakterizovat podle Vávrové (2012, s. 89) jako ztrátu zloby proti pokoře. Jde o závěrečnou etapu života, na kterou je nutno nahlížet pohledem osmdesátiletých až devadesátiletých očí Erikson (2015, s. 109). V poslední etapě života, jak dále konstatuje Vávrová (2012, s. 89) dochází k neodvratnému uzavírání životní cesty jedince, který již ztrácí sílu a s ní i podstatnou část zloby. Jsou již zcela závislí na cizí pomoci. Devátý věk se uzavírá společně s životní dráhou jedince, v době, kdy opouští tento svět. Podle Příbyla (2015, s. 22, 23) je také důležitá Eriksonova „představa o oboustranném ovlivňování generací“, kterou pojmenoval **mutualita**, kdy vysvětluje, že to nejsou pouze rodiče, kteří se podílejí na ovlivňování vývoje u svého dítěte, ale také tyto děti svým způsobem ovlivňují životní směr a vývoj svých rodičů a prarodičů.

Pro zdárnou adaptaci ve stáří a celkovou duševní hygienu podle Příbyla (2015, s. 25) doporučuje přední český psycholog Švancara snahu o naplňování „**5P**“. **Perspektiva** – jde o udržení si pozitivního výhledu na svoji budoucnost, zachovávat a rozvíjet svůj životní plán. **Pružnost** – i ve stáří je nutné se stále vzdělávat, mít snahu pochopit nové postupy, poznatky, jevy a novým podnětům zůstat otevřený. **Prozíravost** - mít nadhled a vidět věci v souvislostech, být připravený na různé obtíže a ztráty, které stáří neodmyslitelně přináší s uměním vhodné kompenzace. **Porozumění** – snaha o pochopení druhých lidí, fungující vztahy v rodině i mezi přáteli, mít pozitivní myšlení, bez výčitek a vnitřní nepohody. **Potěšení** – umět se radovat z každého dne, aktivně udržovat dobrou mysl a náladu, mít se na co těšit a pro co žít.

Senioři mají odlišný přístup i prožívání ve vztahu k stárnutí a stáří a také se s nimi podle Sýkorové (2007, s. 224) různě vyrovnávají. Dále popisuje různé strategie zvládání stáří:

- **Přístup „ mladé stáří“** se zakládá na subjektivním dojmu mladosti, samostatného rozhodování a kompetencí, fyzické i finanční soběstačnosti, akcentace vlastní autonomie a respektování autonomie druhých v interakci s rodinou, přáteli a okolím.

- **Přístup „vyrovnané stáří“** je založen na moudré a vyrovnané akceptaci stáří, kdy dochází úbytku vnitřního potenciálu a energie jedince. Přesto senioři vyhledávají pozitivní stránky života a v rámci svých limitů se snaží být aktivní jak v osobním, tak i ve společenském životě.

- **Přístup „ambivalentní stáří“** je charakteristický překonáváním k zápornému postoji ke stárnutí a stáří, spíše se jedná o přijetí života ve smyslu „hlavně že žiji, nedá se na tom nic změnit“.

- **Přístup „popírání stáří“** je typické pro seniory, kteří se distancují od vlastních zdravotních potíží, ale také od samotného stárnutí, stáří a starých lidí. Snaží se žít aktivně, vyzdvihují vlastní dosažené úspěchy a pozitivní vlastnosti, s důrazem, že stále ještě nepotřebují pomoc druhých lidí.

- **Přístup „vážně nemocné, imobilní stáří“** dochází k identifikaci seniorů s nemocnými a slabými jedinci. Sociální strategie v rámci rodiny se dostávají do popředí, kdy zajišťuje pomoc a podporu autonomie u svého seniora.

- **Přístup „zvládání čtvrtého věku“** se zakládá na smíření se se statusem starého, nemocného a závislého jedince na pomoci druhých. Dochází k vytváření ke stereotypu každého dne, upínají se více na rodinu a pečovatele, do popředí tématu diskuzí se dostává umírání a smrt.

Z hlediska sociálního významu stáří, jak uvádí Vágnerová (2007, s. 308), má současná společnost ke stáří i samotným seniorům postoj spíše negativní, podceňující a odmítavý. Tento věk je chápán jako konečný, nic nepřinášející a spíše obdobím samotného chátrání. Hodnotový systém společnosti klade stále větší důraz na mladost, svěžest a vitalitu, čímž silně znevýhodňuje samotné seniory, kteří se takto mohou cítit nepotřebnými a podřadnými. Z takto postavených hodnot následně vychází ageismus, který vyjadřuje nekompetentnost stáří, podceňování, v krajním případě až odpor ke starším lidem. Ti následně, pod vlivem ageismu, mohou pociťovat určitou diskriminaci. Stáří má podle Hegyiho (2012, s. 38) vyjadřovat životní naplnění ne jeho degradaci. Podle Hrozenkové a Dvořáčkové (2013,

s. 33) má svůj sociální rozměr ve stáří také onemocnění, především chronická, kdy dochází k izolaci od blízkého okolí, snížení soběstačnosti, omezené komunikaci a ztráty pocitu potřeby.

Podle Eriksona, jak uvádí Dvořáčková (2012, s. 15) naše společnost postrádá *životaschopný ideál stáří* a důsledkem toho se neví, co od seniorů očekávat, co nabízet a jak je zapojit do samotné společnosti. „Není pochyb, roli stáří je třeba znovu prostudovat a znovu promyslet.“

V první kapitole jsem přiblížila pojem a problematiku stárnutí a stáří, které patří mezi několik sociálních fenoménů, které předurčují směr nejenom naší společnosti, ale i celosvětově. V těchto i následujících letech jde o stále aktuálnější téma hodno nových, intenzivních diskuzí.

2 DEMENCE A JEJÍ SYMPTOMY

V následující kapitole popíši jeden z nejčastějších zdravotních problémů, který je u nejstarší populace ve velké míře zastoupen – jedná se o demenci.

Pojetí slova demence vychází z latinského jazyka a doslovný překlad je *bez myslí*. Přičemž předpona *de* znamená *odstranit* a *mens* představuje slovo *mysl*. U člověka postiženého demencí dochází k postupnému úpadku a nemoc má natolik razantní dopad, že v její závěrečné fázi se nemocný jen stěží podobá člověku, kterým byl před jejím začátkem (Buijssen, 2006, s. 13).

Jiráček et al. (2013, s. 69) definuje demence jako závažné psychické poruchy, které způsobují výraznou poruchu kognitivních funkcí a zároveň narušení nekognitivních funkcí, kam řadíme aktivity běžného denního života. Dochází také k poruchám emotivity, chování a spánku, které přiřazujeme k behaviorálním a psychologickým příznakům demence.

Podle Lužného (2012, s. 36) demence představuje jeden z nejvýznamnějších pilířů v gerontopsychiatrii. Jedná se o kategorii onemocnění, která se vyskytuje zpravidla ve vyšším věku. Jde o syndrom v převážné většině chronického nebo progresivního charakteru, který zahrnuje postupnou deterioraci kognitivních funkcí, kam můžeme zahrnout např. orientaci, paměť, chápání, úsudek, konkrétní i abstraktní myšlení, pochopení slyšeného i psaného slova aj. Dále také deterioraci v motivaci, emoční oblasti jako výskyt patických afektů a nálad, určité otupění emocí a také postupné zhoršování v sociální oblasti. Vavrušová (2012, s. 10) doplňuje, že demence je závažné duševní onemocnění, kdy v převážné většině případů dochází nejdříve ke změnám paměti. Postupně dochází k postižení soudnosti, orientace, logického myšlení, exekutivních funkcí a v závěru dochází k rozvoji obrazu těžké intelektové deteriorace.

Vágnerová (2014, s. 249) hovoří o demenci jako o poruše chronického charakteru, která může mít různý stupeň progresu, podle příčiny postižení, kdy dochází k degradaci celé osobnosti. Jedná se o získané onemocnění, ke kterému může docházet až po dosažení určitého stupně ve vývoji jedince.

Jak uvádí Kučerová (2006, s. 9) při demenci dochází k celkovému zhoršení duševních schopností s různou intenzitou postižení v jednotlivých složkách psychiky a ve své implikaci postihující člověka jako celou osobnost, včetně tělesné složky. V nejtěžších stupních postižení se nejedná pouze o sešlost paměti, vůle, myšlení a emotivity, ale také o tě-

lesnou slabost, nevykonnost, inkontinenci, slábnoucí imunitu proti infekcím, poruchy hybnosti. Zhoršování stavu má nezvratnou progresi, jejíž tempo se může různě měnit, zrychlovat, zpomalovat až stagnovat, vzácně dochází i k obdobím zlepšení.

Topinková (2005, s. 137) uvádí, že u demence se nejedná o samostatnou nozologickou jednotku, ale jedná se o syndrom, kdy pro stanovení diagnózy musí být splněna diagnostická kritéria podle MKN-10, kam zahrnujeme získanou celkovou kognitivní poruchu postihující paměť a nejméně jednu další funkci z oblasti myšlení, orientace, řeči, poznávání, úsudku učení, abstrakce aj. Dále kognitivní poruchy, které zhoršují společenské a pracovní uplatnění člověka. Nejprve dochází k postižení složité, komplexní činnosti, v pozdějším období i schopnost samostatně provádět základní sebeobslužnou činnost. Pro stanovení demence je nutné trvání dané poruchy nejméně 6 měsíců a postupující progresse postižení.

Pidrman (2007, s. 9) doplňuje, že demenci je možné pochopit jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná a má zásadní vliv na další funkce člověka a tedy tím i nevratný dopad na jeho následný život.

Celosvětově byl v roce 2010 počet lidí žijících s demencí odhadován okolo 35,6 milionů. Odhaduje se, že do roku 2030 by se měl tento počet až zdvojnásobit a v roce 2050 by měl být tento počet více jak trojnásobný. Ročně je počet nově zjištěných případů demence na celém světě odhadován až na 7,7 milionu. Také v celosvětovém měřítku je nejčastějším typem demence označována Alzheimerova choroba, v zastoupení téměř 60 – 70 % všech případů demencí. Celosvětově byly náklady spojené s tímto onemocněním odhadem v roce 2010 vyčísleny na 604 miliard USD (Dementia, 2012, s. 2).

V současné době je odhad, že v České republice nyní žije přibližně 150 - 200 tisíc lidí s demencí. Pravděpodobnost onemocnění demencí po 65 - ti let věku se každých následných pět let zdvojnásobuje (Jirák et al. 2013, s. 71). Vzhledem tedy k prodlužování lidského života, přibývá lidí s demencí především ve vysokých věkových skupinách. Je však nutné podotknout, přestože je demence spojována především s obdobím stáří, není přípustné ji slučovat pouze s onemocněním v pokročilém věku (Holmerová, 2014, s. 66). K tomu Jirák et al. (2013, s. 69) dodává, že demence vznikají v průběhu života nejprve po tom, kdy dojde u člověka k rozvoji kognitivních funkcí, tedy od 4 – 5 let věku života. Vágnerová (2014, s. 250) tuto věkovou hranici snižuje už po druhém roku věku života. Setkáváme se tedy také výjimečně s demencí již v dětském věku, ale jejich prevalence roste s věkem.

U demence jsou podle Lužného (2012, s. 36) postiženy tři klíčové oblasti, kdy se jedná o tzv. ABC schéma.

A – aktivity všedního dne („activities of daily living“)

B – chování a emoční oblast, včetně psychotické symptomatologie („behavioral and psychological symptoms, BPSD“)

C - kognitivní oblast („cognitive functions“)

Mezi poruchy **aktivity všedního dne** podle Růžičky (2003, s. 24, 28) řadíme omezení běžných činností každodenního života jedince, jako jsou komplexní činnosti – řízení auta, zaměstnání, domácí práce aj. a dále sebeobsluha, kontinence, včetně chůze. Obvykle dochází nejdříve v průběhu progresivní demence k postižení komplexních činností. Nastávají problémy při plnění nejprve složitějších úkolů v zaměstnání, nebo i v každodenním životě. Běžným aktivitám, které dříve nemocný zvládal bez potíží, musí věnovat více času a i přes to dochází k stále častějšímu chybování. Mnohokrát se jedná o běžné úkony, jako je nakupování, hospodaření s penězi, domácí práce, cestování, chybné vyhodnocení zažitých situací. Již v této době může být nemocný nebezpečný sobě, nebo svému okolí. Postupně přestává být schopen i základní sebeobsluhy, oblékání, hygienických návyků, příjmu potravy. V nejtěžším stupni se mohou projevit obtíže i při chůzi a jiných základních pohybových stereotypch.

Poruchy chování ve stáří (dále BPSD - behavioral and psychological symptoms) se pokaždé rozvíjejí společně s poruchami kognitivních funkcí. Mohou být natolik nápadné, až budí pozornost v okolí. Nepříjemné až stresující bývá toto chování především pro blízké, rodinu či pečovatele nemocného. V častých případech jde o první impuls návštěvy a vyšetření u odborníka, který může odhalit a diagnostikovat již přítomnou demenci. Ačkoliv výskyt BPSD řadíme mezi příznaky demence, jejich intenzita nemá přímou souvislost s poškozením intelektu, nemusí se tedy vždy shodovat se závažností postižení intelektových funkcí. Mezi BPSD je zahrnuto relativně široké množství symptomů: paranoidní ladění a myšlení, výskyt halucinací a bludů, poškození v běžných činnostech, zmatenost, neklid, poruchy rytmu v souvislosti bdění a spánek, verbální a brachiální agresivita, agitovanost a také změny nálad, kam řadíme deprese, úzkosti, mánie a fobie. Současné studie informují o tom, že 75% nemocných středně těžkou demencí je podezřívavých, přičemž více jak 40% takto postižených trpí bludem o tom, že jsou okrádáni. Agresivita, agitovanost a vlastní poruchy chování se nejčastěji objevují u více než 80% nemocných a to ve středním stadiu a na hranici středního a těžkého stadia demence (Pidrman, 2007, s. 79, 80).

Při rozvoji BPSD mají také velkou roli psychologické a sociální faktory, jak uvádějí Pidrman a Kolibáš (2005, s. 40), kdy je také uplatňována charakteristika premorbidní osobnosti, způsobilost reakce na zátěž nebo na stres. Obecně lze říci, že osobnost se stává karikovanou a je reálné, že některé doposud skryté či korigované rysy osobnosti se stávají nápadnějšími. Největší potíže je možné očekávat u osobností s paranoidními rysy a s emoční nestabilitou. K sociálním faktorům přiřazujeme prostředí domova, kde se nemocný pohybuje, jeho vztahy s okolím, mezilidské vztahy a vliv okolí na nemocného. Vysokým rizikem pro rozvoj či prohloubení BPSD je jakákoliv změna v jeho přímém okolí, ať už materiálním, nebo personálním, neboť jedinec s kognitivním narušením velmi senzitivně vnímá své sociální prostředí. Jakákoliv změna sociálního prostředí může tedy významně zvýšit riziko deprese, úzkosti, agitovanosti a emoční zátěž a tím i zvýšit riziko sebevražedného a automutilačního chování. Nemocný svým problémovým chováním, jak upozorňují Jiráček et al. (2009, s. 74), mnohdy vyjadřuje snahu upozornit na svůj požadavek. Může tedy často vznikat jako implikace nedostatečného porozumění mezi potřebami nemocného a pochopení této potřeby ze strany jeho okolí. Nelze tedy poruchy chování při demenci chápat jako zlý úmysl nebo schválnosti, pouze jako symptomy tohoto onemocnění. Pidrman (2007, s. 14) upozorňuje na významný sociální dopad onemocněním ve vyšším věku, zvláště demencí. Dochází ke změně sociálního statutu nemocného, ztrátě soběstačnosti až závislosti na pomoci druhých, neschopnosti samostatného bydlení a života, což může vést až k předčasné institucionalizaci. Tato nelehká životní situace samozřejmě vede k nárůstu stresu a obav jak u samotného jedince a dochází k zatížení nejen jeho samotného, ale i jeho nejbližšího sociálního okolí a především rodiny.

Poruchy kognitivních schopností se mohou podle Bartoše a Hasalíkové (2010, s. 23, 24) projevovat jako:

Amnézie – poruchy paměti

Afazie – porucha obsahu řeči

Apraxie – neschopnost dělat naučené pohybové stereotypy, i přesto, že pohybové funkce zůstávají zachovány

Agnozie – neschopnost rozeznávat, rozlišovat, vnímat a interpretovat různé sensorické vjemy, přestože sensorická funkce byla zachována

Dysexekutivní syndrom – narušení exekutivních funkcí, ztráta schopnosti koordinované činnosti mířící ke specifickému cíli

Paměť - Při postižení paměťových funkcí dochází nejdříve k postižení krátkodobé a střednědobé paměti. Dochází k neschopnosti učit se novým věcem, uchovávat již získané informace, schopnost řešit různé problémy, naučit se novým dovednostem Vágnerová (2014, s. 257). Mezi ostatní důsledky ztráty paměti, jak dodává Zgola (2003, s. 24), patří dezorientace v místě, čase či osobě. Nemocný není schopen uchovat si v paměti základní orientační informace. Vágnerová (2014, s. 267) k tomu doplňuje, že při počátečním stadiu demence se lidé snaží své problémy s úpadkem paměti zakrýt různými konfabulacemi. Může docházet k potížím při rozlišení pravdivých vzpomínek a výplodům vlastní fantazie. V důsledku progresu se jim čím dál obtížněji vybavují již starší vědomosti, objevuje se nepřesnost a zpomalení. V častějších případech bývá zasažena deklarativní paměť, která zahrnuje vybavitelné informace a vědomosti. V pokročilém stádiu postižení mizí i již dříve zafixované vzpomínky, osvojené návyky a naučené dovednosti. V nejzazších případech při úbytku paměťových kompetencí si nemocní nedokážou vybavit ani své jméno. Úpadek paměti má důsledky i v oblasti myšlení a řešení problémů. Myšlení se stává nevybavným, bradypsychickým, rigidním, stereotypním, zabíhavým, obsahově ochuzeným a zúženým. Mizí schopnost abstraktního myšlení, plánování, organizování, rozhodování, kritičnosti, soudnosti. Nemocní mají problém s porozuměním různých vztahů a souvislostí. Z toho vyplývají následné obavy z neřešitelné a nezvládnutelné situace.

Afázie - poruchy řeči – nebo-li ztráta schopnosti porozumět mluvenému slovu, verbálnímu vyjadřování a v důsledku až ztráta komunikační schopnosti s okolím (Vágnerová 2014, s. 268). Mezi tyto poruchy řadí Venglářová (2007 s. 29) nedorozumění, neporozumění myšlenky a sděleného slova, zužování slovní zásoby, nesprávné řazení vět, poruchy v komunikaci. Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 124) afazii řadí mezi fatické poruchy a dále ji podrobněji rozděluje na **expresivní (motorickou, produktivní) afazii**, kdy dochází k porušení schopnosti ve vyjadřování v řeči, písmem i dalšími jakýmkoliv způsoby. **Receptivní (senzorická, perceptivní) afazii**, kdy nemocný nerozumí slyšeným slovům, nedovede pojmenovat a rozpoznat viděné předměty. **Amnestická afázie** zvláště u demence častá porucha, kdy nemocný slova zapomíná a při řeči je musí spíše opisovat. Vágnerová (2014, s. 256) popisuje, že postižení úrovně řeči může vést u člověka až k nepříznivému celkovému zpomalení, narušení paměti a úpadku v myšlení. Dochází k zpomalení aktivního verbálního projevu, objevují se nepřesnosti, sémantické a syntaktické chyby, vynechávání slov, záměny pojmů až perseverace, kdy nemocný opakuje dokola tentýž výraz. Často dochází k neporozumění, kdy nemocný nechápe, co se po něm žádá.

Může docházet až k faktickým korovým poruchám různého charakteru. Z funkčního hlediska je možné rozlišit afázii motorickou, neplynulou, kdy jde o neschopnost aktivní verbální produkce a afázii senzickou plynulou, kdy dochází k narušení schopnosti porozumět mluvené řeči. S problémy v komunikaci s okolím bývá spojována i agrafie (neschopnost písemného vyjádření) a alexie (porucha schopnosti čtení).

Apraxie – lze ji dělit na ideomotorickou, motorickou a ideativní jak popisují Höschl, Libiger, Švestka (2002, s. 64). Jedná se o poruchu motorických dovedností, kdy dochází ke ztrátě již zažitých až stereotypních či naučených pohybů, kterou způsobuje funkční poškození určité oblasti v mozkové kůře (Zgola 2003, s. 40). Blíže tyto obtíže specifikují Pidrman a Kolibáš (2005, s. 111) jako neschopnost používat běžné předměty denní potřeby, např. příbor, klíče, psací pomůcky. Nemocný je také již neobratný v oblékání, či není samostatně schopen této činnosti. Při pokročilém stavu onemocnění může být přítomna apraxie chůze a postoje, přičemž se takto nemocní, bez pomoci další osoby, nedokážou sami posadit, postavit a chodit. Podle Duška a Večeřové – Procházkové (2010, s. 125) se objevuje zvláště u těžších forem demence.

Agnozie – hovoříme o situacích, kdy člověk sice vidí a slyší, ale není schopen poznávat. Jde o postižení gnostických funkcí, při nichž nemocní demencí nedokážou adekvátně zpracovat a vyhodnotit ani běžné informace. Přestože mají zachované příslušné senzické funkce, nejsou schopni již rozpoznávat známé objekty, nebo spíše jejich zobrazení (Vágnerová 2014, s. 256). Agnozii dále rozdělují Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 44) na **somatickou, optickou, taktilní a akustickou**. Kdy nejde přímo o poruchu smyslového orgánu, ale o poruchu způsobilosti srovnávat aktuální smyslové vjemy s již dříve získanou a zažitou zásobou vjemů a vzpomínek. Zgola (2003, s. 37, 39) popisuje situaci, jako selhání člověka s kognitivním postižením při rozeznávání a používání známých předmětů. Může docházet k situacím, kdy je člověk bezradný při běžných, zažitých úkonech, např. nerozezná lžici a k čemu se používá, je schopný si v nevědomosti učesat vlasy zubním kartáčkem. Pokud člověk již nedokáže přesně identifikovat věci ve svém okolí, zvláště pokud si není vědom této skutečnosti, dochází k mylným výkladům skutečných stimulů a má tendence ke klamným představám, až k prožívání bludů.

Dysexekutivní syndrom – při něm dochází k poruchám a nedostatkům ve volném a reálném praktickém jednání, je snížena výkonnost složitějších aktivit, rozhodování, plánování, stanovování priorit, abstraktního myšlení. Dochází k výrazným změnám v motiva-

ci chování a dynamiky, řečové plynulosti a psychomotorického tempa (Jirák et al. 2009, s. 5).

Jako jeden z hlavních příznaků rozvíjející se demence považují Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 181) **poruchu intelektu**, která má za následek snižování kritičnosti a soudnosti u nemocného. V **emotivitě** se mohou poruchy projevit ve změně celkového ladění, až emoční inkontinence. V citové sféře se může objevit apatická nálada, která vede k celkovému citovému otupění. V častých případech se vyskytuje neklid, afekty zlosti se sklony k možnému agresivnímu chování. Horáček a Švestka (2002, s. 310) k dalším symptomům ještě doplňují snížení morálních a etických norem, nebo-li poruchu vyšších citů, nestálost a snížení způsobilosti samostatného rozhodování.

2.1 Dělení a typy demencí

Demence jako komplex je možné dělit podle různých způsobů. Demence by měla být nejprve správně diagnostikována s určením správné etiologie, která je významná z hlediska poznání a následné léčby. Nejprve dochází k rozpoznání demence, tedy odlišení demence od stavů demenci pouze imitujících a určit její závažnost a etiologii (Pidrman 2007, s. 31).

Demence, u které dochází k postižení všech složek intelektu, je formou **celkovou (globální)**, tam kde se vyskytuje postižení pouze u některých složek intelektu je označována za formu **parciální - ostrůvkovitou** (Horáček a Švestka 2002, s. 310).

Demence s přihlédnutím k etiologii postižení jsou děleny do následujících základních skupin:

- **Primárně degenerativní demence** – jejichž příčinou je degenerativní postižení mozku. Jsou označovány jako **atroficko – degenerativní demence**, které jsou zastoupeny především Alzheimerovou nemocí, která představuje až 60% všech demencí a dále demence s Lewyho tělisky a frontotemporální demence (Vágnerová 2014, s. 252). V současnosti většina autorů podle Duška a Večeřové – Procházkové (2010, s. 180) soudí, že do skupiny Alzheimerovy demence patří až 70% všech demencí, přičemž výskyt onemocnění prudce stoupá po 65. roce života.

- **Sekundární demence**, nebo také symptomatické demence, u kterých jsou podkladem celková onemocnění, úrazy, nádory, infekční onemocnění, cévní, metabolické a další poruchy, které postihují mozek (Jirák et.al, 2009, s. 19). K tomu doplňuje Pidrman (2007, s. 31), že se jedná o nesourodou řadu demencí, na jejichž vzniku se může podílet řada pří-

čin v důsledku jiné primární poruchy, která daným způsobem poškozuje CNS. Bylo interpretováno více jak 70 skupin sekundárních demencí. Vágnerová (2014, s. 225) je dále dělí:

- **Ischemicko – vaskulární demence** – které jsou vysvětlovány jako důsledek kardio-vaskulárního onemocnění a za jejich vznik jsou považovány změny mozku na základě hypoxicko – ischemických změn.
- **Ostatní sekundární demence** – Tyto demence vznikají z jiných příčin, např. posttraumatické, metabolické, infekční, nebo také jako důsledek vzniklé otravy.
 - **Smišené demence** – vznikají na základě smíšeného podkladu, kdy nemocný je postižen jak Alzheimerovou nemocí, tak i vaskulárním poškozením mozku. Jedná se přibližně o 10 – 15 % všech demencí.

Vývoj demence je možné rozdělit do celkem tří stádií podle intenzity poškození kognitivních funkcí, pro která je charakteristickým znakem určitý rozsah postižení jednotlivých složek, kdy je vždy přítomna kognitivní porucha různého stadia. Vyhodnocuje se zasažení v oblasti paměti a zasažení v oblasti dalších korových funkcí.

První stádium: mírná demence – snížení paměti je zřetelnou překážkou ve vykonávání denních činností, přesto ještě prozatím nenarušuje samostatný život nemocného. Dochází k zjevnému selhávání paměti v běžných situacích – nemocný zapomíná, hledá vhodná slova, pojmenování, dohledává odložené věci. Zhoršuje se i samostatnost a rychlost v aktivitách běžného života, což má za důsledek pokles v ostatních kognitivních funkcích (Lužný, 2012, s. 38). Jak dodává k uvedenému Topinková (2005, s. 138) může se objevit mírná porucha orientace, porucha řeči (dysnomie), snížený náhled na situaci, snížení zájmu o sociální a společenské aktivity, změny nálady a chování (apatie, deprese, úzkost, iritabilita), potíže běžného života – finanční gramotnost, nespolehlivost při užívání léků aj.

Druhé stádium: středně těžká demence – častější problémy již znemožňují nemocnému samostatné fungování při aktivitách běžného života. Objevují se výrazné výpadky paměti, dezorientace místem i časem, dochází k zaměňování minulosti s přítomností, nepoznávají již známé prostředí. Dále se objevuje zhoršení řeči, změny v chování a nálad, ztráta náhledu, halucinace, bludy. V sebeobslužnosti je potřebná pomoc druhé osoby při zvládnutí jak běžných domácích prací, nakupování, tak i při dodržování osobní hygieny, umývání a oblékání. Z velké části je nemocný již odkázán na pomoc svého okolí (Vavrušová, 2012, s. 18).

Třetí stádium: těžká demence – nemocný není schopen si vštípit nové informace, ani vybavit si informace zažité, již dříve uložené, pokles paměti dosahuje kritického stup-

ně. Jedná se tzv. o zhoršení jak v novopaměti, tak i staropaměti. Postupně si nemocný nevybavuje názvy běžných věcí, své jméno, není schopen rozpoznat své nejbližší. Také pokles v ostatních kognitivních funkcích dosahuje nejvyšší kritické stadium, kdy u nemocného zcela selhává myšlení, úsudek, plánování, zpracování informací, schopnost abstrakce (Lužný, 2012, s. 38). Podle Vavrušové (2012, s. 19) se v tomto stádiu objevují nejčastěji další přidružená onemocnění (nejvíce zastoupeny jsou infekce dýchacích a močových cest), která nemocného ve svém důsledku ohrožují na životě. V této době jsou nejčastěji přijímáni do zdravotnického, nebo sociálního zařízení, neboť v rodinách, i přes veškerou snahu, není vždy možné zajistit adekvátní péči.

K uvedeným stádiím Vágnerová (2014, s. 267) ještě přiřazuje:

Čtvrté stadium: terminální – nemocný je již zcela odkázán na péči druhé osoby, je upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí, co se po něm žádá, není schopen již jakékoliv aktivity, snaha o navázání kontaktu je velmi silně limitována.

Obdobně se k rozdělení stadií demencí vyjadřuje v aktuálnějších pojetí i Holmerová (2014, s. 72), která na doporučení České Alzheimerovské společnosti definuje charakteristická jednotlivá stadia demence v rámci strategie P-PA-IA. Tato klasifikace konkrétněji reflektuje potřeby a zajištění péče multidisciplinárním přístupem pro takto nemocné a případně i pro jejich rodinné příslušníky.

P = pomoc a podpora první stadium demence je charakteristické ještě převážnou soběstačností nemocného, především při základních sebeobslužných úkonech, jako je mobilita, hygienické návyky, stravování aj. Avšak v denním životě je již potřeba ze strany druhé osoby dopomoc, dohled či připomenutí v souvislosti s vykonáváním instrumentálních aktivit každodenního života – nákup, finanční transakce, podávání léků, zajištění přípravy jídla, doprovod k lékaři. Lidé s mírným stadiem demence dokáží žít stále kvalitním, vcelku samostatným životem. Přesto by se měli některých činností, kde je zapotřebí rychlého rozhodování a adekvátně rychlých reakcí, jako je např. řízení motorového vozidla vzdát s ohledem na bezpečí sebe i svého okolí (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 84, 85).

PA = programování aktivit druhé stadium demence je obdobím, kdy dochází u nemocných k výraznému omezení v soběstačnosti až následné nesoběstačnosti v aktivitách běžného každodenního života, včetně ztráty orientace. Nemocní již nerozumí náповědám, radám a připomínkám a sdělené brzy zapomínají. Pokud jsou při jejich péči

adekvátně respektovány jejich potřeby, kvalita života může být stále zachována, přesto už vyžadují trvalý dohled a nejsou schopni žít samostatný život (Holmerová, 2014, s. 74).

IA = individualizovaná asistence třetí stadium demence je fází, kdy onemocnění již přichází do stavu, které vyžaduje již celodenní péči a asistenci při všech úkonech. Přestože je i v tomto období dbáno na zachování pravidelného rytmu dne a denních aktivit, nemocnému to spíše přináší dyskomfort, než zamýšlený užitek. Nemocní potřebují více odpočinku, dochází k stále častějšímu až úplnému setrvání na lůžku, přidružují se další zdravotní komplikace, výrazně je zhoršena volná mobilita. Zřetelná je i minimální komunikace. Vlivem progresu onemocnění postupuje v řádu týdnů až do fáze terminální a smrti (Holmerová, 2014, s. 75).

Dělení demence podle lokalizace CNS (centrální nervová soustava) postižení:

Kortikální demence – je typická převážným postižením paměti a následně i praktických, fatických a gnostických funkcí. Později se také přidružují poruchy chování. Charakteristický tento typ demence je pro primární degenerativní demence např. Alzheimerova nemoc (Růžička, 2003, s. 29). Projevuje se korovými příznaky – afázie, apraxie, agnózie, porucha vstřípení paměti, prostorová dezorientace aj. Poruchy hybnosti bývají ojedinělé, pokud k nim dochází, tak až v pozdních stádiích (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 24).

Subkortikální demence – zde převažuje exekutivní dysfunkce (postižení realizace cílené činnosti, plánování a úsudku). Často jsou přidruženy deprese, apatie, známky frontální dezinhibice chování. Objevují se u onemocnění postihující bílou hmotu a bazální ganglia, která vedou k narušení asociačních a motorických drah (Růžička, 2003, s. 29). Z tohoto důvodu je hlavním symptomem jak uvádějí Bartoš a Hasalíková (2010, s. 24, 26) zpomalení psychického a pohybového centra a dysexekutivní syndrom. Mnohdy dochází k perseveraci (stereotypní činnost a jednání, zaměřenost na jedno téma). Vážně vybavování informací, porucha paměti není výrazná. Jsou patrné hybné poruchy (poškození chůze, stoje i držení končetin, zvýšený svalový tonus, může být až přítomný parkinsonský syndrom). Proto může nemocný působit dojmem zpomaleného, až mentálně retardovaného jedince. Pokud je mu věnováno dostatek času a trpělivosti, může překvapit velmi dobrým výkonem korových funkcí.

Vyjma vyhraněných forem demence jsou častější smíšené varianty, tzv. překrývající se formy, u kterých je diferenciální diagnostika obtížnější. Příkladem smíšené kortiko – subkortikální demence je uváděna vaskulární demence, Creutzfeldtova – Jakobova nemoc, nebo také nemoc s Lewyho tělísky (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 26).

Jestliže dojde k vyloučení ostatních běžných vratných příčin kognitivní poruchy, jsou diagnostikovány čtyři formy demence, které tvoří až 90% všech příčin. Jedná se o Alzheimerovu nemoc a vaskulární demenci, které společně tvoří více jak 80% demencí, dále pak nemoc s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Přestože každá klinická část má různé klinické příznaky a mezinárodní kritéria, mohou být společné některé jejich projevy. Může docházet také k překrývání demencí (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 56).

Alzheimerova nemoc – (dále AN) První popis tohoto onemocnění přednesl v roce 1906 na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu profesor Alois Alzheimer (1864 – 1915) jako *neobvyklou poruchu cerebrálního kontextu*. Tehdy byla veřejnost poprvé seznámena s případem jeho pacientky, u které byly pozorovány příznaky, jejichž souhrn se později stal nozologickou jednotkou pojmenovanou po představiteli (Pidrman, 2007, s. 34). AN řadíme mezi Atroficko – degenerativní demence, jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se vyznačuje atrofii subkortikálních oblastí a mozkové kůry. Stadium atrofie převážně odpovídá úpadku schopností nemocného, ale není to vždy pravidlem. Ubývají neurony a jejich synaptická spojení. V mozkové kůře se tvoří shluky bílkoviny beta amyloidu, které mají za následek poškození nervových buněk a neurofibrilárních zámoťků. Onemocnění má nepříznivou prognózu, trvá převážně 5 – 8 let a končí smrtí nemocného (Vágnerová, 2014, s. 256). Dva typy Alzheimerovy demence rozlišují Dušek a Večeřová – Procházková (2010, s. 180), první typ začíná již ve středním věku, před 65. rokem. Tato podoba se vyznačuje syndromem „pěti A“: afazie, alexie, apraxie, agnozie, agrafie, kdy dochází k rychlému progredientnímu průběhu. Druhý typ se objevuje nejdříve po 65. roce života, vyznačuje se pozvolnějším průběhem a delší dobou trvání, než předchozí forma. Uvádí se, že AN je pátou nejčastější příčinou smrti u osob starších 65 let a sedmou příčinou úmrtí osob ve všech věkových skupinách. Mezey (2004, s. 44) popisuje, že AN trpí jedna z deseti osob ve věku nad 65 let a 30 – 40% osob ve věku nad 85 let. V době pozdější fáze tohoto onemocnění jsou jedinci více náchylní k rozvoji přidružených zdravotních problémů a umírají dříve, než v případě, že by u nich AN nepropukla. Toto onemocnění se vyskytuje přibližně rovnoměrně u obou pohlaví a nezná ekonomické a sociální hranice. Vzácný typ Alzheimerovy choroby může propuknout již po 40 – 50 roku života.

Nemoc se vyvíjí nejčastěji s plíživým začátkem a plynulým, trvale programujícím zhoršováním paměti a dalších kognitivních funkcí, což vede k postupnému narušení pracovních, sociálních i běžných aktivit (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 57). Relativně brzy od

propuknutí nemoci dochází ke změnám osobnostních charakteristik a rysů, jak poukazuje Pidrman (2007, s. 35), kdy nemocní postupně ztrácí základní estetická i etická pravidla, zvyklosti a návyky. Pro své okolí se stávají až překvapivě nápadnými ve svém jednání a chování. Převládá apatie a nezájem o své dřívější zájmy, narušeny jsou také dlouholeté vazby a kontakty, stávají se podezřavými a konfliktními. Nemocní přestávají zvládat sami o sebe péči, bez zásahu a pomoci další osoby je možné pozorovat známky malohygieny, zanedbanosti a zchátralosti. V emoční oblasti je znatelná emoční plochost, v počátku onemocnění také častá deprese, nezřídká i mánie.

Doposud není znám přesný způsob prevence, který by s danou jistotou člověka chránil před vznikem Alzheimerovy demence. Přesto existují okolnosti, které mohou zvýšit riziko rozvoje tohoto onemocnění. Při výzkumu v USA byly provedeny studie, na jejichž základě bylo poukázáno na sedm rizik, která se mohou výrazně podílet na vzniku Alzheimerovy demence. Jedná se o hypertenzi, diabetes mellitus, obezita, deprese, nedostatek tělesné aktivity, nikotinismus, a nízké vzdělání (Dementia, 2012, s. 29).

Demence s Lewyho tělísky – (*demetia with Lewy bodies*, dále jen DLB) toto onemocnění poprvé popsal až ve 2. polovině 20. století německý neurolog a internista žijící ve Velké Británii Friedrich Heinrich Lewy (1885 – 1950). V dnešní době je pokládáno po Alzheimerově nemoci za druhou nejčastější příčinu neurodegenerativních demencí. V roce 1912 Lewy poprvé popsal kulovitá tělíčka v mozkových buňkách, která byla po něm následně pojmenována (Jirák et al., 2013, s. 119). DLB většinou postihuje osoby vyššího věku, nejčastěji muže nad 75 let a klinicky bývá často obtížné rozlišení od Alzheimerovy nemoci. Svými symptomy jsou si tyto dvě demence velmi podobné a hůře při diagnostice rozpoznatelné. V klasifikaci MKN – 10 není uveden ani specifický kód pro DLB, tudíž je tento typ demence označován jako „atypická Alzheimerova demence“. U onemocnění jsou na začátku přítomny poruchy krátkodobé paměti, obtíže při verbální komunikaci, selhávání ostatních kognitivních funkcí. Na DLB s porovnáním s ostatními demencemi častěji nasedají deliria. Můžeme se opětovně setkat s přítomností psychotických jevů, především zrakovými halucinacemi, paranoiditou, nebo paranoidně exekučními bludy. Také jsou příznačné extrapyramidové poruchy ve smyslu hypertonicko – hypokinetického syndromu, kdy je snížena celková aktivita až stupor, což má za následek zvýšené riziko pádů a následných zdravotních komplikací u nemocných (Lužný, 2012, s. 53).

Vaskulární demence – (dále VD) vznikají na základě narušení cévního zásobení mozku, kdy dochází ke krvácení nebo k bezprostřednímu zúžení, či postupnému ucpávání

cévy. Mezi rizikové skupiny osob, u kterých je výskyt VD častější řadíme kuřáky, osoby s obezitou, s onemocněním diabetes mellitus, se srdečním onemocněním, osoby s opakovaným traumatem hlavy a mozku (Jirák et al., 2009, s. 54). VD jsou často zastoupeny, zauímají druhé místo za Alzheimerovou nemocí mezi všemi demencemi. Častěji však dochází spíše ke smíšenému typu alzheimerovsko – vaskulární etiologie. Statistiky výskytu VD jsou ve srovnání u nás i mezi ostatními zeměmi značně rozdílné. Odhaduje se, že výskyt samostatných VD je 15 – 30 % mezi všemi demencemi. Je však známo mnoho smíšených demencí, kde se prosazují alzheimerovské prvky nebo prvky demencí s Lewyho tělísky. Přítomnost VD je zřetelně podmíněna věkem, kdy se usuzuje, že závislost na věku je pravděpodobně ještě větší než u Alzheimerovy nemoci. U věkové skupiny 70 -80 letých se odhaduje výskyt VD mezi 1,5 – 4,8 % populace, přičemž u mužů je vyšší, jak u žen. Většinu biologických rizikových faktorů řadíme do kategorie metabolického syndromu. Ukazuje se, že hlavním projektivním faktorem VD je vyvážená psychická aktivita a vzdělanost. Nemohou být opomíjeny okolnosti genetické, výživové, sociální. Základ pro vznik VD představuje ischemie mozkové tkáně. Dochází k mnohočetným mozkovým infarktům včetně mikroinfarktů a mikroangiopatiím. K demenci může dojít i po jednom větším mozkovém infarktu v oblasti významných pro kognitivní funkce (Jirák et al., 2013, s. 153, 154).

Frontotemporální demence – (FTD) je onemocnění dospělého věku, kdy maximum výskytu se objevuje v širokém pásmu věku mezi 45 – 70 lety. Zahrnuje Pickovu nemoc a ve srovnání s Alzheimerovou nemocí jde asi o stokrát méně případů onemocnění. V mozku dochází k degenerativním změnám, které převážně postihují frontální a temporální laloky. Objevují se progresivní změny v osobnosti a poruchy chování, které ztrácí morální a etické rozměry a s možným přesahem až do nepřiměřeného sexuálního chování (*hypersexualita, sexuálně deviantní chování*) projevuje se anetičnost, dekoncentrace pozornosti, nepřizpůsobivost, rigidita. Časté je také střídání moriatické nálady s apatií, ubývá zájmů a spontaneity, objevují se perseverace, chybí náhled nemocnosti. V řeči se projevuje anomie, nemocný postupně ztrácí schopnost porozumět verbálnímu i neverbálnímu sdělení. Přítomny jsou také časté agramatismy, opakování slyšeného (echolálie), opakování slov (perseverace), opakování koncovek slova (logoklonie), komolení slov (palilálie) (Lužný, 2012, s. 57). Na rozdíl od AN začíná toto onemocnění, jak doplňuje Růžička (2003, s. 39), v nejčastějších případech změnou osobnosti a chování, bez nápadnější kognitivní poruchy.

2.2 Sociální význam demence

Sociální teorie, které se řadí k seniorům, jsou ovlivňovány jednak složením společnosti a jednak příslušnou sociální změnou, kterou ve stáří prochází. Postoj k seniorům ve společnosti je ovlivněn jejich počtem, tam kde se vyskytuje vyšší procento starších lidí, je i vysoké riziko jejich devalvace. Mnohem vyššímu sociálnímu statutu se těší senioři s nízkým zastoupením v daném seskupení společnosti (Jarošová, 2011, s. 17). Na postoj společnosti k lidem, kteří trpí demencí, má vliv skutečnost, že se jedná především o seniory. Ve stáří je úpadek kompetencí společností považován v zásadě za přirozený a normální životní vývoj. Tohle smýšlení pravděpodobně ovlivňují poměrně opětovně zkušenosti s obdobně postiženými lidmi. V postoji vůči nim sice převažuje ambivalence, ale jsou méně odmítáni než duševně nemocní. Ze strany společnosti bývá běžně přítomna tendence k omezení kontaktu s nemocným a to spíše z důvodu překážek v komunikaci a obtíží ve vzájemném porozumění. Jako pozitivum lze uvést soucit s nemocným a nárok na přiměřenou péči. Určitou hodnotu má i uvědomění si vlastní zranitelnosti a vědomí eventuality být v pokročilém věku postižen stejným způsobem (Vágnerová, 2014, s. 284). Za nejvýznamnější pozitivní sociální hlediska u seniorů uvádí Jarošová (2006, s. 31) pevné rodinné vztahy, stabilní citová pouta a funkční rodinu, vhodné a efektivní vyplnění volného času, plánované ekonomické zabezpečení stáří, možnosti uspokojení potřeb seniora.

K sociálním faktorům přiřazují Pidrman a Kolibáš (2005, s. 40, 41) prostředí, kde se nemocný nachází, vzájemné vztahy s okolím a dopady vlivu působení na něj, včetně komunikace s pečovateli. Nemocní postižení poruchou kognitivních funkcí, jsou velmi vnímaví na sociální prostředí. Jestliže dojde k jakékoliv změně v jejich bezprostředním okolí, ať se jedná o změnu prostředí, věcí, nebo změnu personální, tedy nejbližšího jedince, je nemocný vystaven riziku vzniku BPSD, depresí a úzkostí. Za významný stresový faktor je považována změna jednak místa pobytu a jednak blízké osoby, hovoří se až o nejvýznamnějších činitelích, které vedou ke zvýšení jejich mortality. Jedná se nejen o kognitivní zátěž, ale především i emoční. Nemocný i přes všechna opakovaná, podrobná vysvětlování není schopen pohybovat se v novém prostředí a mnohdy z jeho strany dochází pod stresem k obranné reakci, která může vyústit až do agresivity, poruchám chování, útekům, úzkostným stavům až depresím. Sebepojetí nemocného s demencí ve vztahu s okolím popisují Bartoš a Hasalíková (2010, s. 110), kdy nemocní při mírném stadiu demence vyjadřují své vnitřní pocity se značnou lítostí. Sdělují, jak je pro ně náročné být svědkem úpadku svého já. S progresí postižení se zvětšuje pocit osamělosti, samoty a izolace od nejbližších i okol-

ního světa. Jen stěží snáší ubývání přátel a známých a postupně se nejvíce fixují na nejbližší, rodinu a své pečující. Prožitky a pocity nemocného, který se stává odkázán v orientaci na „tady a teď“ je bytostně podřízeno reakcemi jeho okolí. Významným zdrojem motivace je pro něho vlídné jednání, pochvala a ocenění. Naopak nepochopení, okřikování či snižování důstojnosti způsobuje, že se nemocný uzavírá do sebe. Proto je velmi důležité najít společnou řeč u nemocného s demencí, která je nejlepším oceněním a odměnou při hledání vzájemné komunikace.

Lidé trpící demencí, kdy symptomy onemocnění a daleko vyšší závislost na péči druhých přispívají k negativnímu hodnocení nemoci i nemocného, mají zpravidla horší postavení ve společnosti, kdy Ocisková a Praško (2015, s. 187) s odkazem na Iliffé et al. (2000) hovoří až o stigmatizaci. Ve vyhledávání následné pomoci pak může bránit jak nemocnému, tak i jeho rodině právě samotná stigmatizace, kdy se stydí, nemají na danou problematiku náhled, mají obavy z dalšího zahanbení. Stanovení diagnózy demence mohou následně vnímat jako ubíjející rozsudek a zvýšené nejistoty v dalším životě. Ocisková a Praško (2015, s. 188) popisují výzkum úrovně stigmatizujících postojů vůči demenci. Ve Francii v roce 2010 v rámci informační kampaně o Alzheimerově nemoci se lidé pomocí dotazníku STIG-MA vyjadřovali, jak by vnímali nebo reagovali, pokud by onemocněli Alzheimerovou nemocí. Výzkumu se účastnilo 85% žen, 59% lidí mladších 50 let, 21% lidí, kteří pracovali ve zdravotnictví a v sociální oblasti. Probandů starších 75 let byla desetiina, u kterých se projevil významně menší stupeň stigmatizace než u zdravotníků a sociálních pracovníků, kde naopak úroveň stigmatizace byla nejvyšší. Lze připustit, že rozdíl mezi vnímanou stigmatizací u starší populace, která se věkově blíží k nejvíce ohrožené skupině možnému onemocnění demencí a postoji zdravotníků může následně ovlivňovat samotný screening, zdravotní a sociální péči. Dlouhodobou studii na téma sebestigmatizace u demencí, jak popisuje Ocisková a Praško (2015, s. 191), realizovali Burgener a kol. (2013), kdy u 50 osob s demencí a 47 pečovatelů a příbuzných bylo zkoumáno vnímané stigma. Potřebná data k výzkumu byla snímána na počátku léčby, následně pak po šesti, dvanácti a osmnácti měsících. U jednotlivých pacientů byl vykazován vysoký stupeň prožívané stigmatizace, který byl po celých osmnáct měsíců neměnný. Při geografickém srovnání mezi městy a venkovem, se vnímání stigmatizace a s ní spojený stud objevuje ve vyšší míře v městských oblastech. Tato zjištění podporuje presumpci, že v průběhu nemoci má vnímání stigmatu u demence poměrně neměnný a stálý charakter.

Podle Vágnerové (2014, s. 269) demence postupně způsobuje ztrátu sociálních rolí a tím i změnu pozice nemocného jak ve společnosti, tak především ve svém nejbližším okolí a vlastní rodině. V tomto kontextu se mění i vzájemné rodinné vztahy a hierarchie rodinného uspořádání. Úpadek osobnosti, ztráta kompetencí a změny v chování jednoho z jejich nejbližších členů je pro ně značnou zátěží. Jde především o náročnost péče o nemocného, přijetí a smíření se s jeho nevratnou proměnou. Zgola (2003, s. 42) k uvedenému dodává, že smysluplná péče o lidi s demencí znamená především porozumět důsledkům demence ve smyslu funkčním, i v následných projevech chování. Jedná o podstatnou záležitost. Demence není vhodné považovat pouze za definici vztahující se k poruše, ale spíše jako pomůcka k pochopení všech těžkostí, s kterými tento člověk přichází do styku a bojuje s nimi. Naše očekávání se mohou stát realistická a záměr pomoci správně nasměrovaný, pokud dojde k pochopení důsledků demence pro další život člověka.

Demence představuje relevantní problém nejen zdravotnický, jak pro samotného nemocného a jeho příbuzné, tak i celospolečenský. Dle výzkumu žilo v roce 2001 na zemi 24 milionů lidí s demencí, v roce 2010 již 35 milionů. Podle kvalifikovaného odhadu by počet takto nemocných lidí v roce 2030 měl dosáhnout 65 milionů a v roce 2050 až dokonce 113 milionů nemocných. Demence v čele Alzheimerovou nemocí tak budou v budoucnu představovat zřetelný problém, jak v naší zemi, tak i po celém světě. Závažné potíže také představují finanční náklady, jak individuální, tak celospolečenské, vynaložené na řešení této problematiky, které jsou nadmíru vysoké. V roce 2006 – 2008 uskutečnila asociace *Alzheimer Europe* výzkum celospolečenských nákladů vynaložených na Alzheimerovu nemoc. Na zajištění odborných služeb a péče v Evropě se jednalo o více jak 50 miliard eur za rok. K tomu dalších 70 miliard eur ročně vynakládají na zajištění samotné péče v domácím prostředí rodiny, které zajišťují největší rozsah péče, pomoci a podpory svým blízkým s demencí (Holmerová, 2014, s. 66, 67).

Ne každý senior, zvláště pokud onemocní některým z typů a forem demence, má možnost, byť je to přáním převážně většiny z nich, dožít poklidné stáří v domácím prostředí, v kruhu svých nejbližších, kde je nejvíce spokojen. K tomu přináší Mátl, Holmerová a Mátllová (2014, 25) výstup z výzkumu, kdy standardizovaná data ukazují, že v domovech pro seniory žije přibližně až 70 % lidí s demencí a až 90 % v domovech se zvláštním režimem.

Jak jsem uvedla v předchozí kapitole, v současnosti je senior především vlivem zhoršujícího zdravotního stavu a snižující se celkové soběstačnosti, stále častěji postaven před

velmi náročné životní rozhodnutí, které je v častých případech spíše založeno na nutnosti a nevyhnutelnosti, než dobrovolnosti. Pokud dochází ke zhoršení zdravotního stavu, odkázání na pomoc druhé osoby a nemožnosti nadále setrvávat v domácím prostředí s vlastní rodinou, či toto rodinné zázemí zcela chybí, jsou senioři danými okolnostmi nuceni prožít zbytek života v ústavním zařízení. V převážné většině u seniorů nemocných demencí se jedná o domovy se zvláštním režimem.

3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY U SENIORŮ S DEMENCÍ

System péče o seniory s demencí, kteří jsou již odkázáni na některý typ pomoci ze strany dalšího člověka či instituce, je poskytován jednak v první řadě rodinou a pokud ta chybí, či péči o svého nemocného již z různých důvodů nezvládá, zastupují ho v následné řadě zdravotní a sociální služby.

Jejich pomoc, jak upozorňují Čeledová, Kalvach, Čevela (2016, s. 79), však stále ještě není v současné době dostatečně provázána. Se zřetelem na demografické predikce lze do budoucna očekávat zvýšení počtu onemocnění, které jsou typické pro seniorský věk, především neurodegenerativní nemoci, zastoupené v první řadě Alzheimerovou chorobou. Jak připomíná Hetteš (2011, s. 35) strategie, které umožňují zůstat starším lidem co možná nejdéle v jejich domácím prostředí, jsou velmi důležité pro jejich stále udržující integraci ve vytvořených sociálních vazbách a společnosti. Mnohdy ale dochází k sociální izolaci u seniorů, jak poukazuje Vágnerová (2007, s. 350) kdy může dojít až ke stagnaci nebo úpadku sociální osobnosti člověka u kterého klesá potřeba se samostatně sociálně orientovat a nároky na společenské chování se snižují. Zvláště, pokud chybí vzájemně fungující rodina, kam by se přesunulo těžiště jejich současného života. Podle Jiráka (2009, s. 108) vlivem demence člověk nedokáže být v běžné interakci se svým okolím a je tedy postupně izolován.

Při zajištění péče o seniora je mnohdy nutná zdravotní i sociální péče současně. Významný podíl na rozvoji jak zdravotních tak i sociálních služeb mají určité odborné společnosti, např. Česká alzheimerovská společnost, Česká gerontologická a geriatrická společnost, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Česká asociace pečovatelských služeb, Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče aj. (Haškovcová, 2012, s. 55). V současné době nejsou oba druhy péče po organizační stránce funkčně propojeny a jsou řízeny každá ministerstvem pro konkrétní oblast. V praxi se tedy často setkáváme s problematickými situacemi, kdy nemocní, které není kam propustit z hospitalizace v nemocničním zařízení, a to velmi často právě ze sociálních důvodů, zůstávají ponecháni na finančně náročných zdravotnických lůžkách, jelikož není ani možnost je umístit na ošetrovatelská či sociální lůžka v nemocnicích nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Pro tyto případy se mezinárodně používaná koncept bedblocking. (Haškovcová, 2012, s. 57, 173)

Také podle Mühlpachra (2006, s. 63, 64) podpora a péče u seniorů spadá do oblasti zdravotní a sociální práce. Jde o prosociálně zaměřené aktivity ve prospěch starého člově-

ka a tím i celé společnosti nejen z hlediska pomoci a ochrany potřebným, ale zahrnuje také ochranu společnosti před jedinci, kteří by ji mohli ohrožovat. Senioři spadají do skupiny lidí potřebujících ochranu.

Podle Čevely (2012, s. 157) při péči o seniory je především cílem služeb sociální péče zajišťovat jejich psychickou a fyzickou soběstačnost a umožnění jejich zapojení do každodenního života ve společnosti. V případě nepříznivého zdravotního stavu a odkázání na pomoc druhé osoby, poskytnout a zajistit jim důstojné zacházení a vhodné prostředí.

V České republice je tzv. formální péče zabezpečována pomocí sociálních služeb, které upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Sociální služba je ve znění tohoto zákona chápána jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ (§ 3 písm. a)

Přehled sociálních služeb, které jsou určeny pro seniory, uvádí Čvela (2012, s. 157, 158):

Pečovatelská služba – jedná se o terénní i ambulantní službu, která je poskytována v domácím prostředí v předem vymezené době. V zařízení sociálních služeb mohou být také prováděny vyjmenované úkony u jedinců, kteří mají z důvodu chronického onemocnění, věku, nebo zdravotního postižení sníženou soběstačnost.

Osobní asistence – jde o terénní službu, která je poskytována bez časového omezení lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, nebo zdravotního postižení. Služba je využívána v domácím prostředí při činnostech, které jedinec potřebuje, ale již sám nezvládá.

Tísňová péče – jde o nepřetržitou terénní službu, která je poskytována jedincům v případě ohrožení zdraví nebo života, pomocí elektronické nebo distanční hlasové komunikace.

Průvodcovské a předčitatelské služby - jedná se o ambulantní i terénní služby, které jsou k dispozici lidem se sníženými schopnostmi v oblasti orientace a komunikace z důvodu věku nebo zdravotního postižení. Napomáhají jim ve vyřizování osobních záležitostí.

Centra denních služeb – jsou ambulantní služby pro jedince, kteří mají z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického duševního onemocnění sníženou soběstačnost.

Odlehčovací služby – tato služba je určena všem, kteří v přirozeném domácím prostředí pečují o své blízké osoby se sníženou soběstačností, pro určitý odpočinek, obnovení a načerpání nové energie.

Sociálně aktivizační služby – jde o služby ambulantní i terénní pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením, kterým hrozí sociální vyloučení.

Denní a týdenní stacionáře - jde o ambulantní a pobytové služby, které jsou určeny pro osoby, které potřebují pravidelnou pomoc ze strany druhé osoby z důvodu zdravotního postižení, věku, nebo také z důvodu chronického duševního onemocnění.

Domovy pro seniory – jedná se o pobytové služby, které jsou určeny osobám se sníženou soběstačností vzhledem k věku a jsou odkázáni na pomoc další fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem – jedná se o pobytové služby se specifickým zaměřením pro jedince se sníženou soběstačností především z důvodu různých typů demencí, ale také chronického duševního onemocnění, různých typů závislostí, u kterých je vyžadována pravidelná pomoc další osoby. V těchto zařízeních jsou jednotlivé služby přizpůsobeny specifickým potřebám svým klientům.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – jde o služby pro jedince, který vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen být bez pomoci druhé osoby a nelze ho tedy propustit ze zdravotnického zařízení, aniž by mu byla následně zajištěna pomoc blízkou osobou, nebo další fyzickou osobou, ale již není nadále potřebná ústavní zdravotní péče.

Sociální služby si kladou za své poslání pomoci lidem udržet si své místo, nebo jej znovu nabít ve své komunitě, proto je potřeba dále rozšířit terénní sociální služby, které by umožňovaly seniorům setrvat co nejdéle je to možné ve svém přirozeném domácím prostředí. Jak ukazují výzkumy, většina rodin má zájem postarat se o svého seniora. Je však otázkou, pokud dojde k jeho nesoběstačnosti, jaké bude mít rodina konkrétní možnosti pro takovou péči, ač již finanční, s ohledem na svá zaměstnání, bytové podmínky aj. V převážné většině u těchto případů rodina očekává pomoc ze strany formální péče a to především přijetí do domova pro seniory (Malíková, 2011, s. 31).

Podrobný přehled nabídky vhodných a dostupných jednotlivých služeb lze získat na informačních portálech každého kraje, kde jsou tyto jednotlivé služby zaregistrovány. Ucelený přehled je také přístupný na internetu, stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí.

Informace lze rovněž získat osobně na sociálních odborech městských a obecních úřadů. Dlouhodobě se také rozvíjí informační provázanost mezi lékaři specialisty v ambulanci části i ze zdravotnických zařízení a nabídkou sociálních služeb především místně dostupnými.

Mezi další sociální pomoc v systému sociální péče pro občany, kteří z důvodu nepříznivého zdravotního stavu vyžadují pomoc další osoby v oblasti péče o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti patří **příspěvek na péči**, jak uvádějí Duková, Duka a Kohoutková (2013, s. 116, 117). Jedná se o pravidelnou opakující se dávku, která je poskytována podle zákona o sociálních službách, která není myšlena k navýšení vlastního příjmu, ale je určena na úhradu za potřebnou pomoc poskytovanou buď registrovanými poskytovateli sociálních služeb, nebo blízkými, či jinými osobami. Řízení o přiznání této dávky se zahajuje na základě podání písemné žádosti na kontaktním pracovišti Úřadu práce v České republice. Na základě sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele je posuzován jednak zdravotní stav žadatele a také 10 věcně souvisejících a ucelených oblastí každodenního života jednotlivce, kam patří: orientace, mobilita, komunikace, oblékání a obouvání, stravování, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, péče o domácnost a osobní aktivity (Duková, Duka a Kohoutková, 2013, s. 116).

Rozhodnutí ve věci přiznání příspěvku na péči vydává kontaktní pracoviště úřadu práce dle posouzení případu posudkovým lékařem lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení. Především je přihlíženo na dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav u žadatele a jeho schopnost zvládnout a vykonávat své základní životní potřeby.

Postup, který by měl zlepšit a zrychlit vyřízení žádosti o příspěvek na péči u osob vyžadujících dlouhodobou zdravotní péči přináší novelizace zákona o sociálních službách ze dne 01. 08. 2016 - Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, upravuje průběh řízení o příspěvku na péči v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení u žadatele. Nově tedy platí, že sociální pracovníci úřadu práce mohou provádět sociální šetření ve zdravotnickém zařízení. Žadatel je nejprve povinen doložit na úřad práce potvrzení o poskytování následné nebo dlouhodobé lůžkové péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů, a to nepřetržitě u jednoho, nebo více poskytovatelů.

Podle § 11 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se výplata příspěvku na péči odvíjí především od věku, kdy pro osoby mladší 18 let platí vyšší dávky a přiznaného stupně závislosti, který byl v jednotlivých částkách od 01. 08. 2016 novelizován zákonem č. 189/2016 Sb., jak je uvedeno v následujícím přehledu:

Pro osoby do 18 let věku činí výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

- I. stupeň (lehká závislost) – částka ve výši 3 300 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) – částka ve výši 6 600 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) – částka ve výši 9 900 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) – částka ve výši 13 200 Kč

Pro osoby starší 18 let věku činí výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

- I. stupeň (lehká závislost) – částka ve výši 880 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) – částka ve výši 4 400 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) – částka ve výši 8 800 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) – částka ve výši 13 200 Kč

Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu v takové míře, že člověk s onemocněním demence již není schopen adekvátně hájit své zájmy a jedná se o změnu trvalého, nevratného rázu, může být podán kteroukoliv fyzickou osobou, která tuto skutečnost zjistí, na soud podnět, či návrh na **omezení ve svéprávnosti**.

Korektura omezení ve svéprávnosti je založena na základě proporcionality a subsidiarity a je v kompetenci příslušného soudu. Soud o omezení svéprávnosti může rozhodnout pouze tehdy, pokud není možné, vzhledem k zájmům daného člověka, využít méně omezující prostředky, jako je zastoupení členem domácnosti, nápomoc při rozhodování, uplatnění předběžného prohlášení. Přičemž toto opatření lze ustanovit pouze v nezbytně nutném rozsahu, který bude patřičný vzhledem k významnosti újmy, která by danému člověku v jiném případě hrozila, tak, jak je uvedeno v občanském zákoníku, zákon č. 89/2012 Sb., (§ 55 odst. 1): „K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.“ Jedním z důvodů pro omezení svéprávnosti může být také duševní onemocnění, které je trvalého rázu a kvůli němuž není člověk schopen právně jednat a „vymezi rozsah,

v jakém způsobu člověka samostatně právně jednat omezil“ (§57, odst. 1). V rozhodnutí musí být přesně vyjmenováno, v jakém rozsahu a v jakých záležitostech k omezení ve svéprávnosti dochází. V § 64 je k danému uvedeno, že „rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.“

Pokud dojde k rozhodnutí o omezení ve svéprávnosti, soud jmenuje pro opatrovance (zletilá fyzická osoba, která je omezena ve svéprávnosti) opatrovníka, který bude do budoucna hájit jeho potřeby a zájmy. Jak specifikuje podmínky pro jmenování opatrovníka zákon č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku § 465, odst. 1: „Soud jmenuje opatrovníka člověku, je-li to potřeba k ochraně jeho zájmů, nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Soud jmenuje opatrovníka zejména tomu, koho ve svéprávnosti omezil, tomu, o kom není známo, kde pobývá, neznámému člověku zúčastněnému při určitém právním jednání nebo tomu, jehož zdravotní stav mu působí obtíže při správě jmění nebo hájení práv.“ Podle nového občanského zákoníku v § 471, odst. 1, je soud povinen shlédnout posuzovaného člověka, u kterého se jedná o posouzení svéprávnosti a jmenování opatrovníka, ověřit jeho názor na danou situaci a následně z něho vycházet, pokud tomu nebude bránit nepřekonatelná překážka. „Soud jmenuje opatrovníkem osobu, kterou navrhl opatrovanec. Není-li to možné, jmenuje soud opatrovníkem zpravidla příbuzného nebo jinou osobu opatrovanci blízkou, která osvědčí o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevovat jej i do budoucna. Není-li možné ani to, jmenuje soud opatrovníkem jinou osobu, která splňuje podmínky pro to, aby se stala opatrovníkem, nebo veřejného opatrovníka podle jiného zákona“ (§ 471, odst. 2). Pokud se prokáže, že z blízké rodiny neprojevuje o funkci opatrovníka nikdo zájem, jelikož fyzická osoba má právo tuto funkci odmítnout, soud podle § 471, odst. 3 jmenuje opatrovníka veřejného: „Způsobnost být veřejným opatrovníkem má obec, kde má opatrovanec bydliště, anebo právnická osoba zřízená touto obcí k plnění úkolů tohoto druhu; jmenování veřejného opatrovníka podle jiného zákona není vázáno na jeho souhlas.“

V poslední části teoretické práce krátce přiblížím Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, kde byl kvalitativní výzkum formou kazuistik realizován.

3.1 Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži je specializované psychiatrické léčebně - zdravotnické zařízení, lůžkového typu. Nachází se ve městě Kroměříži, v kraji se jedná o jediné lůžkové zdravotnické psychiatrické zařízení. Spádovou oblastí je celý Zlínský kraj, část Jihomoravského a Olomouckého kraje. Není však výjimkou příjem klienta z celé části republiky i ze sousedního Slovenska. Z historického hlediska patří nemocnice k nejmladším psychiatrickým léčebnám zřízených na území českých zemí v rámci Rakouska – Uherska. Do provozu byla uvedena dne 11. července 1909, kdy byl slavnostně předán právě dokončený Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. prvnímu řediteli MUDr. Vincenci Návratovi. Postavena byla v působivém dobovém secesním stylu podle projektu významného moravského architekta Huberta Gessnera. Jedná se o nejrozsáhlejší a nejucelenější secesní soubor urbanistický budov v naší republice. Stavba je pavilonového typu s 21 pavilony členěnými na 12 primariátů s celkem 33 odděleními, z toho je 17 psychiatrických, 6 gerontopsychiatrických, 4 toxirehabilitační, 2 interní, 1 pedopsychiatrické, 1 psychoterapeutické a 1 nelůžkové oddělení klinické psychologie. Jednotlivé primariáty zahrnují zpravidla 2 - 3 oddělení, otevřeného nebo uzavřeného typu.

V průběhu let Psychiatrická nemocnice v Kroměříži procházela neustálým vývojem a rozvojem, přizpůsobovala se politickým, ekonomickým i společenským změnám a vždy se snažila zavádět nejmodernější způsoby léčby a pomoci u duševně nemocných lidí.

V současné době se o celkový počet necelého jednoho tisíce pacientů pečuje téměř 800 zaměstnanců zdravotnických i nezdravotnických profesí.

Gerontopsychiatrie - oddělení 14 A: jedná se o mužské uzavřené příjmové gerontopsychiatrické oddělení, kde jsou přijímáni k léčbě klienti ve věku 65 let a starší. Mezi nejčastější diagnózy u hospitalizovaných patří: demence různé etiologie, mentální retardace, organický psychosyndrom, psychotické poruchy, pacienti se stavem zmatenosti, psychomotorickým neklidem, těžkými depresemi a poruchami chování při mentální retardaci. Případně jsou přijímáni i pacienti mladšího věku s diagnózou demence různého původu.

Oddělení 14 B: mužské uzavřené gerontopsychiatrické oddělení následné péče u pacientů věku 65 let a starších. Jak diagnózy, tak i náplň programu léčby jsou obdobné, jak na oddělení 14 A. Jde o léčbu dlouhodobější u pacientů bez výrazných projevů agrese a neklidu.

Na gerontologickém oddělení stále častěji přibývá klientů, kteří se dostávají do obtížně řešitelné životní situace. Jejich zdravotní a psychický stav je neuspokojivý, vyžadují-

cí celodenní dohled další osoby, bez možnosti návratu do domácího prostředí, kde doposud bydleli velmi často sami, nebo již rodina nemá sílu ani prostředky důstojně zajistit jeho další potřeby a péči. Dochází k výraznému omezení zájmu o nemocného ze strany rodiny. Velmi často se z různých důvodů odmítají o svého příbuzného postarat. Zůstává na sociálních pracovnících zdravotnického zařízení hledat vhodná alternativní řešení, do kterých sociálních zařízení je možné podat žádosti o umístění, žádat o spolupráci sociální odbory v místě bydliště klientů o pomoc a přímluvu o umístění do sociálního zařízení v místě bydliště. Příjem výše důchodu klientů ne vždy dosahuje na pokrytí nákladů s přijetím a pobytem v sociálním pobytovém zařízení pro dospělé občany. Zájem je hospitalizaci seniorů zkrátit na co možná nejkratší dobu s možným návratem nejlépe do domácího prostředí, ev. umístěním do sociálního pobytového zařízení pro dospělé občany.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V teoretické části diplomové práce jsem se zabývala vymezením teoretických poznatků o stárnutí, stáří, demenci a charakteristice sociálních aspektů u seniorů s demencí. Potvrzuje se, že stále více přibývá starých lidí s diagnózou demence, o které je nutné se postarat, zajistit jim přiměřenou pomoc a péči, umožnit důstojné dožití. V empirické části se zaměřím na systém péče, zdravotní a sociální pomoc o seniora s demencí hospitalizovaného v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. V průběhu výzkumu se pokusím porozumět a následně popsat potíže, se kterými se denně potýkají nejenom samotní hospitalizovaní seniori, ale i jejich blízcí, rodina či další pečující osoby. Mojí snahou je především poukázat na problémy v sociální oblasti, které tyto seniory v jejich nelehkém životním období provázejí. Dále navrhnout adekvátní možná řešení, která by pomohly jejich sociální situaci co nejvíce ulehčit.

Pro sběr potřebných informací k danému tématu výzkumu jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu, jelikož jak uvádějí Švaříček a Šedřová (2014, s. 17), tímto způsobem lze získat podrobnější, autentičtější informace a dané problematice tak lépe porozumět. Kvalitativní výzkum umožňuje zkoumat danou problematiku z více úhlů pohledu a blíže pochopit dané souvislosti zkoumaného jevu. Tento způsob se mi jeví k danému tématu jako nejvěrohodnější a nejprínosnější, přestože je kvalitativní výzkum často neoprávněně kritizován především ve vztahu k objektivnosti a zobecnitelnosti, jak upozorňují Švaříček a Šedřová (2014, s. 28). I přesto má svá nezaměnitelná pozitiva. Pomocí kvalitativního výzkumu lze hlouběji proniknout do dané problematiky, co nejlépe přiblížit a popsat daný jev a následně navrhnout odpovídající východiska.

Pro samotnou realizaci a získání potřebných dat kvalitativního výzkumu jsem si zvolila případovou studii, která se mi ke zvolenému tématu práce a získání validních dat jeví jako nejvhodnější, přinášející nejautentičtější vhled do dané problematiky. Mým cílem je postupovat podle případové studie, která je orientovaná na případ a proces (Hendl, 2016, s. 102). Jak upozorňuje Miovský (2006, s. 93) případová studie je jedním z významných témat pro pedagogiku, psychologii, psychiatrii, ale i další obory. Některé případové studie byly spojeny s přelomovými událostmi a vstoupily tak do historie, například v psychologii Feudovy *Studie o hysterii* (Freud, 1947) a jen obtížně si lze představit moderní klinickou psychologii bez případových studií. Pokusím se tedy zaměřit na asociace, konfigurace, příčiny i samotné následky uvnitř jednotlivých případů.

V jednotlivých případových studiích se jedná o metodu detailního studia případu na základě analýzy zdravotnické a sociální dokumentace jednotlivých klientů, zmapování osobní, rodinné, zdravotní a sociální anamnézy. Dále formou přirozeného pozorování během pohovoru a běžných denních aktivit klientů, neformálních rozhovorů s příbuznými klientů a dalších spolupracujících osob, které povedou k následnému porozumění danému problému. Ztížená komunikace se seniory, vzhledem k jejich zdravotnímu problému je založena na rozhovoru, ale z převážné části především na přirozeném pozorování jejich verbálních i neverbálních projevů při běžných situacích. Cílem případové studie je odhalit příčiny potíží klientů, zjistit souvislosti jednotlivých případů a najít možné způsoby nejvhodnějšího řešení do budoucnosti. Jednotlivé případové studie budou následně analyzovány a interpretovány pomocí axiálního kódování.

4.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem je prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat a popsat sociální problémy a úskalí u seniorů s diagnostikovanou demencí za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a to v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Na základě zmapování dané sociální problematiky budou vytvořena doporučení k odstranění těchto problémů v praxi a zkvalitnění dostupných nejen sociálních služeb.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, které sociální problémy jsou v daných podmínkách při hospitalizaci seniorů s demencí nejvíce zastoupeny.
2. Zmapovat možná opatření, která by vedla k nápravě daných sociálních problémů.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké sociální problémy seniory s demencí v době pobytu ve zdravotnickém zařízení nejvíce zatěžují?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké sociální problémy se nejčastěji v daném systému opakují?
2. Jaké je možné přijmout opatření k předejití těchto problémů?

4.2 Výzkumný soubor

Jednotlivé kazuistiky jsou zaměřené na zkoumání seniorů s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, a jejich sociální problémy s tím spojené. Pro daný výzkum jsem si zvolila záměrný (účelový) výběr, který je v kvalitativním výzkumu nejvíce zastoupen. Kritériem pro výběr byla podmínka, aby proband byl minimálně 6 měsíců hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, byla u něho stanovena diagnóza demence a vzhledem k vyplývajícím problémům byla nutná sociální intervence za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Výzkumný soubor tvoří celkem 10 probandů, mužů, hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na oddělení 14 A a 14 B – gerontopsychiatrie, u kterých byla diagnostikována některá z forem demence. Všechny muže, o kterých byla kazuistika napsána osobně znám a pracovala jsem s nimi z pozice zdravotně – sociální pracovník. Jednotlivé kazuistiky jsem zpracovala na základě poznatků ze zdravotnické dokumentace, zdravotně sociálních záznamů sociálního pracovníka, rozhovorem s rodinnými příslušníky, sociálními pracovníky v místě bydliště a dalšími zainteresovanými osobami v případě. V neposlední řadě také vlastním přirozeným pozorováním klientů během pohovoru s nimi i při jejich běžných denních aktivitách na oddělení.

Jednotlivé kazuistiky popisují realitu ze života seniorů a jednotlivá tvrzení se opírají o faktické skutečnosti. Vzhledem k zachování anonymity na základě zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů jsou jednotlivá jména probandů smyšlena a nejsou uvedeny žádné geografické údaje. Časové a ostatní uvedené údaje odpovídají skutečnosti.

4.3 Základní demografické údaje o respondentech:

K 1 - pan Radomír, 78 let, ovdovělý, pobírá starobní důchod, bez vyřízení příspěvku na péči. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, který byl vyřízen až po dimisi, ustanoven opatrovník. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Umístěn do domova pro seniory se zvláštním režimem.

K 2 - pan Radek, 76 let, rozvedený, starobní důchodce, s dostatečnou výší výplaty důchodu, bez vyřízení Příspěvku na péči. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, doposud v záležitosti nerozhodnuto. Umístěn do domova se zvláštním režimem.

K 3 - pan Karel, 71 let, ženatý, pobírá starobní důchod v nízké výši, příspěvek na péči nevyřízen. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, ve věci bylo rozhodnuto

o neomezení svéprávnosti, ale ustanovení opatrovníka. Čekatel na umístění do Domova se zvláštním režimem. Hospitalizace doposud trvá.

K 4 – pan Šimon, 78 let, svobodný, starobní důchodce, s dostatečnou výší výplaty důchodu. Podána žádost o přiznání Příspěvků na péči. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, omezen ve svéprávnosti, ustanoven opatrovník. Umístěn do domova pro seniory se zvláštním režimem.

K 5 – pan Josef, 68 let, rozvedený. Starobní důchodce, pobírá starobní důchod v nízké výši. Podána žádost o přiznání Příspěvků na péči. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, omezen ve svéprávnosti, ustanoven opatrovník. Čekatel na umístění do Domova se zvláštním režimem. Hospitalizace doposud trvá.

K 6 – pan František, 64 let, svobodný. Bez nároku na výplatu důchodu, pobírá hmotnou nouzi, příspěvek na živobytí. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, doposud v záležitosti nerozhodnuto. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Žádost o umístění do sociálního zařízení nepodána. Hospitalizace doposud trvá.

K 7 – pan Petr, 71 let, rozvedený. Starobní důchodce, pobírá starobní důchod v nízké výši. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, doposud v záležitosti nerozhodnuto. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Čekatel na umístění do Domova se zvláštním režimem. Hospitalizace doposud trvá.

K 8 – pan Oldřich, 76 let, rozvedený. Starobní důchodce, s dostatečnou výší výplaty důchodu. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, doposud v záležitosti nerozhodnuto. Umístěn do domova se zvláštním režimem.

K 9 – pan Antonín, 73 let, svobodný. Starobní důchodce, pobírá starobní důchod v nízké výši. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, omezen ve svéprávnosti, ustanoven opatrovník. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Čekatel na umístění do Domova se zvláštním režimem. Hospitalizace doposud trvá.

K 10 – pan Václav, 62 let, rozvedený. Uznán invalidním důchodcem, bez nároku na výplatu důchodu, pobírá hmotnou nouzi, příspěvek na živobytí. Podán podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti, omezen ve svéprávnosti, ustanoven opatrovník. Žádost o Příspěvek na péči nevyřízena. Čekatel na umístění do Domova se zvláštním režimem. Hospitalizace doposud trvá.

Pro přehlednější orientaci uvádím základní informace o probandech v tabulce:

	Věk	Stav	SD	PnŽ	PnP	Svéprávnost	Délka hospital.	DZR umístění
K 1	78 let	ovdovělý	ano	ne	ne	omezen	441 dní	ano
K 2	76 let	rozvedený	ano	ne	ne	v jednání	378 dní	ano
K 3	71 let	ženatý	ano nízký	ne	ne	neomezen opatrovník	dosud	čekatel
K 4	78 let	svobodný	ano	ne	ano	omezen	293 dní	ano
K 5	68 let	rozvedený	ano nízký	ne	požadáno	omezen	dosud	čekatel
K 6	64 let	svobodný	ne	ano	ne	v jednání	dosud	ne
K 7	71 let	rozvedený	ano nízký	ne	ne	v jednání	dosud	čekatel
K 8	76 let	rozvedený	ano	ne	ne	v jednání	92 dní	ano
K 9	73 let	svobodný	ano nízký	ne	ano	omezen	dosud	čekatel
K10	62 let	rozvedený	ne	ano	ne	omezen	dosud	čekatel

Tabulka č. 1 – základní informace o probandech

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Ze získaných informací z jednotlivých kazuistik prostřednictvím analýzy zdravotnické dokumentace, neformálních rozhovorů s rodinnými příslušníky, sociálními pracovníky i dalšími zainteresovanými lidmi v případě a přirozeným pozorováním projevů a reakcí klienta vyplynulo, že v mnohých oblastech a problémech je jejich sociální situace vzájemně podobná, či až téměř shodná. Následně se pokusím analyzovat nejvíce problematické oblasti, které jsou ve své obsahové podobnosti v jednotlivých kazuistikách nejčastěji zastoupeny. Jedná se především o poskytovanou péči o seniory s demencí, jejich finanční zabezpečení na stáří, možnosti podání a vyřízení žádosti o přiznání příspěvku na péči, otázka řešení svéprávnosti a jejich možnosti na přijetí do pobytového sociálního zařízení pro seniory.

Výzkum se zabývá sociálními problémy u seniorů s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

5.1 Analýza péče o nemocného

Pokud si kdokoliv z nás položí otázku, kdo by měl především pečovat o nemocného, vyvstane na prvním místě rodina, partneři, dospělé děti. Role rodiny přitom nemusí spočívat pouze v poskytování dané péče, ale i v zajištění potřebné pomoci a podpory, zabránění sociálnímu vyloučení seniora a zajištění mezigenerační solidarity. Péče o nemocného, zvláště o seniora s demencí v domácím prostředí je vždy ovlivněna danými možnostmi rodiny. V první řadě mírou ochoty jednotlivých členů a vůlí pro svého nemocného obětovat především svůj volný čas, trpělivost, pochopení, mnohdy finance, pracovní uplatnění či dosavadní úroveň životního standardu.

Péče o seniora s demencí pro jednotlivé členy rodiny může být často natolik náročná, jak po fyzické, tak i především psychické stránce, že dojde k vyčerpání jejich rezerv a péči nadále nezvládají a odmítají, jak je tomu například u pana Karla (K3) o kterého v domácím prostředí před opakovanými hospitalizacemi pečovala manželka společně s dcerou. Shodně obě potvrzují, že pan Karel byl v několika posledních měsících v domácím prostředí nevrlý, podrážděný a agresivní na všechny členy rodiny. V noci špatně spával, budil svým nevhodným chováním ostatní členy rodiny, odmítal užívat léky, mluvil vulgárně i na svá malá vnoučata, která situaci vzhledem k věku nepostihovala a byla z toho traumatizována. Dle sdělení manželky „*se to doted' dalo všechno vydržet...*“, ale jakmile začal pan Karel po domě i močit a kálet, rodina ho odmítla převzít zpět do do-

mácí péče z nemocničního zařízení, přestože došlo k úpravě medikace a tím i výraznému zmírnění doprovázejících potíží. Měli již po předchozích zkušenostech obavy z opakování se, či zhoršení celkového stavu. Rodina se v tomto případě evidentně zalekla a obávala další péče o svého nemocného, která byla více náročnější a zavazující, než v raném stadiu onemocnění.

Jinou zkušenost má dcera pana Radomíra (K1), která o otce pečovala před jeho hospitalizací v PN KM co nejdéle to bylo možné, přestože nežili ve společné domácnosti. Za otcem dojížděla přibližně 10 km od místa svého bydliště. Přestože se otec hodně uzavřel a změnil ve své povaze vlivem postupujícího onemocnění, stále se snažila mu pomoci, zvláště v posledním roce před hospitalizací, kdy mu zajišťovala veškeré nákupy, vařila, prala a uklízela téměř každodenně. Dcera se rozhodla pro ulehčení náročné péče přestěhovat otce do svého bydliště, což on striktně odmítal. Přes všechnu snahu ze strany dcery se situace nadále zhoršovala, až docházelo k odmítání veškeré nabízené pomoci. Přestože dcera o otce dlouhodobě v domácím prostředí sama pečovala, po přijetí do zdravotnického zařízení se odmítla nadále podílet na zajištění potřeb u svého otce, rezignovala, neprojevovala o otce již zájem. Z uvedeného vyplývá, že přestože blízcí příbuzní mají svého rodinného příslušníka velice rádi a doposud mu pomáhali v každodenním životě, v zátěžových situacích může dojít k tomu, že některý z nich, především pečující, který je nejvíce zatěžován jak po psychické, tak i fyzické stránce, selhává a není nadále schopen unést tíhu nároků a odpovědnosti, které projevy daného onemocnění přinášejí. Rozhodnutí o umístění nemocného do jakéhokoliv zařízení může pečujícímu při dlouhodobé náročné péči přivodit úlevu a ulehčení z dané situace, ale také často pocity výčitek a viny ze svého selhání. Ty mohou paradoxně v mnohých případech vést až k tomu, že přestanou projevovat o svého nemocného zájem, jak tomu bylo u pana Radomíra (K1) i pana Karla (K3).

Pan Radek (K2) je rozvedený, otec jednoho syna, který se s ním stýkal pouze sporadicky, docházel ho občas navštěvovat v domácím prostředí. Jak bylo dodatečně sociálním šetřením v místě bydliště sociální pracovníci zjištěno, ne však, aby otci pomohl a zajistil jeho potřeby, ale v termínu výplaty důchodu si přicházel za otcem pro peníze. V době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení otci projevoval minimální pozornost, neinformoval se na zdravotní stav a průběh léčby u svého otce, neměl ani na vyzvání ze strany ošetřujícího personálu zájem o řešení jeho další sociální situace po ukončení léčby ve zdravotnickém zařízení. V době hospitalizace pana Radka syn náhle zemřel.

V dnešní době stále častěji přibývá lidí rozvedených, svobodných, bez stabilního rodinného zázemí a bez příbuzných, se kterými by byli blíže v kontaktu, kdo by o ně v případě potřeby, či v nemoci pečoval. Tento jev se nevyhýbá především nemocným starým lidem. Zvláště ve stáří a v době nemoci je obtížné žít sám, bez pomoci druhé, spřízněné osoby, jak tomu je například u pana Františka (K 6), který je svobodný a bezdětný. Přestože má ještě žijícího mladšího bratra, dlouhodobě se nestýkají, neví o něm bližší informace, ani kde bydlí. Do doby hospitalizace žil společně se svojí také svobodnou a bezdětnou sestrou v nájemním bytě, až do její smrti. Pak životní situaci se ztrátou sestry, se kterou si byli velmi blízcí, neunesl a dlouhodobě se toulal, byl obyvatelem azylových domů a ubytoven, až nakonec osobou bez přístřeší. Obdobně je na tom i pan Antonín (K 9), který je také svobodný, bezdětný. Žil sám v rodinném domku po rodičích, kde mu vypomáhala sestra, dokud žila. Její starostlivá péče o bratra byla znát i v době její vážné nemoci, kdy si uvědomovala, že je nutné bratrovi do budoucna zajistit péči, a to alespoň v podobě pečovatelské služby, kdy k němu pravidelně docházely pečovatelky až do doby jeho hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Přestože byl člověk za svůj život vícekrát ženatý, založil několik blízkých vztahů i rodin, v době stáří zůstává po rozvodu a ukončení všech dosavadních kontaktů opuštěn, bez blízké osoby. Pan Josef (K 5) byl celkem třikrát ženatý, z posledního manželství má jednu dceru. Nevzpomíná si, kdy se s ní viděl naposledy, vlastně si na ni nevzpomíná vůbec. Sociálním šetřením bylo zjištěno, že se nestýkali od jejího dětství, dcera o otce nemá zájem, nemůže mu odpustit jeho chování vůči ní a její matce v dřívější době, jak referuje jeho bratr, se kterým se také nerozešel v dobrém. Bratr již nemá zájem „*na stará kolena něco udobřovat*“, dle jeho sdělení má spoustu svých vlastních zdravotních starostí a je sám odkázán na péči druhé osoby. Obdobně je se vztahy v rodině na tom pan Václav (K 10), který po rozvodu zůstal sám, nenavázal další vztahy. Oba jeho sourozenci zemřeli, sestra při autonehodě, bratr suicidiem v mladém věku. Jediný syn žije dlouhé roky v zahraničí, nemá na něj kontakt, nestýkají se mnoho let. Pan Václav dlouhodobě žil na ubytovnách a azylových domech pro muže. Kam se nadále vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu, nedostatečným sociálním podmínkám a odkázanosti na celodenní péči druhé osoby nemůže vrátit.

Dlouhé roky je také rozvedený pan Oldřich (K 8). Přestože má z manželství dvě dcery a jednoho syna, není v kontaktu vůbec s nikým z nich od jeho odchodu od rodiny v době, kdy byly děti ještě malé. V tomto případě je i pochopitelné až omluvitelné, že děti

o otce zájem neprojevují. V době, kdy ho nejvíce potřebovaly, jim nebyl na blízku, nebyla vytvořena vzájemná pouta a pospolitost, ze které by se v pozdějších letech dalo čerpat. Neznají ho, nepovažují ho za svého příbuzného, je pro ně spíše cizím člověkem. Jinak tomu není ani u pana Petra (K 7), který v době minulého režimu v ČR emigroval ještě tehdy s celou rodinou do zahraničí. Zde se s manželkou záhy rozvedl a více se nestýkal ani s ní ani se dvěma dětmi. Ve stáří se vrátil prožít důchodový věk zpět do ČR, kde je však bez příbuzných či přátel, kteří by mu poskytli a zajistili pomoc a případnou péči v době vážného onemocnění.

Výjimkou v uvedených kazuistikách zůstává pan Šimon (K4), který přestože byl celý život svobodný a bezdětný, měl kolem sebe další příbuzné, se kterými tvořil velkou pospolitou rodinu a kteří o něj pečovali do co nejdelší možné doby v jeho onemocnění. I v době, kdy už nestačili na péči a zajištění jeho potřeb v domácím prostředí, neztratili o něj zájem a nadále ho navštěvovali ve zdravotnickém zařízení, přestože je v rámci svého onemocnění již nepoznával.

Následná tabulka přináší podrobný přehled závislosti probandů na pomoci druhé osoby:

	orientace	chůze	podávání stravy	pitný režim	pomoc při hygieně	inkontinence
K 1	částečná	s pomocí/ chodítko	jí sám	dodržuje sám	ano	plná
K 2	částečná	samostatná	jí sám / podávána	nutný dohled	ano	noční
K 3	není	dopomoc/ sedící	podávána	nutný dohled	ano	plná
K 4	není	samostatná	jí sám	nutný dohled	ano	plná
K 5	částečná	samostatná/ pomalá	jí sám	nutný dohled	ano	plná
K 6	částečná	s pomocí	jí sám/ podávána	nutný dohled	ano	plná
K 7	částečná	samostatná	jí sám	dodržuje sám	ano	noční
K 8	není	samostatná/ pomalá	jí sám	nutný dohled	ano	noční
K 9	není	s pomocí/ chodítko	podávána	nutný dohled	ano	plná
K10	není	samostatná	jí sám	nutný dohled	ano	noční

Tabulka č. 2 – přehled závislosti na pomoci druhé osoby

Z uvedeného vyplývá, že u všech probandů se potvrzuje v době nemoci a stáří osamělost, bez jakékoliv podpory a pomoci příbuzných. Pokud selhává pomoc ze strany neformálních poskytovatelů péče, tedy rodiny, která je považována za primárně odpovědnou při zajišťování péče svým nesoběstačným členům, nastává situace, kdy bývají využívány formální, tedy státní služby. Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní i sociální služby pro seniory jsou vzájemně provázené, nelze je od sebe v převážné většině případů oddělovat. Jak je uvedeno výše u jednotlivých kazuistik, v praxi se velmi často můžeme setkat s tím, že zdravotní problémy doprovázejí, nebo předcházejí sociální, nebo je tomu naopak. V případě dekompenzace zdravotního stavu u seniora do takové míry, že není nadále schopen samostatně o sebe pečovat a pokud absentuje pomoc ze strany rodiny, dochází v mnohých situacích k prvotní pomoci a zajištění potřebné péče k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, kde je následně řešena i jejich sociální problematika. V převážné většině případů, zvláště u seniorů s onemocněním různého druhu demence i po úpravě zdravotního stavu a zavedení vhodné medikace, není možné předpokládat, jejich další samostatné bydlení. Jsou již v plné míře odkázáni na péči druhé osoby po celý den.

5.2 Analýza finančního zabezpečení klienta

Pokud je člověk v mladém, produktivním věku, snaží se o finanční zabezpečení své osoby, případně rodiny, pokud nějakou má. Jestliže však zůstává sám, příliš se nezamýšlí nad svým finančním zabezpečením, zvláště do budoucna, tedy především na stáří. Vychází z toho, co je v danou dobu, v daný čas a za daných možností. Převážná většina takto smýšlejících lidí žije často od měsíce k měsíci, od výplaty k výplatě a spoléhá ve stáří především na zabezpečení ze strany státu, jeho finanční podporu v důchodovém věku.

Každý člověk má právo po dosažení určitého věku zažádat na České správě sociálního zabezpečení o přiznání starobního důchodu. K tomu je nutné sepsání písemné žádosti na místně příslušné správě sociálního zabezpečení a doložit veškeré potřebné doklady, jako jsou:

- platný občanský průkaz,
- zápočtový (evidenční) list důchodového pojištění z České správy sociálního zabezpečení,
- o studiu (i nedokončeném),
- o výchově a péči o děti,
- doklad o výkonu vojenské služby,

- potvrzení od zaměstnavatele o vyplácení náhrad za ztrátu na výdělečné činnosti po ukončení pracovní neschopnosti, která náleží za pracovní úraz, nebo nemoc z povolání
- potvrzení od zaměstnavatele u horníků o vyplácení zvláštního příspěvku před rokem 1996
- potvrzení o zaměstnání v cizině
- v případě chybějící doby pojištění - náhradní doklady, které prokazují výdělečnou činnost, nebo evidenci na úřadě práce
- v případě zájmu o výplatu důchodu na bankovní účet – vyplněný tiskopis potvrzený bankou „Žádost o zařízení výplaty důchodu poukazem na účet“

Nárok na důchod získává, pokud získal potřebnou dobu pojištění a zároveň dosáhl stanoveného věku, popřípadě splňuje další podmínky stanovené v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Podle tohoto zákona ustanovení § 29 odst. 1 má každý pojištěnec nárok na přiznání starobního důchodu, pokudliže získal určitou dobu a stanovený věk.

Zákon o důchodovém pojištění také pamatuje na pojištěnce před dosažením důchodového věku. Ten má na výplatu starobního důchodu nárok, jestliže získal dobu pojištění stanovenou podle § 29 odst. 1 nebo 3 a od doby, kdy žádá o starobní důchod a do doby dosažení důchodového věku mu chybí nejvýše 3 roky, jestliže je důchodový věk nižší než 63 let a 5 roků, jestliže jeho důchodový věk je stanoven nejméně 63 let a dovršil alespoň 60 let. Pojištěnec, který nedosáhl stanovených podmínek v odstavci 1 písm. g) – k) podle ustanovení § 29 odst. 3, má také nárok na starobní důchod, pokud získal důchodový věk po roce 2014 a zároveň získal alespoň 30 let doby pojištění uvedené v § 11 a § 13 odst. 1. Důchodový věk u pojištěnců narozených v letech 1936 – 1977 se stanovuje podle přílohy podle § 32 (viz. příloha P XI).

Dle § 37 se výplata starobního důchodu, na který vznikl nárok podle § 29, vypočítává podle základní výměry, která je na každý rok stanovena v jiné výši (pro rok 2017 činí 2.550,- Kč měsíčně) a procentní výměry, která v roce 2017 činí 1,5 % výpočetního základu za každých 365 dní. Procentní výměra je závislá na získaném počtu let pojištění a dosažených příjmech pojištěnce. Minimální její výše je 770,- Kč měsíčně.

Z uvedeného vyplývá, že tedy výpočet výplaty důchodu je u každého člověka individuální, odvislý je na odpracované době. Pokud jedinec celý život pracoval, je výše důchodu jeho činnosti adekvátně odvozena. Jak je tomu i u několika klientů z uvedených kauzistik. Pan Radomír (K 1), celý život pracoval v továrně, jako dělník ve vícesměnném provozu. Jeho výše důchodu činí 11.245,- Kč měsíčně. Také pan Radek (K 2) pobírá dostatečnou

výši důchodu – 10.989,- Kč měsíčně. Ten se vyučil optikem, a také celý svůj život pracoval v daném oboru. Obdobně je na tom pan Šimon (K 4), který je vyučen truhlářem a také pracoval až do důchodového věku ve svém oboru. Jeho důchod je ve výši 8.955,- Kč. Pan Oldřich (K 8) je vyučeným rybářem, v tomto odvětví také pracoval. Jeho zaměstnání mu bylo zároveň velkým koníčkem. Výměra důchodu u něj činí 9.884,- Kč.

Jinak je na tom pan Petr (K 7), který pobírá starobní důchod v České republice pouze ve výši 6.446,- Kč. Jelikož žil v převážné většině produktivního života v zahraničí, kde byl řádně zaměstnán, má nárok na výplatu důchodu z této země, i když nyní žije zpět v ČR. Vzhledem k okolnostem za jakých se vrátil zpět do ČR, kdy jeho zdravotní stav byl natolik omezující v řešení otázky financí, vyjednává nyní vyřízení výplaty důchodu ze zahraničí sociální kurátor z místa trvalého bydliště s ambasádou dané země. Z prozatímních jednání vyplývá, že výše důchodu ze zahraničí bude v nadstandardní výši na poměry v ČR.

Ne všichni dosahují potřebné výše důchodu, která by pokryla jejich náklady na životy a bydlení. Zvláště v posledních několika letech přibývá seniorů, u kterých je výpočet výplaty důchodu v nedostačující výši. Např. u pana Josefa (K 5) výše důchodu je stanovena pouze na 5.328,- Kč měsíčně. Pan Josef (K 5) pracoval opakovaně pouze na domluvu, v rámci „*fušek*“, jak tomu říkal. Je nevyučení, vzal práci, kde bylo zrovna volné místo, především v teplém období od jara do podzimu jako pokrývač, zedník, izolátér a různé druhy pomocné práce na stavbách. S vypočtenou výměrou výplaty důchodu v době, kdy již nepracoval a žil různě po ubytovnách „*nedokázal vyjít..*“, zadlužil se u kamarádů, vzal si i půjčku u banky, kterou následně nesplácel. Nyní je mu exekučně strhávána z výplaty důchodu Českou správou sociálního zabezpečení částka ve výši 783,- Kč na pokrytí dluhu a náklady spojené s tímto opatřením. Dlužnou částku i přes nízký důchod ve výši 5.987,- Kč exekuční cestou splácí pan Antonín (K9), který také pracoval pouze příležitostně, převážně jako dělník. Měl velkou zálibu v motorkách a autech, do kterých dříve hodně finančně investoval. Dlužné částky, které se mu navýšily, přesáhly několik desítek tisíc, nyní je exekučně splácí ve výši 972,- Kč měsíčně.

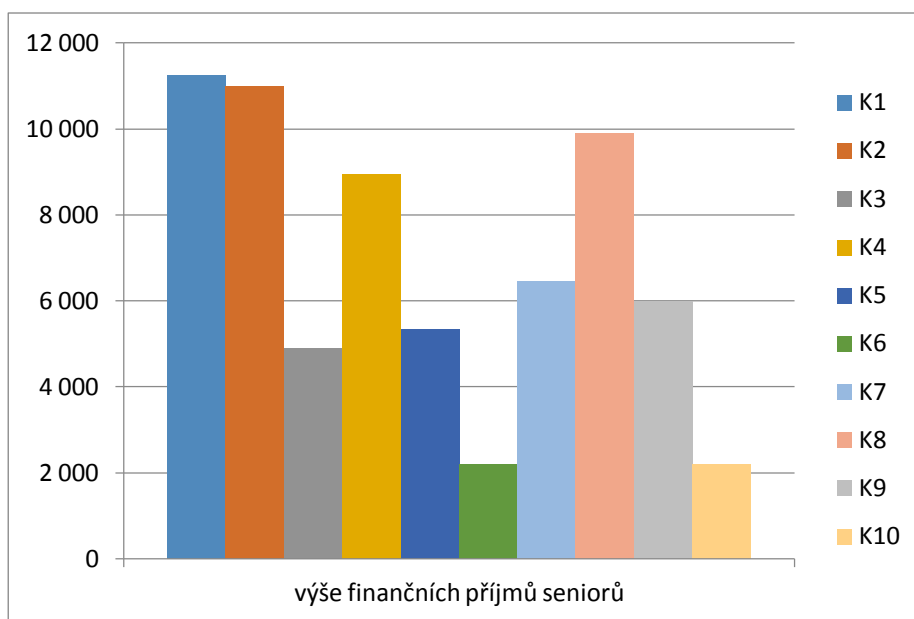
Takto nízké výplaty důchodu jsou především zapříčiněny nedostatečnou délkou odpracované doby pojištění u jednotlivce. Opakovaně dochází k situacím, kdy se takto malému výpočtu jedinec, či jeho rodinní příslušníci, podivují. Zdůvodňují to tím, že „*přeci celý život pracoval, tak jak to, že má tak málo ..*“ jak tomu bylo u pana Karla (K 3). Dle sdělení manželky pan Karel pracoval, ale velmi v častých případech pouze formou brigády, bez smlouvy o zaměstnaneckém poměru. Opakovaně v delších časových úsecích byl také zare-

gistrován v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadě práce, kdy mu byla tedy započtena náhradní doba pojištění.

V dnešní době stále více narůstá počet seniorů, kteří nemají potřebnou dobu pojištění na přiznání a výpočet starobního důchodu. Tak je tomu i u pana Františka (K 6), kterému nebyla přiznána výplata starobního důchodu, protože nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro přiznání této výplaty. V současné době je zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání úřadu práce České republiky. Pan František (K 6) je nevyučený, přestože pracoval jako pomocný kuchař, závozník a dělník, v převážné většině byl dlouhodobě nezaměstnaný, ne vždy zaregistrován mezi uchazeči o zaměstnání na úřadu práce. Z úřadu práce pobírá dávky v hmotné nouzi, příspěvek na živobytí. Podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi § 1 odst.1, upravuje poskytování pomoci osobám k zajištění základních životních podmínek, které se nacházejí v hmotné nouzi. Dle § 1 odst. 2, má každý jedinec nárok na základní sociální poradenství vedoucí k řešení jeho hmotné nouze, nebo jejímu předcházení. Podle nařízení vlády o zvýšení částek životního minima a existenčního minima č. 409/2011 Sb., ve znění zákona č. 261/2007 Sb., § 2 odst. 2 činí částka existenčního minima u první posuzované osoby 3.140,- Kč měsíčně. Tuto částku dostává jedinec, který je současně hospitalizován ve zdravotnickém zařízení pouze za kalendářní měsíc hospitalizace, jak je tomu uvedeno v § 24 písm. d) „u osoby, které je poskytována zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení po celý kalendářní měsíc“. Pokud hospitalizace nadále trvá, je následně částka životního minima snížena na existenční minimum, které podle § 3 činí 2.200,- Kč u osoby za měsíc.

Tyto dávky jsou také vypláceny panu Václavovi (K10), který se živil příležitostnou prací, jak k tomu dodává „*jak bylo kde potřeba*“, neuzavíral pracovní poměr. Dlouhé roky žije po ubytovnách, azylových domech pro muže, byl zařazen v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadě práce. V průběhu života byl příjemcem různých dávek sociálního zabezpečení, v současné době pobírá hmotnou nouzi - příspěvek na živobytí. Má přiznanou invaliditu III, bez nároku na výplatu důchodu, pro nesplnění povinné délky potřebné doby pojištění. Nyní je jeho finanční příjem, stejně jako u pana František (K 6), po dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení pouze ve formě existenčního minima ve výši 2.200,-Kč za měsíc.

Následující graf přehledně ukazuje výši příjmů u jednotlivých probandů:



Graf č. 1 – výše finančních příjmů u probandů

Podle uvedeného grafu, i jednotlivých případů z kazuistik lze konstatovat, že nelze v žádném případě v důchodovém věku spoléhat pouze na zabezpečení ze strany státu. Je odpovědností každého jedince, aby od doby počátku své pracovní kariéry při zaměstnání myslel na své budoucí zajištění v důchodovém věku, nespoléhal se pouze na přivýdělký formou různých brigád a nepodložených dohod, při nichž se výdělek do potřebné doby pojištění k výpočtu o starobní i invalidní důchod nezapočítává. Zvláště závažné situace ohledně finančního zabezpečení mohou nastat, pokud zůstane člověk na stáří sám, bez partnera, příbuzných, bez pomoci ze strany rodiny, jak se potvrzuje u K 3, K 5, K 6, K 7, K 9, a K 10.

5.3 Analýza vyřízení příspěvku na péči

Od roku 1989 procházejí sociální služby neustálým procesem transformace. Vlastní reforma v sociálních službách byla započata přijetím zákona o sociálních službách v roce 2006. Touto změnou v zákoně byl zrušen příspěvek na péči o osobu blízkou a také dávky pro bezmocnost, které ve společnosti fungovaly několik desetiletí. Ty byly následně nahrazeny příspěvkem na péči. Cílem zavedení nové dávky bylo vedení osoby se zdravotním postižením k větší míře odpovědnosti za svoji péči a také možnost samostatného rozhod-

vání ve výběru poskytované péče a poskytovatele samotného, které by vedlo k tomu, aby mohl setrvat co nejdéle ve své domácnosti a vést tak samostatný život. Jednalo se o radikální změnu pro všechny - jak pro osoby se zdravotním postižením, tak i pro pečovatele z řad rodin, nebo institucionální péče. Mnozí jednotlivci v tom z počátku viděli především možnost dalšího přívýdělku do rodinného rozpočtu, či satisfakci za zdravotní postižení, než samotnou pomoc v péči o svoji osobu, či svého příbuzného. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje příspěvek na péči jako dávku, která je poskytována osobám, které jsou závislé na pomoci druhé fyzické osoby. Koncepce státu se tímto způsobem chce podílet na zajištění sociálních služeb nebo dalších podob pomoci při zajištění fungování základních životních potřeb člověka. Výdaje na vyplácení příspěvku na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

Z uvedených kazuistik měl po přijetí k léčbě vyřízen příspěvek na péči pouze pan Antonín (K 9), kterému tuto pomoc zajistila jeho sestra, která mu v době svého života hodně vypomáhala. Před nástupem na hospitalizaci pobíral pan Antonín (K 9) příspěvek v I. stupni (lehké závislosti) v částce 800,-Kč (nyní je dávka navýšena na 880,-Kč) Tuto částku využíval jako část úhrady za poskytnuté služby pečovatelské služby, která mu zajišťovala dovážku oběda a chystání léků. Vzhledem k jeho zhoršenému zdravotnímu stavu bylo již v době hospitalizace požádáno o přiznání navýšení stupně závislosti. Doposud nebylo ve věci rozhodnuto.

Až do 31. 07. 2016 nebylo možné podat žádost o přiznání příspěvku na péči, ať byl zdravotní stav jakkoliv závažný, pokud byl žadatel umístěn v nemocnici, na zdravotním lůžku. Z probandů se v tu dobu jednalo se o K 1, K 2, K 3, K 4, K 5, K 6, K 7, K 10. To velmi komplikovalo samotné přijetí žadatele do sociálního zařízení. Přestože zákon tuto situaci nevyklučoval - přijetí bez vyřízení příspěvku na péči - jednotlivé domovy pro seniory k tomu v praxi přihlížely. Tato výplata dávky v plné výši náleží danému sociálnímu zařízení, které poskytuje osobě celodenní pobytovou péči. Jelikož se jedná o další finanční navýšení příjmu pro dané sociální zařízení za poskytnutou péči, bylo také přihlíženo k výši stupni závislosti, čím tedy vyšší, tím větší možnost přijetí.

Dlouho se očekávala v tomto směru novelizace zákona o sociálních službách, která přišla v platnost 01. 08. 2016 - Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Novela zákona upravuje průběh řízení o příspěvku na péči v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení u žadatele. Jestliže žadatel k žádosti o přiznání příspěvku na péči dodá doklad o poskytování následné

nebo dlouhodobé lůžkové péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů, a to nepřetržitě u jednoho, nebo více poskytovatelů, může být žádost projednána.

U pana Šimona (K 4) byla žádost o příspěvek na péči podána opatrovníkem, který pana Šimona zastupuje, ještě před hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Potřebné sociální šetření pracovníků z úřadu práce bylo provedeno již přímo na oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Na základě lékařské zprávy od ošetřujícího lékaře nemocnice, která byla vyžádána okresní správou sociálního zabezpečení a na základě rozhodnutí posudkového lékaře byl panu Šimonovi (K 4) přiznán příspěvek na péči ve III. stupni – (těžká závislost) v částce 8.800,- Kč. Domnívám se, že právě přiznání příspěvku na péči ve III. stupni přispělo k urychlení přijetí do domova se zvláštním režimem, neboť k němu došlo krátce po přiznání této dávky a oznámení této skutečnosti domovům, kde byly žádosti o přijetí podány.

Stále v řízení o přiznání příspěvku na péči je žádost u pana Josefa (K 5), která byla podána na základě domluvy lékaře nemocnice a opatrovníka, který po vysvětlení stavu vyšel v záležitosti vstříc. Aby mohlo dojít k podání žádosti o vyřízení příspěvku na péči, uvedl se tedy prozatím, než bude pan Josef (K 5) umístěn do sociálního zařízení, jako poskytovatel sociální péče. Doposud nebylo v žádosti rozhodnuto, přestože sociální šetření pracovníků úřadu práce na oddělení již proběhlo a byla také zaslána zpráva ošetřujícího lékaře nemocnice na okresní správu sociálního zabezpečení v místě bydliště.

Třebaže novela zákona o sociálních službách byla v praxi velmi vítána, a zrychlilo se vyřízení příspěvku u dlouhodobě hospitalizovaných klientů, podmínkou pro přijetí žádosti v době pobytu žadatele ve zdravotnickém zařízení je oznámení o poskytovateli pomoci. Ten v samotném důsledku není mnohdy přesně znám, pokud jej nevykonává některý člen z rodiny, či jiná osoba. Nebo také není znám vůbec, pokud je žádost teprve nově vyřizována. Do oznámení nelze ani dopředu uvést konkrétní domov se zvláštním režimem, kde jsou žádosti o přijetí u klienta podány, dokud není sepsána smlouva o přijetí do určitého zařízení. Dochází tedy k situaci, kdy se oznamovatel o poskytnutí péče „hledá“ v okruhu rodiny. Neřešitelnou situaci při této záležitosti dokládá pan Karel (K 3). Přestože je stále ženatý, má přímou rodinu, manželka ani dcera „*s tím nechtějí mít nic společného...*“ Při rozhovoru s nimi vyplynulo, že se v samotném důsledku obě obávají „*být někde napsané, aby ho nepustili zpátky domů...*“. Ani u pana Radomíra (K 1), nemohlo být o příspěvek na péči požádáno pro nespolečenskou dceru, která nejprve souhlasila s uvedením se jako poskytovatel péče. Oznámení o poskytovateli pomoci jí bylo zasláno domů k potvrzení. Při opakova-

ných urgencích se nejprve vymlouvala na nedostatek času k vyřízení, následně tuto pomoc pro svého otce odmítla. Přesto byl pan Radomír (K 1) na základě vyplnění dotazníku o sebeobslužnosti a dosláním do příslušného domova po 441 dnech hospitalizace přijat do domova se zvláštním režimem, kde byla žádost o přiznání příspěvku na péči podána z jejich strany.

Pan Radek (K 2) byl také přijat do sociálního zařízení bez přiznání příspěvku na péči. Předpokládám, že k tomu přispěl vyplnění dotazník o sebeobslužnosti, který přibližuje výši závislosti a dostatečná výše jeho výměry důchodu, která plně pokryla náklady spojené s ubytováním v sociálním zařízení u pana Radka (K 2). Žádost o příspěvek na péči za doby hospitalizace nebyla podána z důvodu chybějícího poskytovatele sociální péče. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži nemůže být jako poskytovatel sociálních služeb uvedena, jelikož se jedná o zdravotnické zařízení. Konkrétní sociální zařízení nebylo ještě známo a rodinný příslušník, který by s tímto uvedením souhlasil, zcela chyběl. Problém s chybějícím poskytovatelem pomoci vyplývá i u kazuistik K 6, K 7, K 8, K 10.

Následující graf zachycuje stav žádosti o přiznání příspěvku na péči u kazuistik v daném výzkumu:



Graf č. 2 – žádost o příspěvek na péči- graficky

Potvrzuje se, že v mnohých případech, pokud je někdo z příbuzných v kontaktu s klientem, přeneše svoji odpovědnost za další péči o svého příbuzného na druhé. V době hospitalizace v první řadě na zdravotnické zařízení, jak to dokazuje kazuistika (K 1, K 2, K 3, K 9). Rodinní příslušníci zneužijí situace hospitalizace a odmítnou si svého příbuzného převzít zpět domů a dále o něj pečovat v domácím prostředí. Co je však tristní, nespolupracují ani při dalším potřebném zajištění následné péče, či vyřízení příspěvku na péči (K 1, K 2, K 3).

5.4 Analýza otázky svéprávnosti

V případě onemocnění různých druhů demence u seniorů postupně dochází k poruchám kognitivním funkcí, kdy dojde k závažným a nevratným poruchám paměti, myšlení, pozornosti, koncentrace, schopnosti řešení problémových situací, organizování a plánování do budoucna. Jestliže je tento stav natolik vážný a nezvratný, je možné, či přímo žádoucí v zájmu zajištění ochrany jedince a jeho práv upravit jeho status svéprávnosti. Dle současné platné legislativy poprvé v historii není možné člověka zbavit svéprávnosti v plném rozsahu, jak tomu bylo dříve. Významným mezníkem při tomto rozhodování je podle zákona 89/2012 Sb., občanského zákoníku § 64 ponechání možnosti samostatného právního jednání v běžných každodenních záležitostech života u osob omezených ve svéprávnosti.

Z uvedených kazuistik vyplývá, že v době před hospitalizací v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži nebyl nikdo z probandů omezen ve svéprávnosti. Při rozhovorech s příbuznými (K 1, K 2, K 3, K 9) o této možnosti řešení dané problematiky neuvažovali. Respektive neměli k této problematice dostatek základních informací. Jak uvádí manželka pana Karla (K 3) „...ani nevím, co to znamená...“ po bližším vysvětlení a zvážení všech okolností, má stále obavy, aby „...mu tím neublížila...“. Přestože se stále obávala určité odpovědnosti, podala v počátku hospitalizace za spolupráce sociální pracovnice Psychiatrické nemocnice v Kroměříži na okresní soud v místě bydliště návrh na ustanovení opatrovnictví u svého manžela podle zákona 89/2012 Sb., občanského zákoníku § 465. Kde se v odst. 1 uvádí, že soud jmenuje opatrovníka také tomu, u koho jeho nepříznivý zdravotní stav způsobuje potíže při správě majetku a hájení svých práv.

Řešení otázky svéprávnosti bylo také opakovaně probíráno s dcerou od pana Radomíra (K 1), které byla také doporučována možnost opatrovnictví dle zákona 89/2012 Sb., občanského zákoníku § 465. Dcera odmítala tuto službu pro svého otce zajistit a především přijmout určitou odpovědnost při výkonu funkce opatrovníka. Ze strany Psychiatrické nemocnice v Kroměříži byl tedy následně podán návrh na omezení svéprávnosti. Ačkoli jednání u soudu proběhlo krátce po dimisi pana Radomíra (K 1) do domova se zvláštním režimem, byla sociální pracovnice Psychiatrické nemocnice v Kroměříži k jednání přizvána jako svědek. Dcera nebyla u jednání osobně přítomna, již dříve se písemnou formou vzdala opatrovnictví u svého otce a neměla zájem se soudního jednání účastnit. Pro ustanovení soukromého opatrovníka, tedy fyzické osoby, například rodinného příslušníka, je podmín-

kou a předpokladem jeho souhlas s převzetím funkce opatrovníka, a to formou Listiny o ustanovení opatrovníka. Opatrovníkem byla tedy následně stanovena obec trvalého bydliště pana Radomíra (K 1).

Pouze ze strany pana Šimona (K 4) podala rodina návrh na omezení ve svéprávnosti ještě před hospitalizací na základě „...vzájemné porady v rodinném kruhu...“ a konzultací s ošetřujícím lékařem pana Šimona (K 4). V červnu 2016 byl pan Šimon (K 4) na základě usnesení okresního soudu omezen ve svéprávnosti tak, že není schopen právně jednat s výjimkou běžných záležitostí každodenního života. Opatrovníkem byla jmenována neteř, která o pana Šimona nejvíce pečovala a již disponovala s jeho peněžním účtem.

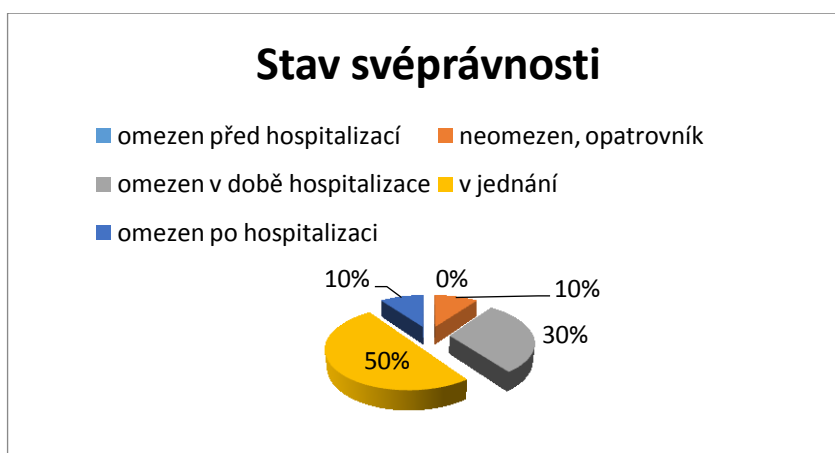
Problematictější situace nastala u pana Radka (K 2). Jeho syn se o svého otce nezajímal, poprvé, z celkem dvou návštěv ho navštívil až po čtyřech měsících hospitalizace. Jelikož byla známa informace, že pan Radek (K 2) pobírá výplatu na důchod na bankovní účet a syn má k tomuto účtu přístup, odkud vybíral finanční prostředky pro svoji potřebu, bylo vhodné ustanovit opatrovníka, který by hájil potřeby a zájmy pana Radka (K 2). V návrhu ohledně omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který Psychiatrická nemocnice v Kroměříži podala na okresní soud, bylo uvedeno, že se syn nejeví jako vhodný opatrovník. I přes opakované urgencye nebyla do doby dimise z lékařského zařízení záležitost ohledně úpravy svéprávnosti a ustanovení opatrovníka vyřízena. V červenci 2016 oznamuje policie ČR, že syn náhle zemřel.

Omezen ve svéprávnosti dle pravomocného usnesení soudu za doby hospitalizace po návrhu ze strany Psychiatrické nemocnice v Kroměříži byl i pan Josef (K 5), který nadále nemůže samostatně právně jednat v žádných záležitostech s výjimkou běžného života. K tomuto omezení došlo po téměř dvou letech od data podání návrhu. Jelikož pan Josef (K 5) nemá blízké příbuzné, byla opatrovníkem ustanovena obec v místě trvalého bydliště, podle § 471, kde je stanoveno, že způsobilost vykonávat funkci veřejného opatrovníka má obec, kde má opatrovanec bydliště. Ačkoliv podle jiného právního zákona jmenování veřejného opatrovníka není podmíněno na jeho souhlas, jmenovaná obec se proti tomuto rozhodnutí odvolala. Dle sdělení starostky doposud neměla obec s výkonem funkce veřejného opatrovníka žádné zkušenosti. Obávali se především právní odpovědnosti za opatrovance a administrativních záležitostí s tím spojených. Dle rozhodnutí vyššího soudu odvolání bylo zamítnuto.

Také u pana Antonína (K 9) byl krátce po přijetí, v prosinci 2015 podán návrh na omezení svéprávnosti. V lednu 2017 je pan Antonín na základě pravomocného usnesení okresního soudu v místě bydliště omezen ve svéprávnosti a to tak, že není schopen právního jednání v žádných záležitostech, s výjimkou běžných záležitostech každodenního života. Není schopen vykonávat aktivní a pasivní právo. Jelikož se nenašel žádný příbuzný, který by dobrovolně vykonával funkci opatrovníka, bylo veřejným opatrovníkem ustanoveno město trvalého bydliště pana Antonína (K 9).

I přes opakované urgencye u příslušných soudů zůstávají stále v jednání o omezení svéprávnosti žádosti u pana Františka (K 6), pana Petra (K 7), pana Oldřicha (K 8) a pana Václava (K 10). U těchto probandů chybí zcela příbuzní, kteří by byli s nimi v kontaktu a projevovali o jejich potřeby jakýkoliv zájem. Jestliže dojde k rozhodnutí o omezení svéprávnosti, bude u těchto probandů jmenován veřejný opatrovník, a to město či obec trvalého bydliště jednotlivých probandů.

V následujícím grafu je uveden přehled stavu ve vyřizování omezení ve svéprávnosti u probandů:



Graf č. 3 – stav svéprávnosti u probandů

Omezení ve svéprávnosti patří mezi zásadní intervenci do osobního života a integrity každého člověka. Je však nutné na toto opatření pohlížet z vícero úhlů. V případě, že člověk vážně onemocní, je odkázán na péči a pomoc druhé osoby a není schopen si sám vyřizovat své záležitosti, je žádoucí mu pomoci. Zajistit jeho práva a ochranu. Zvláště u toho člověka, který žije osamocen, nemá nikoho blízkého. Jak vyplynulo z výzkumu, u seniorů, kteří trpí demencí, k úpravě svéprávnosti v častých případech dochází až po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

5.5 Analýza možnosti umístění do sociálního zařízení

V případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení u člověka, který je vzhledem ke svému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu již natolik nesoběstačný a nelze tedy předpokládat, že je schopen se o sebe postarat a zajistit si sám, nebo s pomocí rodiny, či jiných pečujících osob veškerou potřebnou péči, je nutností zvážit, jak tuto situaci do budoucna řešit. Zvláště pokud dojde k onemocnění některého z typů demence a nelze tedy předpokládat možnost dalšího samostatného bydlení, je podána žádost o umístění do sociálního zařízení. U nemocných demencí se jedná nejčastěji o domovy se zvláštním režimem. Zde jsou podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 50 odst. 1., poskytovány pobytové služby osobě, která má sníženou soběstačnost z důvodu Alzheimerovy nemoci, nebo jiných typů demence a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc ze strany druhé osoby. Při poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je chod a režim přizpůsobován specifickým potřebám těchto osob.

U probandů K 1 až K 10 byla za doby hospitalizace podána žádost o jejich umístění do domova se zvláštním režimem. V § 73 odst. 3 je uvedena maximální možná výše úhrady za ubytování a stravu, kterou stanoví prováděcí právní předpis a tato úhrada se vypočítává každá zvlášť. Např. u pana Šimona (K 4) - jestliže nastoupil do domova pro seniory se zvláštním režimem od 19. dne v měsíci lednu, byl v zařízení za měsíc leden skutečně 13 dní. Jeho důchodový výměr je 8.955,-Kč. Zůstatek příjmu pro uživatele sociální služby dle zákona ve výši 15 % činí 1.343,- Kč z příjmu. Odečtení této částky z důchodového výměru: $8.955 - 1.343 = 7.612$. Stanovení výše denní úhrady podle počtu dnů v daném měsíci: $7.612 : 31 = 246$. Stanovení úhrady za pobyt podle skutečného počtu dnů strávených v zařízení: $13 \times 246 = 3.198$. Za měsíc leden podle uvedeného výpočtu pan Šimon zaplatí za pobyt a stravu 3.198,-Kč.

Po úhradě za ubytování a stravu musí klientovi z jeho příjmu zůstat 15 %, i přesto, že by nebyla pokryta celá platba za pobyt v daném zařízení. Přičemž průměrná úhrada za měsíční pobyt v domově pro seniory se zvláštním režimem se pohybuje okolo 8.850,- Kč. Jak ukazuje analýza finančního zabezpečení seniora v kapitole 5.2, ne každý proband (K 3, K 5, K 6, K 7, K 9 a K10) této výše úhrady za pobyt v sociálním zařízení při svých příjmech dosahuje. Pouze probandi K 1, K 2, K 4, K 8 toto kritérium splňují. Přestože ze zákona není možné tuto skutečnost považovat za diskriminující při posuzování přijetí do domova se zvláštním režimem, praxe ukazuje, že při přijetí se k této finanční problematice vždy důkladně přihlíží. Přestože je stanoven určitý pořadník čekatelů, domovy pro přijetí

upřednostňují klienta, u kterého výše finančních příjmů, tedy důchodu, pokryje náklady spojené s poskytovanou službou. Přijat do domova se zvláštním režimem byl po celkem 441 dnech hospitalizace pan Radomír (K 1) s celkovou výší důchodu 11.245,-Kč, pan Radek (K 2) s výší důchodu 10.989,- Kč měsíčně, po 378 dnech hospitalizace, dále pan Šimon (K 4) u kterého výše důchodu činí 8.955,- Kč za měsíc a celková délka pobytu ve zdravotnickém zařízení byla 293 dní. Poslední, který byl z uvedených probandů přijat do sociálního zařízení je pan Oldřich (K 8) s celkovou výší výplaty důchodu 9.894,- Kč za měsíc a byl celkem 92 dní hospitalizován na zdravotním lůžku v nemocnici.

Jestliže není u zájemce o bytovou sociální službu dostatečně vysoký příjem na pokrytí úhrady, dochází ze stran sociálních pracovníků daného zařízení k jednání s rodinou a příbuznými, zda jsou ochotni tento nedoplatek pravidelně doplácet. Tuto možnost mohou odmítnout.

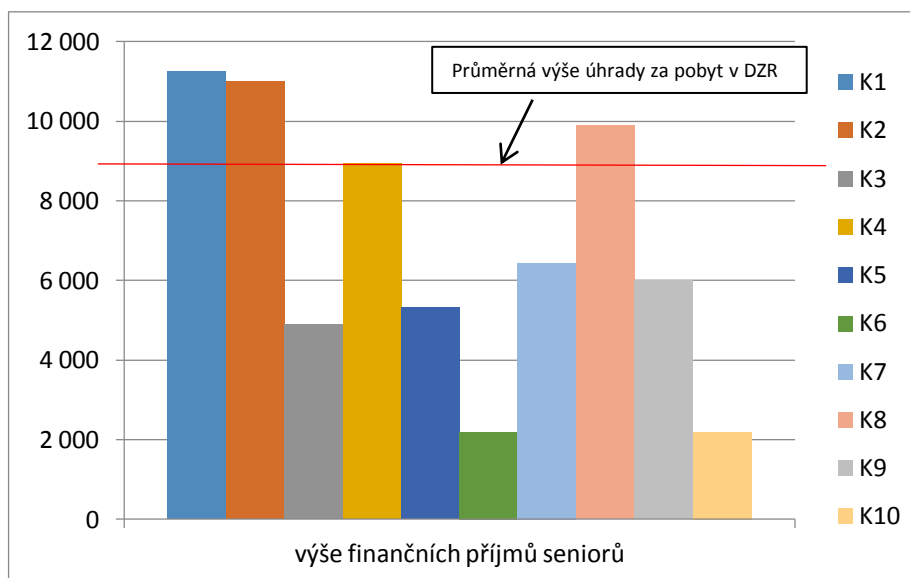
Pokud tedy srovnám výši důchodu s možností přijetí do sociálního zařízení, zjišťuji, že čím nižší důchod, tím menší míra pravděpodobnosti na možnost umístění. Potvrzuje to např. i situace pana Karla (K4), u kterého činí výplata důchodu jen 4.892,- Kč měsíčně. I z této malé částky výplaty důchodu dochází k úsporám na jeho depozitním účtu Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Tato částka prozatím nedosahuje takové výše, aby z ní mohlo být čerpáno na pokrytí nákladů za pobyt v sociálním zařízení. Přestože je každý měsíc umístění do sociálního zařízení s pravidelností urgováno, doposud v tomto případě vyhověno nebylo. Pan Karel (K 4) je v nemocnici hospitalizován již přes 3 roky. Obdobná situace se ukazuje i u pana Petra (K 7), u kterého je výše důchodu 6.446,- Kč měsíčně. Hospitalizace je nyní v trvání devíti měsíců, možnost umístění do sociálního zařízení je prozatím v horizontu 1 – 2 roky.

Další skupinu tvoří probandi, u kterých je výše důchodu nízká a mají ještě exekuční splátky za vzniklé dlužné částky z doby před hospitalizací v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Pan Josef (K 5) má důchod ve výši 5.328,-Kč měsíčně, dlužná částka, která je exekučně placena z výplaty důchodu činí 783,- Kč. Jeho pobyt v nemocnici trvá bez měsíce 3 roky, je také čekatelem na umístění do sociálního zařízení, žádosti o umístění jsou pravidelně urgovány. Pan Antonín (K 9) je v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži hospitalizován jeden rok a čtyři měsíce. Jeho výše důchodu je 5.987,- Kč měsíčně. Také on má exekuční srážky z důchodu na vzniklý dluh, který je v měsíčních splátkách hrazen ve výši 972,-Kč. Vzhledem k stávající finanční situaci je u pana Josefa (K 5) i u pana Antonína (K 9) pravděpodobnost umístění do sociálního zařízení velmi nízká.

Pan František (K 6) je v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži hospitalizován necelé dva roky. V době pobytu ve zdravotnickém zařízení mu byla, vzhledem k dosaženému věku, podána žádost o vyřízení starobního důchodu. Žádosti nebylo vyhověno, protože nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro přiznání výplaty důchodu. Je zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání úřadu práce České republiky, pobírá dávky v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí, nyní ve výši existenčního minima 2.200,- Kč z důvodu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Z důvodu jednání o svéprávnosti u okresního soudu, nebyla prozatím podána žádost o přijetí do domova pro seniory. Šance na umístění u pana Františka (K 6) je vzhledem k jeho finanční situaci i v budoucnosti mizivá.

Invalidní důchod III. stupně byl v době hospitalizace v nemocnici přiznán panu Václavovi (K 10), avšak bez nároku na výplatu důchodu – pan Václav nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro přiznání nároku na výplatu důchodu. Na základě uznání invalidity byl vyřazen z evidence uchazečů o zaměstnání na úřadě práce, kde byl doposud veden. Stále zůstává evidován na úřadě práce – hmotná nouze, odkud pobírá příspěvek na živobytí v současné výši 2.200,- Kč. Je zařazen do pořadníku čekatelů na umístění do sociálního zařízení. Možnost na umístění, vzhledem k jeho příjmům je velice nízká.

Následující graf vyznačuje finanční dosažení u jednotlivých probandů na úhradu za pobyt v sociálním zařízení:



Graf č.4 – vyjádření finančního dosažení na pobyt v sociálním zařízení u probandů

Přestože v posledních několika letech přibylo zařízení domovů se zvláštním režimem, a čekací doba na umístění do těchto zařízení se výrazně zkrátila, stále je těchto míst velký nedostatek. Čekací doba na přijetí do sociálního zařízení je individuální, v mnohých případech však přibližně více jak rok, spíše i delší. Při evidenci žádostí v tzv. „pořadníku čekatelů“ je zohledňováno několik aspektů, především sociální situace žadatele, jeho zdravotní stav, možnost návratu do domácího prostředí, kde by o něj pečovala rodina, nebo naopak dlouhá čekací doba na volné místo za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Významnou rolí při rozhodování o přijetí je i ekonomická otázka, kam spadá finanční příjem žadatele a výše přiznaného příspěvku na péči.

6 INTERPRETACE VÝSTUPŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V empirické části diplomové práce jsem se pokusila co nejlíže přiblížit a popsat sociální problémy seniorů s demencí hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. V uvedených analýzách jsem vycházela z daných kazuistik, které byly během celého výzkumu označovány K1 – K10. Přestože se jedná o 10 kazuistik, vzhledem k nízkému počtu a specifikaci místa výzkumu, nelze uvedenou problematiku všeobecně zobecňovat a globalizovat. Zjištění, poznatky a výsledky, které vyplynuly z daného výzkumu, je možné na základě analýz z uvedených případových studií zrekapitulovat v následném shrnutí, které také odpovídá na jednotlivé výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka se zajímala, **jaké sociální problémy seniory s demencí v době pobytu ve zdravotnickém zařízení nejvíce zatěžují**. Z výsledků analýz vyplývá, že prvotním problémem u všech kazuistik je nedostatečné či zcela chybějící rodinné zázemí, domov, kam by se mohli po stabilizaci zdravotního stavu po léčení vrátit. Přestože v některých případech u klientů je stále blízká rodina, jako je manželka či děti (K 1, K 2, K 3), blízcí příbuzní nemají nadále zájem o svého nemocného pečovat. Ať již z různých důvodů jako je neochota, obavy z dalšího fungování jejich nemocného v domácím prostředí, fyzická a psychická vyčerpanost, či jisté odlehčení a úleva, které pocítili po jeho přijetí do nemocnice. Hledají stále nové argumenty, proč si nemocného nemohou nepřevzít zpět domů. Zříkají se tak především odpovědnosti a určité povinnosti vůči svému příbuznému, které přesouvají na zdravotnické zařízení. Neopomenutelnou stránkou u seniorů ve vztahu k rodině je i odloučení od svých blízkých, které i přes handicap svojí nemoci pocíťují a přestože mnohdy nepostihují situaci, mají přání odejít domů.

Další skupinou jsou senioři, kteří jsou rozvedení a žili již před příchodem do zdravotnického zřízení osaměle, přestože mají děti z předchozích vztahů (K 5, K 7, K 8, K 10) se kterými dlouhou dobu neudrží kontakty. Jako důvod je především odchod jich samotných v dřívější době od rodiny, od tehdy malých dětí, které v současné době, kdy jejich biologický rodič potřebuje pomoc a péči, nepocíťují potřebu něco „vracet“, co do nich nebylo z jeho strany v jejich dětství adekvátně vloženo. Jejich vlastní otcové jsou de facto pro ně, za ta léta izolace, již cizí lidé. Poslední skupinu tvoří senioři, kteří celý život žili osaměle (K 4, K 6, K 9), nemají žádné potomky, pouze širší rodinu. Jejich sourozenci jsou sami staršího věku, v některých případech sami odkázáni na pomoc další osoby, nebo již zemřeli. I zde se, mezi sourozenci, projevují nefungující rodinné vztahy založené na dlouholeté izolaci mezi sebou. Péči do určitého momentu nahrazují děti sourozenců (K 4), kteří mají

zájem pomoci, ale již péči v domácím prostředí, vzhledem k postupujícímu onemocnění nezvládají.

Z uvedeného tedy vyplývá, že přibývá seniorů, kteří v době, kdy potřebují pomoc druhé osoby, jsou osamoceni a zcela odkázáni na institucionální pomoc. Jak jsem již uvedla v teoretické části (kapitola 3) a v analýze (5.5) nejčastější a nejvhodnější zařízení pro seniory s demencí, kteří se již nemohou vrátit do domácího prostředí, jsou domovy se zvláštním režimem. U všech probandů K 1 – K 10 byla za doby hospitalizace podána žádost do této sociální pobytové služby. Čekací doba na umístění do těchto zařízení, vzhledem k stále nedostačujícímu počtu míst, je všeobecně dlouhá. Z výsledku analýzy (5.2) vyplývá, že k tomu mimo jiné přispívá i finanční nedostačivost u jednotlivých probandů (K 4, K 5, K 6, K 7, K 9, K 10), kteří mají nízký příjem z výplaty důchodu, nebo jsou na dávkách sociální pomoci (K 6, K 10). Tito uvedení probandi jsou stále čekatelé na umístění. Za dobu výzkumu byli přijati do domova se zvláštním režimem pouze probandi s dostatečně vysokým finančním příjmem, který pokryje náklady na jejich pobyt (K 1, K 2, K 4, K 8). Z analýz vyplývá, že ekonomická stránka podstatně zasahuje do možnosti a rychlosti umístění do sociálního zařízení.

Dalším problémem v sociální oblasti, jak vychází z výše uvedeného a analýzy (5.3) je možnost vyřízení příspěvku na péči. Příspěvek na péči před hospitalizací měl přiznán pouze jeden proband (K 9) v I. stupni. Za dobu hospitalizace byla podána žádost o příspěvek na péči pouze u dvou probandů (K 4, K 5), u kterých bylo možné uvést poskytovatele pomoci. Přestože proběhla novelizace zákona o možnosti vyřízení příspěvku na péči, jak jsem uvedla v teoretické části (kap.3), která se týká možnosti podání žádosti i v za doby hospitalizace, v praxi se ukazuje, že tato novela dostatečně nekoresponduje s potřebami skupiny lidí, kteří žijí osaměle a nemají koho v žádosti uvést za poskytovatele pomoci, zvláště, pokud jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, jak je tomu u K 1, K 2, K 3, K 6, K 7, K 8, K 10. Z praxe vyplývá, což potvrzují i uvedené kazuistiky, že zařízení pobytových sociálních služeb při posuzování žádosti často přihlížejí k vyřízení a výši příspěvku na péči, přestože je to diskriminující a nemělo by to tak být.

Posledním sociálním aspektem, kterému jsem se v analýze podrobněji věnovala, je svéprávnost, respektive omezení ve svéprávnosti, vzhledem k dané problematice. Je s podivem, že otázka statusu svéprávnosti nebyla řešena před hospitalizací ve zdravotnickém zařízení u žádného z probandů v uvedeném výzkumu, přestože jejich zdravotní stav a schopnost zajistit si řádně své záležitosti a hájit svá práva, byly již evidentně narušeny.

Vysvětluji si to jako jednak neznalost tohoto opatření u příbuzných (K 1, K 2, K 3, K 9) nebo osamělého žití probandů (K 5, K 6, K 7, K 8, K 10), kde nebyl na blízku nikdo, kdo by eventuelně mohl pomoci. Pokud lékař nazná, že je vhodné upravit u klienta svéprávnost v době hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, je zpravidla vždy podáván podnět na posouzení svéprávnosti, tak aby byl vypracován znalecký posudek odborného lékaře na klienta, podle kterého je rozhodnuto. Jednání o posouzení svéprávnosti je u okresních soudů často velmi zdlouhavé, na dané rozhodnutí a ev. ustanovení opatrovníka je čekací doba i několik let.

První dílčí výzkumná otázka zkoumala, **jaké problémy se nejčastěji v daném systému opakují**. V několika posledních letech přibývá sociálně slabých klientů. Jak bylo již nastíněno výše, je to především nefungující, nebo zcela chybějící rodinné zázemí, které je základem pro budoucí efektivní a potřebnou péči o nemocného. Při vstupu je to také nedostatek informací o přijímaných klientech do zdravotnického zařízení, kdy je potřebná spolupráce se sociálními odbory v místě bydliště klientů. Velkým problémem je finanční zabezpečení klientů. Přibývá seniorů, kteří nemají odpracovanou potřebnou dobu pojištění, nemají nárok na výplatu starobního, či invalidního důchodu, nebo je tento jejich příjem v nízké výši. Od toho se v praxi odvíjí i přijetí do sociálního pobytového zařízení, které si musí klient hradit sám ze svých příjmů, případně naspořených financí, nebo za pomoci rodiny. V případě onemocnění demence u seniorů, kteří jsou již nesoběstační, nemají rodinu, která by péči zajistila, není vyřízena žádost do sociálního pobytového zařízení, je jejich situace převážně řešena umístěním do zdravotnického zařízení, především Psychiatrické nemocnice. Jednak z důvodu zdravotního, kdy dochází k celkové léčbě, jednak ve zdravotnickém zařízení za pobyt a služby klient nehradí žádnou částku. Tím je mnohdy vyřešena problém „kam s ním“. Pokud již dojde ke stabilizaci potíží a zdravotní stav umožňuje přijetí do sociálního pobytového zařízení, v častých případech dochází k tomu, že klient na zdravotním lůžku je již pouze čekatelem na umístění do vhodného sociálního zařízení. Čekací doba je však v mnohých případech stále příliš dlouhá. Tomu nenapomohla ani novela zákona o vyřízení příspěvku na péči, jak jsem uvedla již výše. V častých případech nelze žádost podat i po splnění podmínek 60 dnů nepřetržitého pobytu na zdravotním lůžku u klientů, kde nelze uvést poskytovatele pomoci.

Velkou překážkou při různém rozhodování a vyřizování náležitostí ve zdravotnickém zařízení u klienta je také otázka schopnosti adekvátního porozumění situace, schopnosti

zvážení a možnosti správného rozhodování v otázkách zajištění své další existence. Problematika řešení svéprávnosti u klientů s demencí je velmi častá.

Druhá dílčí výzkumná otázka zkoumala, **jaké je možné přijmout opatření k předejití těchto problémů.** Při doporučení pro praxi vycházím z jednotlivých kazuistik, jejich následných analýz a shrnutí výstupů.

- vyšší odpovědnost každého jedince vůči finančnímu zajištění ve svém stáří,
- vyšší míra odpovědnosti a spoluúčasti při zajištění péče o nemocného jeho blízkých rodinných příslušníků,
- vyšší angažovanost a zapojenost jednotlivých sociálních pracovníků sociálních odborů při monitoringu situace u sociálně slabých a zdravotně znevýhodněných seniorů a spolupráce se zdravotnickými zařízeními při následném řešení jejich sociální otázky,
- vyšší propojenost mezi sociálními službami a zdravotnickým zařízením, konkrétně přednostní umístění sociálně znevýhodněných osob hospitalizovaných v nemocničním zařízení do sociálních pobytových zařízení,
- zřízení vyššího počtu sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních, kde by bylo možné u klientů překlenout čekací dobu na umístění do sociálního pobytového zařízení,
- rozšíření stávající kapacity sociálních pobytových zařízení pro seniory s demencí,
- zřízení pobytového sociálního zařízení pro sociálně slabé seniory s demencí, kde by se na dotaci chodu zařízení a poskytnutých služeb podílel stát,
- v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži při řešení otázky svéprávnosti k urychlení celé záležitosti více využívat § 471 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, možnosti ustanovení veřejného opatrovníka,
- zvážit novelizaci zákona č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, upravující průběh řízení o příspěvku na péči v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení u žadatele tak, aby bylo možné podat žádost o příspěvek na péči i bez možnosti uvedení poskytovatele, pokud u žadatele trvá dlouhodobá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce jsou senioři s demencí a jejich sociální problematika při umístění ve zdravotnickém zařízení, konkrétně v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Takto nemocní staří lidé žijí mezi námi ve velkém zastoupení. Mnohdy o svých potížích nemluví. Nedovoluje jim to zprvu stud a obavy ze selhání, následně pak ani samotné nevědění, že nějaké obtíže mají. Demence nebolí. Není na první, často ani na ten další pohled vidět, postupuje plíživě, ale nekompromisně. U takto postižených seniorů postupně dochází k jejich nevratnému vytrácení z aktivního dění ve společnosti. Vzhledem k prevalenci výskytu onemocnění demence u nás, ale i v zahraničí, se stává téma o nemocných s demencí v dnešní době stále více aktuálně společensky diskutované a v první řadě žádoucí po celém světě.

V praktické části práce, kde jsem čerpala především z odborných zdrojů, nejprve popisuji proces stárnutí a stáří se specifiky s tímto obdobím spojenými. Následuje vymezení pojmu demence, její symptomy, dělení, typy a především sociální význam demence. Poslední kapitola teoretické části práce byla věnována sociálním aspektům u seniorů s demencí, kde se zabývám především fungováním vztahů v rodině, možnostmi umístění do sociálního zařízení, vyřízení příspěvku na péči, otázkou svéprávnosti a finančního zabezpečení seniora. Následná praktická část práce vychází z části teoretické, kdy dochází k vzájemnému prolínání. První část je vymezena výzkumu a výzkumnému problému za použití kvalitativní výzkumné strategie, stanovení výzkumných cílů a otázek. Seznámení s metodou a technikou výzkumu, s výzkumným souborem a základními demografickými daty o respondentech. V další části jsou uvedeny jednotlivé analýzy a interpretace získaných dat pomocí případových studií, které byly realizovány na mužském gerontologickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Na jejich základě jsou zmapovány a popsány nejčastější souvislosti onemocnění demencí u seniorů a s tím spojené jejich následné sociální problémy při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Jde především o problematiku rodinného zázemí, finanční zabezpečení ve stáří, možnosti umístění do sociálního pobytového zařízení, otázku řešení svéprávnosti a možnosti vyřízení příspěvku na péči za doby hospitalizace. Cílem práce je objektivizovat a specifikovat tyto sociální problémy seniorů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení a ze zjištěných faktů formulovat doporučení pro praxi v oblasti péče o seniory s demencí při hospitalizaci. Snahou je také informovat o dané problematice, jelikož informovanost vede k zamyšlení nad otázkami vyplývajících z těchto potíží, diskuzi a následným řešením v této oblasti.

Jak jsem již přiblížila v analýze i interpretaci dat v praktické části práce, seniorů s onemocněním demence neustále přibývá. Zvláště těch, u kterých chybí rodinné zázemí, pečující osoby, někdo, kdo by měl zájem především o ně samotné. Zůstávají osamoceni ve světě, kterému přestávají rozumět a on jim. Potvrzuje se, že rodinné zázemí je základním pilířem pro zdárné fungování každého člověka. Pokud chybí rodina, nastupuje pomoc ze strany institucionální péče, především sociální služby a zdravotnictví, kde jsou následně řešeny veškeré otázky a problémy související s osamělostí jedince, spojené s jeho nemocí a stářím.

Domnívám se, že k dané problematice přispívá i současná předimenzovaná doba, neuspokojivé životní jistoty, stres, zvýšené výkonnostní nároky na jedince a především vzájemná izolovanost a intolerance mezi lidmi. Je na každém z nás, jak se k danému tématu a problematice seniorů s demencí postavíme. Zda podáme pomocnou ruku. Neměli bychom při tom zapomínat, že stárne všichni.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2282-8.
2. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.
3. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
4. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
5. *Dementia: a public health priority*. 2012. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156445-8. Dostupné z:
http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_repport_2012/en/
6. DONĚK, Emanuel, 1999. *Kroměřížská psychiatrická léčebna v průběhu devíti desetiletí*. Kroměříž: Š – Press.
7. DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ, 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3880-2.
8. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.
9. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
10. ERIKSON, Erik H, 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.
11. GRUSS, Peter, 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-605-6.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

13. HEGYI, Ladislav, 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-99-6.
14. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HETTEŠ, Miloslav, 2011. *Starnutie spoločnosti: vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-031-6.
16. HOGENOVÁ, Anna, 2013. *K fenoménu stáří*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-593-5.
17. HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
18. HORÁČEK, Jiří a Jaromír Švestka, 2002. Psychopatologie (obecná psychiatrie). In. HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. ed. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS. ISBN 80-900130-1-5.
19. HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, 2002. ed. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS. ISBN 80-900130-1-5.
20. HROZENSKÁ, Martina, 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
21. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
22. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.
23. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.
24. JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
25. KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
26. KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.

27. LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
28. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
29. MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ, 2014. Zpráva o stavu demence. [online]. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s. [cit. 2017-02-13]. ISBN 978-80-86541-34-1. Dostupné z:
<http://www.alzheimer.cz/res/data/001/000188.pdf>
30. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4.
31. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
32. MEZEY, Mathy Doval, 2004. *The encyclopedia of elder care*. Amherst, N. Y.: Prometheus Books. ISBN 1-59102-189-8.
33. MŮLPACHR, Pavel, 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-86633-62-4.
34. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.
35. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
36. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, c2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
37. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. Vysokoškolská učebnica. ISBN 978-80-8063-410-0.
38. PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
39. RŮŽIČKA, Evžen, et al., 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.

40. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.
41. SRNEC, Jan, 2014. Diferenciální hledisko v gerontologii. In. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
42. SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie. ISBN 978-80-86429-62-5.
43. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
44. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
45. TOPINKOVÁ, Eva, c2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, xviii. ISBN 8072623656.
46. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
47. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
48. VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.
49. VAVRUŠOVÁ, Livia, 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-382-0.
50. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
51. ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.

Zákony:

1. ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb. Ze dne 04. 08. 1995 o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky* . č.41/1995. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
2. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. Ze dne 14. 03. 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* . č. 72/2006. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
3. ČESKO. Zákon č. 111/2006 Sb. Ze dne 31. 03. 2006 o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů České republiky* . č. 37/2016. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
4. ČESKO. Nařízení vlády č. 409/2011 Sb. Ze dne 07. 12. 2011 o zvýšení částek životního minima a existenčního minima. In: *Sbírka zákonů České republiky*. č. 144/2011. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
5. ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb. Ze dne 22. 03. 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* . č. 33/2012. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
6. ČESKO. Zákon č. 189/2016 Sb. Ze dne 01. 08. 2016 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* . č. 72/2016. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AN	Alzheimerova nemoc
BPSD	Behavioral and psychological symptoms
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DLB	Demetia with Lewy bodies
DZR	Domov se zvláštním režimem
FTD	Frontotemporální demence
K 1	Kazuistika 1
K 2	Kazuistika 2
K 3	Kazuistika 3
K 4	Kazuistika 4
K 5	Kazuistika 5
K 6	Kazuistika 6
K 7	Kazuistika 7
K 8	Kazuistika 8
K 9	Kazuistika 9
K 10	Kazuistika 10
MKN – 10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
OS	Okresní soud
PN KM	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
PnP	Příspěvek na péči
PnŽ	Příspěvek na živobytí
SD	Starobní důchod
USD	United States Dollar
VD	Vaskulární demence
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 – základní informace o probandech.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka č. 2 – přehled závislosti na pomoci druhé osoby.....</i>	<i>57</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 - výše finančních příjmů u probandů.....</i>	62
<i>Graf č. 2 - žádost o příspěvek na péči – graficky.....</i>	66
<i>Graf č. 3 - stav svéprávnosti u probandů</i>	69
<i>Graf č. 4 - vyjádření finančního dosažení na pobyt v sociálním zařízení u probandů.....</i>	72

SEZNAM PŘÍLOH

- P I. Kazuistika K 1 – pan Radomír
- P II. Kazuistika K 2 – pan Radek
- P III. Kazuistika K 3 – pan Karel
- P IV. Kazuistika K 4 – pan Šimon
- P V. Kazuistika K 5 – pan Josef
- P IV. Kazuistika K 6 – pan František
- P VII. Kazuistika K 7 – pan Petr
- P VIII. Kazuistika K 8 – pan Oldřich
- P IX. Kazuistika K 9 – pan Antonín
- P X. Kazuistika K 10 – pan Václav
- P XI. Tabulka pro výpočet důchodového věku
- P XII. Desatero pro komunikaci s nemocnými se syndromem demence

PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA Č. 1

Jméno: **Radomír**

Rok narození: **1938**

Datum přijetí do PN KM: **23. 07. 2015**

Datum dimise: **04. 10. 2016**

Diagnóza: **Smíšená demence vaskulární a Alzheimerova typu těžkého stupně**

Osobní anamnéza:

Pan Radomír má 78 let, je více jak 15 let vdovec. Z prvního manželství má dva syny, se kterými se dlouhodobě nestýká pro dřívější neshody v rodině. Z druhého manželství má jednu dceru, se kterou byl v kontaktu až do doby hospitalizace. Je ve starobním důchodu. Dříve pracoval v továrně, nevzpomene si v jaké, pouze se mu občas vybavuje město, na pozici dělník. Je celoživotní nekuřák, alkohol nepožívá. O synech nejsou známy bližší informace, dcera je zdravá.

Sociální anamnéza:

Před hospitalizací žil pan Radomír celý život v rodinném domě na malé vesnici, dokud žila manželka, společně s ní. Dcera žije 10 km od místa bydliště otce, k rodičům docházela sporadicky pouze na návštěvy. V posledních přibližně 5 letech otce pro jeho zhoršený zdravotní stav a problémy s tím spojené navštěvovala intenzivněji. Zaznamenala, že je otec uzavřenější, přestalo ho bavit zahrádkaření, což byl dříve jeho koníček. Přestal se stýkat se sousedy, postupně ztrácel zájem o dění kolem sebe. O otce poslední rok před hospitalizací pečovala zcela, včetně nakupování, vaření, uklízení, praní, péče o domácnost a zajištění hygieny. Vzhledem k tomu, že dcera byla na rodičovské dovolené s péčí o celkem čtyři malé děti, přestávala zajištění dvou domácností zvládat. Pan Radomír se odmítal přestěhovat k dceři, odmítal zajistit pečovatelskou službu, odmítal docházet k lékaři a jakoukoliv jinou pomoc. Vlivem postupující nemoci poslední tři měsíce odmítal komunikovat i s vlastní dcerou, začal ji hrubě urážet, obviňovat z krádeží finanční hotovosti, odmítal ji pustit do domu. V té době dcera alespoň v situacích, kdy nebyl otec doma, mu donášela navařené jídlo a vyprané prádlo, v domě uklidila. Situace následně vygradovala tím, že panu Radomírovi přivolali sousedé v době, kdy se zmatený pohyboval po obci na silnici a stopoval auta s tím, že chce odjet do světa, Zdravotnickou záchrannou službu (dále ZZS). Na základě vyhodnocení lékaře ZZS byl následně pan Radomír převezen k hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Zdravotní anamnéza:

Pan Radomír byl přijat s obrazem pokročilé demence, následně byla diagnostikována Smíšená demence vaskulární a Alzheimerova typu těžkého stupně. Schopen chůze je jen za pomoci druhé osoby, nebo sám v chodítku pouze na malé vzdálenosti. Při běžných denních aktivitách je nutná dopomoc, nají se sám, pitný režim dodržuje. Je zcela odkázán na pomoc při zajištění hygieny, je inkontinentní. Při komunikaci odpovědi po delších latentcích, kusé, převážně nepřiléhavé. Celkový projev těžce rigidní, až ritualizovaný. Orientován pouze osobou, ne místem a časem. Na již známé prostředí oddělení nemocnice adaptovaný, zvyklý na pravidelné ošetrovatelské úkony, své lůžko, místo na sezení ve společenské místnosti. Odmítavý a to trvale pouze při zajištění hygieny, kdy dochází z jeho strany k občasným vulgarismům vůči personálu oddělení. Jakákoliv drobná změna ho zúzkostní, adaptační mechanismy jsou silně redukovány.

Průběh hospitalizace:

Pan Radomír byl dne 23. 07. 2015 přijat k první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na oddělení gerontologie na základě doporučení ZZS pro zmatenost a poruchy chování na ulici obce, v níž bydlel. V době přijetí nebyly o klientovi známy bližší údaje. Přes příslušnou zdravotní pojišťovnu byl zjištěn praktický lékař v místě bydliště. U něho pak byl zjištěn kontakt na dceru, u které byly ověřeny další údaje. Dle jejího sdělení dcera již nezvládá péči o otce, který ji mimo jiné i v posledních 3 měsících odmítal pouštět do domu. Pan Radomír neměl doposud podanou žádost o umístění do sociálního zařízení, neměl vyřízen příspěvek na péči, obojí za pobytu v domácím prostředí odmítal, přestože mu dcera opakovaně nabízela pomoc k vyřízení. Od počátku hospitalizace byl důchod pana Radomíra každý měsíc vyžádán k doslání do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, z kterého byl následně pravidelně hrazen inkasní lístek v místě bydliště. Starobní důchod je v dostatečné výši, aby z něho mohly být pokryty náklady na pobyt v sociálním zařízení pro seniory.

Na podnět ošetřující lékařky byla dcera vyzvána k jednání ve věci zajištění následné péče po dimisi z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, jelikož bylo zřejmé, že návrat do samostatné domácnosti je při jeho zdravotním stavu nereálný. Dcera byla při osobním pohovoru informována o omezené době hospitalizace na zdravotním lůžku a byly jí nabídnuty možnosti pobytové sociální služby v okolí bydliště. Vzhledem k psychiatrickému vyšetření a následnému doporučení jí byly nabídnuty domovy pro seniory se zvláštním režimem. Žádosti o umístění do sociálního zařízení dcera podala až po opakovaných urgencích ze

strany Psychiatrické nemocnice v Kroměříži dne 10. 10. 2015. Dcera se nadále k osobním schůzkám ani na návštěvy za otcem nedostavovala s odvoláním na péči o své malé děti. Byli jsme tedy pouze v telefonickém a písemném kontaktu.

Dle doporučení ošetřujícího lékaře byl dne 23. 10. 2015 podán u příslušného okresního soudu dle spádové oblasti místa bydliště podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by hájil potřeby a zájmy klienta.

V listopadu 2015 a následně každý měsíc, bylo ze strany Psychiatrické nemocnice v Kroměříži urgováno umístění klienta do sociálního zařízení. Dle sdělení sociální pracovnice sociálních služeb byl pan Radomír zařazen do přednostního pořadníku čekatelů na umístění, prozatím však nebylo volné místo. Situace s umístěním byla ztížena také skutečností, že pan Radomír nepobíral před dobou hospitalizace sociální dávku – příspěvek na péči, na kterou doposud neměl ani podanou ani žádost. V té době ještě nebyla možnost o tuto dávku v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení požádat a nebylo ani možné pana Radomíra přeložit na sociální lůžko, kterým Psychiatrická nemocnice v Kroměříži nedisponuje, aby bylo možné žádost o příspěvek na péči podat.

Od 1. 8. 2016 vyšel v platnost zákon č. 189/2016 Sb., jimž se novelizuje zákon o sociálních službách, který upravuje podání žádosti o příspěvek na péči. V době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, pokud hospitalizace trvá déle jak 60 kalendářních dní, lze podat žádost o příspěvek na péči a zahájit řízení o přiznání příspěvku na péči, což situaci s umístěním do sociálního zařízení pro seniory při dlouhodobých hospitalizacích na zdravotním lůžku výrazně ulehčilo. Dne 23. 08. 2016 byla vyplněna žádost o přiznání příspěvku na péči u pana Radomíra. K žádosti bylo nutné doložit oznámení o poskytovateli služeb, bez kterého žádost nemůže být vyřízena. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži je zdravotnické zařízení a nemůže být jako poskytovatel uvedena. Byla tedy vyzvána dcera se žádostí a náležitým vysvětlením, zda by se prozatím, než bude její otec umístěn v sociálním zařízení, uvedla jako poskytovatel sociálních služeb. Po jejím souhlasu jí byla písemná žádost zaslána k podpisu.

Na konci září 2016 oznamuje sociální pracovnice ze sociálních služeb přijetí pana Radomíra do domova pro seniory se zvláštním režimem ode dne 04. 10. 2016. Na depozitech nemocnice má pan Radomír naspořen z jednotlivých částek výplaty důchodu větší obnos financí. Jelikož jeho zdravotní stav v době dimise neumožňuje vyžádání jeho souhlasu s převodem peněz do následného zařízení, je urgováno zahájení jednání řízení o posouzení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka u okresního soudu, bylo zasláno písemné potvrzení

o dimisi a místě dalšího pobytu klienta. Jednání je následně stanoveno na den 13. 11. 2016, a přestože již není pan Radomír v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži hospitalizován, byla sociální pracovnice v zastoupení za nemocnici k jednání předvolána jako svědek. Pan Radomír byl pravomocným rozhodnutím omezen ve svéprávnosti, opatrovníkem byla stanovena obec trvalého bydliště klienta. Dcera nebyla jednání u okresního soudu osobně přítomna, již dříve se písemnou formou vzdala opatrovnictví u svého otce.

Žádost o příspěvek na péči nebyla za doby hospitalizace podána, dcera pana Radomíra i přes urgence nezaslala zpět potvrzené oznámení o poskytovateli pomoci, bez kterého nemohla být žádost vyřízena, a tím blokovala vyřízení sociálních dávek, které by urychlily umístění jejího otce do sociálního zařízení.

PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA č. 2Jméno: **Radek**Rok narození: **1941**Datum přijetí do PN KM: **11. 02. 2016**Datum dimise: **22. 02. 2017**Diagnóza: **Demence kombinované etiologie****Osobní anamnéza:**

Pan Radek je starobní důchodce, 76 let, rozvedený před mnoha lety. S bývalou manželkou není vůbec v žádném kontaktu. Otec dospělého syna, který žije sám, k otci občas dochází pouze na návštěvy, zejména v době výplaty starobního důchodu. Pan Radek je vyučen optikem a celý život pracoval v oboru. Od mládí byl muzikant, hrával na klavír, nyní už hru nezvládá. Kuřák, abusus alkoholu, zejména v posledních letech. Syn je zdravý, má také problémy s alkoholem. Další příbuzní nejsou známi, nikdo se s panem Radkem blíže nestýká.

Sociální anamnéza:

Pan Radek bydlí v okresním městě, kam se před lety přestěhoval z nedaleké vesnice ještě společně s manželkou. Posledních přibližně 25 let žije v pronájmu, nájemné a inkaso platí přes sporožirový účet. Dříve s ním bydlel také syn, který se následně osamostatnil. K otci dochází pouze občas. Na základě opakovaných ústních i písemných stížností sousedů pana Radka dochází před vánocemi 2015 ze strany sociálního odboru Městského úřadu k sociálnímu šetření v místě bydliště, z kterého vyplývá, že pan Radek je hlučný, hrubý a vulgární na sousedy, z jeho bytu vychází nepříjemný zápach. Vpustit do bytu je v tu dobu odmítal. Sociální pracovnice měly zájem mu dojednat vyšetření u praktického lékaře, kam prakticky celé roky nedocházel, poslední návštěva v roce 1998 a také následně v psychiatrické ambulanci. Nezdařila se domluvit ani návštěva lékařů u pacienta v domácím prostředí, spolupráce a ochota ambulantních lékařů byla v tomto ohledu mizivá. Odmítal intervenci pomocí sociální a charitní služby. Situace se stále zhoršovala, konflikty mezi sousedy byly čím dál častější. Bytové družstvo podalo návrh na vystěhování pana Radka z bytu.

Zdravotní anamnéza:

Při přijetí k léčbě byla u pana Radka diagnostikována Demence kombinované etiologie. V rámci vyšetření CT mozku zjištěn chronický subdurální hematóm, následně je sledován neurologem. Nález konzultován s neurochirurgy, kdy bylo konstatováno, že není

nutné chirurgické řešení stavu. Na oddělení je bez bolestí hlavy, nezvrací, neurologicky je bez lateralizace, v popředí demenční syndrom. Pán zcela chodící, dezorientovaný místem i časem. Nutný celodenní dohled, dopomoc při běžných situacích. Vhodně přichystanou stravu je schopen samostatně snít za pomoci lžice. Sám pitný režim nedodrží, nutný dohled. Nutná dopomoc při hygieně, přes noc pleny, inkontinentní. Během dne si většinou dojde na toalety, občas je pomočen. Při komunikaci jsou jeho odpovědi nerozvinuté, spíše jednoslovné, občas nepřiléhavé. Z počátku na oddělení horší adaptace, dezorientace, byl neustále na odchodu. Postupně došlo k adaptaci na nové prostředí, nyní je schopen v rámci svých možností se na oddělení orientovat.

Průběh hospitalizace:

Pan Radek byl k první hospitalizaci v PN KM na gerontologické oddělení mužů přijat dne 11. 02. 2016. K příjmu byl přivezen na základě doporučení lékaře RZS, která za asistence policie ČR a pracovníků sociálního odboru v místě bydliště zasahovala v bytě pana Radka na základě podnětu sousedů. Ti si stěžovali na opakované rušení nočního klidu, bouchání, křik, vytopení bytu vodou pod panem Radkem. Policie musela do bytu vniknout za pomoci násilí, jelikož pan Radek nereagoval na podněty, aby otevřel. Byl nalezen ve špatném zdravotním stavu, dehydratovaný, pomočený, zcela dezorientovaný. Při pozdějším rozhovoru se sociální pracovníci z místa bydliště zjištěno sociální selhávání ze strany pana Radka, opakované a vleklé problémy jeho samostatného žití, i stížností od sousedů na narušování společného soužití. Při sociálním šetření v době zásahu byly v bytě zjištěny podmínky, které neodpovídají adekvátnímu bydlení – byt byl zcela vybydlený. Všude velký nepořádek, zápach, chyběl téměř veškerý nábytek, včetně postele. Pan Radek spával na kartonech, pod hlavou dvířka od kuchyňské linky. V bytě nebyly žádné požitelné potraviny, lednice plná plísní byla odpojena. Neudržoval osobní čistotu, kálel a močil po celém bytě. Později příslušné bytové družstvo na vlastní náklady zajistilo dezinfekci a opravy bytu, výměnu zámku a předání nových klíčů p Radkovi do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Po přijetí byl syn pana Radka vyzván k osobnímu setkání a domluvě další péče o jeho otce. Dostavil se až po 3 měsících, bez zájmu o další řešení sociální situace jeho otce, měl pouze zájem o jeho peníze. Jeho další návštěva byla pouze 1x, kdy se opět přišel zeptat na peníze a klíče od bytu, které mu vzhledem k situaci a nezájmu o potřeby otce a bez jeho výslovného souhlasu nemohly být předány. Pan Radek pobíral v době přijetí starobní důchod na účet, nebylo možné z důvodu ochrany osobních dat ověřit, u které. Nebyly u něj nalezeny

doklady, či výběrová karta k žádné z bank. Na bytovém družstvu ověřeno, že náklady na úhradu bytu jsou hrazeny z bankovního účtu. Po 4 měsících, kdy byl pan Radek již zcela bez finančních prostředků, zaslána žádost na Českou správu sociálního zabezpečení v Praze o změnu dosílky důchodu na adresu trvalého bydliště, odkud byla po následném vyřízení žádosti každý měsíc vyžádána k doslání do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Na tuto skutečnost bylo upozorněno i bytové družstvo ohledně plateb nájemného a domluveno, pokud dojde k nedoplatku, bude platba hrazena z depozit pana Radka v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Pan Radek před přijetím k hospitalizaci neměl podanou žádost o umístění do sociálního zařízení, neměl vyřízen příspěvek na péči. Obojí i přes nabízenou pomoc s vyřízením ze strany sociálního odboru v místě bydliště odmítal. Jelikož syn neprojevoval o potřeby svého otce žádný zájem, byly na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře ze strany Psychiatrické nemocnice v Kroměříži podány žádosti o umístění do domova pro seniory se zvláštním režimem. Následně byl zařazen do pořadníku čekatelů na umístění do tří sociálních zařízení. S pravidelností byly tyto žádosti urgovány. Příspěvek na péči nemohl být podán z důvodu chybění poskytovatele sociální pomoci, bez kterého nemůže být žádost vyřízena. Pozn. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži nemůže být v žádosti jako poskytovatel služeb uvedena, jelikož je zdravotnické zařízení, konkrétní sociální zařízení nebylo ještě známo a vhodný rodinný příslušník chyběl.

Pan Radek vlastnil řidičský průkaz. Na Městský úřad v místě bydliště, odbor dopravy a správních agend bylo zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel k odebrání řidičský průkaz.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu pana Radka byl dle doporučení lékaře oddělení v květnu 2016 podán u příslušného okresního soudu dle spádové oblasti místa bydliště podnět k zahájení řízení o posouzení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by jej zastupoval. V podnětu bylo uvedeno, že se nejeví vhodným opatrovníkem syn, neboť neprojevuje dostatek zájmu o potřeby svého otce.

V červenci 2016 bylo policií České republiky oznámeno, že syn náhle zemřel. Pan Radek tak zůstal zcela bez příbuzných. Dne 22. 02. 2017 byl přijat do domova se zvláštním režimem, kde měl podanou žádost o umístění. I přes opakované urgence u okresního soudu nebyla do doby propuštění z lékařského zařízení, vyřízena záležitost ohledně úpravy svéprávnosti a ustanovení vhodného opatrovníka, který by hájil jeho zájmy.

PŘÍLOHA P III: KAZUISTIKA č. 3Jméno: **Karel**Rok narození: **1945**Datum přijetí do PN KM: **24. 02. 2014**Datum dimise: **hospitalizace stále trvá**Diagnóza: **Vaskulární demence – Multiinfarktová demence****Osobní anamnéza:**

Pan Karel je 71 letý starobní důchodce, ženatý, otec dvou synů a dcery, celkem má 9 vnoučat. Nevyučený, pouze základní vzdělání, pracoval krátce v podniku Svit jako dělník. Za své koníčky z dřívější doby považuje drobné práce okolo domu a hlavně muziku. Od mládí hrával na harmoniku, nyní už pro zdravotní potíže hru nezvládá. Manželka žije v domku společně s rodinou své dcery. Bližší informace o nich, ani o synech, nejsou známy, otce po dobu hospitalizace nekontaktují. Dříve kuřák, alkohol požíval příležitostně.

Sociální anamnéza:

Pak Karel pochází ze široké rodiny, jeho oba rodiče se dožili vysokého věku 85 let. Má hodně sourozenců, sám si je ale už všechny nevybavuje. Vzpomíná na pěkné dětství a mládí, kdy hrával na harmoniku. S vlastní rodinou se hodně stěhoval po republice. Před hospitalizací naposledy bydlel v rodinném domku, kde nyní žije manželka a dcera s rodinou. Dle sdělení manželky byl v posledních několika měsících před hospitalizací v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži neklidný, nevrlý, hodně podrážděný až agresivní na všechny členy rodiny. Odmítal užívat léky, v noci špatně spával, budil ostatní, hledal založené věci, odcházel z domu, neudržel osobní čistotu, močil na zdi bytu, nebo do skříně. Nejprve byl hospitalizován několikrát v nemocnici, následně v Léčebně pro dlouhodobě nemocné, ale vždy se po stabilizaci stavu vracel domů, kde po krátkých intervalech opět docházelo k regresi stavu. Manželka i s dcerou přestaly péči o pana Karla zvládat, agresivní výpady a hádky se v domácím prostředí stupňovaly. Při poslední hospitalizaci v nemocnici v místě bydliště manželka odmítla převzít manžela do domácího prostředí, odmítala nadále spolupracovat při zajištění jeho další péče. Následně byl přijat do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kde byl hospitalizován jen krátce. Po úpravě zdravotního stavu byl převezen domů. Situace se však po krátkých latencích opět několikrát opakovala, hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži celkem pětkrát v krátkém časovém úseku pro výše uvedené potíže. Při posledním propuštění z léčení v Psychiatrické ne-

mocnici v Kroměříži manželka odmítla otevřít a převzít manžela domů, přestože o dimisi byla předem telefonicky informována.

Ani jeden ze synů neprojevuje o otce zájem, nejsou v době hospitalizace v žádném kontaktu. Dcera zastává názor své matky.

Zdravotní anamnéza:

Pan Karel byl přijat s diagnózou vaskulární demence. Na oddělení tenzní, morozní a vulgární, vigilní, dezorientován. Při komunikaci monotonní, nevýpravný, přítomny perseverace, intelektová deteriorace. Je schopen pomalé samostatné chůze, raději však sedí v křesle po celý den. K chůzi musí být vybízen, motivován a doprovázen, sám nemá zájem. Plně inkontinentní. Není schopen sebeobsluhy a samostatné hygieny. Nejdříve byl schopen samostatně sníst podané jídlo, postupně však dochází k plnému krmení a dohledem nad zavodněním tekutinami. Vyžaduje plnou ošetrovatelskou péči. Mimo chráněné prostředí by u něj nastala dekompenzace směrem k agresivitě, neboť díky výraznému kognitivnímu deficitu nechápe a nedokáže správně interpretovat různé běžné situace. V letních měsících se objevují vizuální a tělocitné halucinace, neadekvátní chování – nadměrná gestikulace, manipuluje s předměty, které reálně nemá v rukách, zadupává halucinové brouky. Po úpravě medikace a dostatečné rehydrataci stav opět upraven. Postupně dochází k aktivnímu negativismu, apatii, k regresivním projevům. Brání se ošetrovatelské péči.

Průběh hospitalizace:

Pan Karel byl přijat k opakované hospitalizaci dne 24. 02. 2014, která navazuje na hospitalizaci předchozí. Manželka odmítla manžela převzít do domácí péče, přestala blíže spolupracovat s pracovníky Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Jako důvod následně uvádí, že již péči o manžela nezvládá, dcera také ne, v rodině jsou malé děti, není dle jejich úsudku vhodné, aby s nimi pan Karel vzhledem ke svému vleklým zdravotním potížím a nevhodným projevům bydlel. Manželka dále sděluje, že podala žádost o umístění do jednoho sociálního zařízení. Při telefonickém ověření v daném zařízení informace potvrzena, přesto sociální pracovnice sděluje, že vzhledem vzdálenému trvalému bydlišti mají přednost na umístění místní obyvatelé a ti, kteří mají vyřízen příspěvek na péči, který pan Karel vyřízen neměl. Pak Karel pobírá starobní důchod v nízké výši. Doposud přebírala vždy i v době předchozí hospitalizace důchod manželka, která s ním také hospodařila. Jelikož se nezajímala o potřeby svého manžela, nezajišťovala mu řádně hygienické prostředky, kapsné a další potřeby, byl důchod nadále vyžádán k dosílce do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Pan Karel přestože nevlastnil žádné auto, měl vyřízen řidičský průkaz. Na Městský úřad v místě bydliště, odbor dopravy a správních agend bylo zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel k odebrání řidičského průkazu.

Na základě podnětu ošetřující lékařky byl u příslušného okresního soudu v místě bydliště podán podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka. Po dalším roce vydal okresní soud usnesení, ve kterém se řízení o posouzení svéprávnosti zastavilo. Okresní soud jmenoval podle Občanského zákoníku § 465 opatrovnici manželku, která je oprávněna za opatrovance jednat ve všech záležitostech, mimo záležitosti týkající se vzniku a zániku manželství, výkonu rodinných práv a povinností, jakož i pořízení pro případ smrti anebo prohlášení o vydědění a jejich odvolání. Je oprávněna spravovat jmění opatrovance. Na základě tohoto pravomocného rozhodnutí byla manželka jmenována zvláštním příjemcem a oprávněna přebírat důchod. Pravidelně každý měsíc zasílá pro pana Karla kapesné na depozitní účet Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Manželka opětovně vyzvána k bližší spolupráci. K osobnímu pohovoru se již nedostavila, manžela dále nenavštěvovala, neprojevila zájem o pohovor s ošetřujícím lékařem a o informace ohledně jeho zdravotního stavu. Byly jí zaslány žádosti o umístění manžela do několika vhodných sociálních zařízení, po opakovaných urgencích souhlasila však pouze s jedním z nabízených zařízení, kde je čekací doba velmi dlouhá.

V září 2016 vyzvána k vyřízení žádosti o příspěvek na péči za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Opět při opakovaných urgencích o vyřízení sdělila, že se odmítá v žádosti uvést jako poskytovatel pomoci z obavy, aby manžel nebyl propuštěn domů.

Z důvodu nespolupráce manželky – opatrovnice i celé další rodiny, nelze vyřídit žádost o příspěvek na péči a tím se oddaluje umístění do sociálního zařízení. Také umístění do sociálního zařízení je velmi nepravděpodobné - zařízení, kam je žádost podána, má dlouhou čekací dobu na umístění, vysoký poplatek za nabízené služby, na které důchod pana Karla nedosahuje.

PŘÍLOHA P IV: KAZUISTIKA č. 4Jméno: **Šimon**Rok narození: **1938**Datum přijetí do PN KM: **01. 04. 2016**Datum dimise: **19. 01. 2017**Diagnóza: **Jiná Alzheimerova nemoc s vaskulární složkou****Osobní anamnéza:**

Pan Šimon je 78 letý muž, starobní důchodce, svobodný, bezdětný. Pochází ze čtyř dětí, měl tři starší sestry, dvě již zemřely. O nejmladší, která má také diagnostikovanou Alzheimerovu nemoc, pečuje rodina v domácím prostředí. Zájem o pana Šimona projevují synovci a neteře. Dle jejich sdělení měli jako rodina vždy mezi sebou dobrý vztah a vycházeli spolu. Pan Šimon byl vyučeným truhlářem a celý život v tomto oboru také pracoval. Práci se dřevem měl rád. Byl vždy ve svém okolí vstřícný k ostatním lidem, veselý a dobrosrdečný. Nekuřák, alkohol požíval jen příležitostně.

Sociální anamnéza:

Pan Šimon byl přijat na základě doporučení ambulantní lékařky. Dříve bydlel v rodinném domku po rodičích na okraji města, kde mu, až to bylo nutné, docházeli vypo-máhat s domácností a dalšími záležitostmi nejprve dokud žily sestry, později synovci a neteře. Vzhledem k jejich pracovní vytíženosti, a stupňující se náročnosti o péči pana Šimona, byla vyřízena pomoc ze strany pečovatelské služby – denní kontrola zdravotního stavu, dohled nad užitím léků, dovoz stravy a dohled nad jídlem, hygiena, praní i úklid. Vše bylo možné zvládat do doby, než se zdravotní stav natolik zhoršil, kdy pan Šimon opouštěl domov a toulal se, opakovaně byl rodinou hledán, dokázal ujít hodně kilometrů, bloudil, nedovedl se vrátit zpět domů. Následně byl velmi krátce obyvatel soukromého domova pro seniory polootevřeného typu, kde se plně neadaptoval, špatně jedl. Vlivem nemoci docházelo z jeho strany opět k opakovaným pokusům o útěk z domova, ve dne i v noci. Byl nutný neustálý dohled, ze strany domova pro seniory jej nebylo možné zajistit. Širší rodina celodenní dohled a péči o příbuzného v domácím prostředí už nadále nebyla schopna zvládat.

Zdravotní anamnéza:

Pan Šimon byl přijat s diagnózou Alzheimerovy nemoci, vzhledem k pokročilosti demence adaptační mechanismy jsou výrazně redukovány. Při přijetí dehydratovaný, vyhublý, s nastupujícím infektem, proto byl přeléčen, dezorientovaný, nespolupracující. Plně

chodící, rád sedí v křesle mezi ostatními spolupacienty. Inkontinentní ve dne i v noci. Při komunikaci je jeho projev trvale familierní, zcela útržkovitý, glosuje momentálně prožívací situaci. Dotazům rozumí velice omezeně. Údaje z jeho strany jsou zcela bezobsažné, povrchní a nepřínosné. Vůči personálu oddělení vstřícný, všem tyká. Není psychotický ani tenzní, ladění je tupě euforické, postupně má spokojený výraz, usměvavý, péči neodmítá. Postupně začíná dobře přijímat stravu i tekutiny, až následně výrazně zaměřený na jídlo, velice rád jí, má tendenci jídlo brát i druhým pacientům, nebo dojídat veškeré zbytky, je nutný dohled. Jak nad jídlem, tak i nad pitným režimem je nutný dohled. Spává dobře celou noc, ale často zůstává v křesle na sále, odmítá jít do lůžka, po opakovaném uložení vstane a jde znovu na sál, kde spokojeně usíná.

Průběh hospitalizace:

Pan Šimon byl přijat k hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži gerontologické oddělení muži ze soukromého domova pro seniory, kam se již vzhledem ke svým svévolným odchodům v důsledku nemoci nemůže vrátit. Při přijetí bylo zjištěno, že došlo k propadnutí lhůty platnosti občanského průkazu a nebylo doposud požádáno o nové vystavení dokladu. Rodina byla požádána o dodání rodného listu. Jelikož se jí ho nepodařilo dohledat, požádán Městský úřad v místě narození pana Šimona o vystavení kopie rodného listu. Po obdržení byla podána nová žádost o vystavení občanského průkazu na Městském úřadě v Kroměříži, kde byl také následně po vyřízení nový doklad převzat.

Starobní důchod pobírá pan Šimon na bankovní účet, odkud jsou hrazeny náklady na bydlení a ostatní poplatky, které pan Šimon má. Neteř má dlouhodobě možnost disponovat s účtem, po dobu hospitalizace pravidelně dodávala pro pana Šimona veškeré hygienické potřeby, pochutiny a kapesné.

Přestože pan Šimon již dlouhé roky neřídil auto, vlastnil řidičský průkaz. Na Městský úřad v místě bydliště, odbor dopravy a správních agend bylo zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel k odebrání řidičského průkazu.

Na základě podnětu ošetřující lékařky byla rodina vyzvána k pohovoru ve věci zajištění následné péče po propuštění. Do domácí péče převzetí pana Šimona je pro rodinu nereálné, vzhledem k pracovní vytíženosti, péči o nezletilé děti a péči o své vlastní rodiče. Přesto projevují velký zájem o pana Šimona, který je již při osobním kontaktu vzhledem k nemoci nepoznává, mají snahu mu pomoci dožít důstojně stáří. Při pohovoru informují, že již podali na okresní soud podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka. Ná-

sledně v červnu 2016 byl pan Šimon na základě usnesení okresního soudu v místě trvalého bydliště omezen ve svéprávnosti tak, že není schopen právně jednat s výjimkou běžných záležitostí každodenního života. Opatrovníkem byla jmenována neteř, která je v situaci nejvíce angažována a již disponuje s peněžním účtem pana Šimona. Na doporučení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži následně podává žádosti o umístění do doporučených domovů pro seniory se zvláštním režimem. Žádosti byly v červenci 2016 schváleny do tří zařízení pro seniory s demencí, kde následovala pravidelná urgence o umístění.

V době hospitalizace bylo v řízení jednání o přiznání příspěvku na péči, kdy žádost podal opatrovník před hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Byl přiznán příspěvek na péči ve III. stupni (těžká závislost) v částce 8.800,- Kč.

Dne 19. 01. 2017 byl pan Šimon přijat do domova pro seniory se zvláštním režimem neda-leko místa bydliště. Zařízení bylo upozorněno na horší adaptaci pana Šimona po přijetí, kdy mu změnu situace a přesun do nového zařízení nelze pro kognitivní deficit adekvátně vysvětlit, ani ho na danou skutečnost předem připravit. Pro uvedené obtíže lze zpočátku očekávat zvýšenou tenzi, horší příjem stravy a tekutin.

V době dimise bylo v řízení jednání o přiznání příspěvku na péči, kdy žádost podal opat-rovník na doporučení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA č. 5Jméno: **Josef**Rok narození: **1948**Datum přijetí do PN KM: **03. 04. 2014**Datum dimise: **hospitalizace stále trvá**Diagnóza: **Alzheimerova nemoc****Osobní anamnéza:**

Panu Josefovi je 68 let, je dlouhodobě rozvedený, před tím celkem 3x ženatý. Z posledního manželství má jednu dceru, se kterou se dlouhodobě nestýká. Neudrží žádný bližší kontakt s kýmkoliv z rodiny. Starobní důchodce s velmi nízkou vyměřenou výplatou důchodu. Nevyučený, dříve pracoval příležitostně, kde se naskytla možnost - jako zedník, pokrývač, izolátér, různé pomocné práce aj. Svě záliby a koníčky nedovede již specifikovat, neví, nevzpomíná si. Kuřák, alkohol příležitostně.

Sociální anamnéza:

Před hospitalizací žil pan Josef na ubytovně společně se známým na jednom pokoji. Od posledního rozvodu údajně vystřídal několik podnájmů či spíše ubytoven. Chybí rodina, která by podala přesnější informace o životě pana Josefa. Od něj nejsou údaje vzhledem ke zdravotnímu stavu zcela validní, vážně vstřípivost, výbavnost, horší určení časové lokalizace a intervalů, myšlení je povrchní, místy konfabulace. Za účelem objasnění sociální situace pana Josefa a zjištění ev. dalších příbuzných byla podána písemná žádost o sociální šetření v místě trvalého bydliště na Obecním úřadě. Dle rozhovoru se starostkou obce pan Josef bydlel v obci ve svém rodinném domku společně s manželkou v letech 1986 - 1991. Po rozvodu domek prodali a každý se odstěhoval jinam. Pan Josef se nadále v obci nezdržoval, není tam znám. Odstěhovala se i jeho bývalá manželka, neznámo kam. Na základě správního řízení bylo panu Josefovi přiděleno trvalé bydliště na Obecním úřadě. Šetřením se podařilo dohledat bratra pana Josefa, který sdělil, že se již od mládí nestýkají, nerozešli se v dobrém, o svém bratrovi nic neví, jak a kde žije a nemá zájem o změnu svého postoje vůči němu. Dcera se nepodařila zkontaktovat.

Zdravotní anamnéza:

Pan Josef byl přijat s obrazem pokročilé demence. Lucidní, orientovaný jen svojí osobou, místo a čas nepostihuje, myšlení zcela zchudlé. Při komunikaci odpovědi jedno až dvouslovné, povrchní, v kategorii otázky, ale v převážné většině nesprávné až konfabulační, tupě euforický. Verbální kontakt minimální. Schopen samostatně pomalé chůze, pohy-

buje se po oddělení sám, bez cizí pomoci. Má své oblíbené křeslo, pokud je obsazené, je rozladěný, úzkostný, zmatený. Přichystané jídlo sní sám, je však nutný dohled nad pitným režimem. Občas v noci špatně spává, pochází po oddělení, při snaze o uložení zpět na lůžko odmítavý, prosazuje si své. Při běžných denních aktivitách je nutná dopomoc, je zcela odkázán na pomoc při zajištění oblékání, hygieny, je inkontinentní ve dne i v noci. Celkový projev je rigidní, až ritualizovaný. Ve společnosti ostatních spolupacientů nekonfliktní, do dění na oddělení se nezapojuje.

Průběh hospitalizace:

Pan Josef byl přijat k první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži dne 03. 04. 2014 překladem z krajské nemocnice, kde byl hospitalizován pro úraz – kraniotrauma, nutný neurochirurgický zákrok. Následně byl přeložen do Léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde dominuje dezorientace, zmatenost, nespavost, rušení ostatních pacientů. Jelikož při příjmu nebyly známy o panu Josefovi žádné bližší údaje, byl Obecní úřad v místě trvalého bydliště požádán o sociální šetření. Přes příslušnou zdravotní pojišťovnu zjištěno, že pan Josef není registrován u žádného praktického lékaře, podle jejich záznamů ani nikdy nebyl. Na Městském úřadě v Kroměříži nahlášena ztráta občanského průkazu, požádáno o vystavení nového občanského průkazu.

Jelikož byl pan Josef držitel řidičského průkazu k řízení motorových vozidel, bylo na Městský úřad, odbor občansko - správních agend zasláno oznámení o zjištění zdravotního stavu, které vylučuje způsobilost k řízení motorových vozidel. Řidičský průkaz byl po správním jednání odebrán.

Na doporučení lékaře byl na okresní soud v místě bydliště podán podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka. Po téměř dvou letech byl dle pravomocného usnesení pan Josef omezen ve svéprávnosti tak, že nemůže samostatně právně jednat v žádných záležitostech s výjimkou běžného života. Jelikož nemá blízké příbuzné, byla opatrovníkem ustanovena Obec v místě trvalého bydliště.

Každý měsíc bylo vyžádáno doslání výplaty důchodu pana Josefa do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži až do doby určení opatrovníka. Dále přebírá výplatu důchodu opatrovník, do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži zasílá pouze kapesné.

Opatrovník vyzván k podání žádostí o umístění do sociálního zařízení. Následně sděluje, že podal celkem pět žádostí, bylo vyhověno a zařazení pana Josefa do pořadníku čekatelů na umístění se zdařilo u třech zařízení. Jako problém přijetí se může jevit velmi nízký dů-

chod pana Josefa, který nepokryje měsíční náklady spojené se službami a ubytováním v sociálním zařízení.

V září 2016 opatrovník požádán o podání žádosti o příspěvek na péči, byly mu přeoslány tiskopisy k žádosti. Jako poskytovatel sociální pomoci je po předchozí domluvě uveden prozatím opatrovník (starostka obce), jinak by nemohla být žádost přijata k vyřízení. Dopusud prozatím nebyla žádost vyřízena.

Urgence o umístění do sociálního zařízení pana Josefa probíhá pravidelně každý měsíc ze strany opatrovníka i Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

PŘÍLOHA P VI: KAZUISTIKA č. 6Jméno: **František**Rok narození: **1952**Datum přijetí do PN KM: **10. 08. 2015**Datum dimise: **hospitalizace stále trvá**Diagnóza: **Neurčená demence****Osobní anamnéza:**

Pan František má 64 let, je svobodný, bezdětný. Pochází ze tří dětí, o dva roky starší sestra zemřela na selhání ledvin, o dva roky mladší bratr žije, ale dlouhodobě se nestýkají, neví, kde bydlí, zda je zdravý. Nikdo další z rodiny neudrhuje s panem Josefem kontakt. Nevyučení, pracoval jen příležitostně jako pomocný kuchař, závozník, dělník, dlouhodobě byl nezaměstnaný. Jako záliby a koníčky udává rybaření a houbaření. Za doby hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži byl pan František uznán starobním důchodcem bez nároku na výplatu důchodu – nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro příznání výplaty důchodu. Je zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání Úřadu práce České republiky, pobírá dávky v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí. Dříve kuřák, nyní jen příležitostně, alkohol nepožívá.

Sociální anamnéza:

Pan František žil společně s rodiči v rodinném domku až do jejich smrti. Společně s nimi žila i jeho starší sestra, která byla také svobodná a bezdětná. Po smrti rodičů domek se sestrou prodali, splatili nahromaděné dluhy a odstěhovali se společně do pronájmu. Po smrti sestry přestal pan František platit nájemné za byt, toulal se po celé republice. Byl obyvatelem několika azylových domů pro muže, kde však opakovaně selhával - měl časté konflikty se spolubydlicími pro nedodržování hygienických návyků, pořádku a určených pravidel. Měl dlouhodobě trvalé bydliště na adrese v okresním městě, kde se dlouhá léta nezdržoval. Majitel bytu požádal Městský úřad o změnu adresy trvalého bydliště. Na základě správního řízení bylo panu Josefovi přiděleno trvalé bydliště na adrese Městského úřadu. Již několik předchozích let před hospitalizací byl bezdomovec. S nikým ze širší rodiny neudrhuje jakýkoliv kontakt. Vzhledem ke zhoršujícímu zdravotnímu stavu, byl opakovaně a dlouhodobě hospitalizován v různých nemocnicích, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, psychiatrických léčebnách.

Zdravotní anamnéza:

Pan František byl přijat k léčbě v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži s neurčitou demencí. Celkový projev pasivní, rigidní. Je schopen samostatné chůze, ale hrozí pád pro nepřirozené rigidní držení těla, nutný dohled a občasná dopomoc. Často posedává v křesle, nebo leží na pokoji. Klidný, v kolektivu ostatních spolupacientů nekonfliktní, bez známek auto či heteroagrese. Neorientován místem ani časem. V komunikaci nevýpravný, odpovídá jednoslovně, na odpovědi je nutné se opakovaně dotazovat. Připravenou stravu sám sní, občas jídlo odmítá, nebo jí v malých dávkách, v těchto případech jídlo podáváno druhou osobou. Nutný dohled nad pitným režimem. Hygienu odmítá, nutný dohled i celková pomoc. Inkontinentní, pleny si často svévolně strhává, především použité. Plně adaptovaný na již známé prostředí nemocnice, v teplých měsících rád tráví čas na verandě.

Průběh hospitalizace:

Pan František byl hospitalizován překladem z nemocnice chirurgického oddělení po ošetření po pádu v Léčebně pro dlouhodobě nemocné, odkud pro zlepšení celkového zdravotního stavu po dvou měsících převezen na Městský úřad v místě bydliště k dořešení bytové situace sociálním odborem. Jelikož se pan František cítil psychicky špatně, nebylo ho kam umístit, přijat dne 10. 08. 2015 k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Sociálním šetřením na Městském úřadě v místě trvalého bydliště bylo následně zjištěno, že pan František má ve městě dlouhodobě pouze úřední adresu, potuluje se po republice a spíše využívá zdravotnických služeb, kdy je neustále někde hospitalizován, při dimisi se vrací zpět do města. Vzhledem k pokročilému věku a především zdravotnímu stavu není schopen samostatného bydlení. Sociální pracovnice z Městského úřadu potvrzuje, že nemá blízké příbuzné.

K příjmu se dostavil bez dokladů. Na Městském úřadě v místě narození vyžádána kopie rodného listu, následně požádáno o vystavení nového občanského průkazu.

Na Úřad práce a Úřad práce - hmotná nouze je každý měsíc pravidelně zasíláno potvrzení o trvání hospitalizace.

Na České správě sociálního zabezpečení byla v zastoupení sociální pracovnící Psychiatrické nemocnice v Kroměříži po písemném souhlasu pana Františka podána žádost o starobní důchod. Pro nesplnění podmínek ustanovení § 31 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v znění pozdějších předpisů byla žádost zamítnuta. Pan František nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro přiznání výplaty důchodu. Podle předložení potřeb-

ných dokladů k žádosti o starobní důchod, bude na něj pan František dosahovat až ve věku 67 let a 10 měsíců.

Do rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení v Praze o žádosti o starobní důchod byl evidován jako uchazeč o zaměstnání na Úřadě práce. Stále zůstává evidován na Úřadě práce – dávky hmotná nouze, pobírá příspěvek na živobytí. Vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení a současné výplatě příspěvku na živobytí, požaduje Úřad práce – dávky hmotné nouze potvrzení z České správy sociálního zabezpečení o aktuálním zdravotním stavu, ev. invaliditě. Na Okresní správu sociálního zabezpečení v Kroměříži podána v zastoupení žádost o prozkoumání zdravotního stavu, invalidity. Žádost je doposud v jednání.

Vzhledem ke stávajícímu zdravotnímu stavu byl na doporučení lékaře podán u okresního soudu podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by hájil jeho zájmy. Doposud nebylo ve věci podání žádosti rozhodnuto.

Žádost o umístění do sociálního zařízení nemohla být doposud podána. Nebyl ustanoven opatrovník, který by v zastoupení mohl o tuto službu požádat.

Příspěvek na péči nemohl být podán z důvodu chybějícího poskytovatele sociálních služeb.

PŘÍLOHA P VII: KAZUISTIKA č. 7

Jméno: **Petr**
Rok narození: **1945**
Datum přijetí do PN KM: **23. 06. 2016**
Datum dimise: **hospitalizace stále trvá**
Diagnóza: **Vaskulární demence**

Osobní anamnéza:

Pan Petr je 71 letý muž, rozvedený téměř 40 let. S bývalou manželkou není vůbec v žádném kontaktu. Otec dospělých dětí, dcery a syna, nestýkají se od rozvodu rodičů. Manželka i obě děti se svými rodinami žijí v zahraničí. Pan Petr měl údajně zájem o navázání vztahu s dětmi před pár lety, ale nesetkal se se zájmem z druhé strany, nyní už neví, kde bydlí, nemá na ně žádný kontakt. Za minulého režimu emigroval, více jak 40 let žil v zahraničí, kde také údajně pracoval. Je starobní důchodce, výplatu důchodu z České správy sociálního zabezpečení pobírá vzhledem k nízkému počtu odpracovaných roků na území České republiky v malé výši. Výplatu důchodu ze zahraničí pobírá na účet v jiné zemi, sám si nemůže vybavit, u které banky, příslušné doklady nemá. Sociální pracovník Městského úřadu v místě trvalého bydliště v České republice jedná s ambasadou v zahraničí, prozatím bezvýsledně. Vyučený automechanikem, tím se také celý život, jak v České republice, tak i v zahraničí živil. Kuřák, alkohol požíval příležitostně před hospitalizací. Jako své zájmy uvádí cestování a přírodu. V České republice je bez známých a přátel, bez rodiny.

Sociální anamnéza:

Pan Petr žil dlouhé roky v zahraničí, kam emigroval společně s manželkou a malými dětmi. Záhy se rozvedl a s bývalou rodinou se už nadále nestýkal. Po celý život hodně cestoval, pracoval příležitostně, a jak sám říká „užíval si života“. Na důchod se rozhodl vrátit do České republiky, adresu trvalého bydliště má na Městském úřadě. Jak později potvrzuje sociální kurátor z města, pan Petr přespával na ubytovnách, nebo byl častěji bezdomovec, zvláště v letních měsících. Jelikož se mu v České republice nedařilo, rozhodl se vrátit v roce 2015 zpět do zahraničí. Kde a za jakých sociálních podmínek žil, nelze ověřit. Ze zahraničí byl v květnu 2016 deportován zpět do České republiky. Za nejasných okolností si při pádu způsobil zranění, pro které byl následně hospitalizován v nemocnici. Vzhledem k sociální situaci, nezajištěnému bydlení a konfabulacím ze strany pana Petra byl v červnu 2016 přeložen do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Zdravotní anamnéza:

Panu Petrovi byla diagnostikována vaskulární demence. Na oddělení klidný, nekonfliktní, podrobnivý, často se dožadující odchodu, domnívá se, že odjíždí zpět do zahraničí. Emotivita lehce plošší, náladu má převážně lehce pokleslou. Lucidní, orientován osobou, místem a časem jen velmi hrubě. Deteriorace kognitivních funkcí zjevná, zejména paměť, hlavně všípivost, pozornost, obtížné vyjadřování. Těžká prostorová dezorganizace. Spolupracující v rámci svých možností, vyhýbá se očnímu kontaktu. Samostatně chodící, v doprovodu personálu chodí na vycházky po areálu nemocnice. Nají se sám, pitný režim dodržuje. Nutná celodenní péče, dohled a dopomoc s hygienou, směřování, vysvětlování úkonů a aktivit. Během dne si dojde na toaletu, přes noc inkontinentní.

Průběh hospitalizace:

Pan Petr byl v květnu 2016 měsíc hospitalizován v nemocnici k dořešení pádu za nejasných okolností. Vzhledem ke zdravotnímu stavu, zmatenosti a špatné orientaci místem i časem přeložen dne 23. 06.2016 k dalšímu léčení do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

K příjmu přichází bez dokladů. Na Městském úřadě v místě narození vyžádána kopie rodného listu, po jejím obdržení požádáno na Městském úřadě v Kroměříži o vystavení nového občanského průkazu. Na oddělení je pan Petr zcela bez financí, důchod ze zahraničí pobírá na účet v zahraničí, ztratil doklady k bankovnímu spojení, nezná ani banku. Řešeno přes sociálního kurátora v místě bydliště a ambasádu v zahraničí, prozatím bezvýsledně. Také důchod z České správy sociálního zabezpečení je zasílán na účet v bance v České republice, ani v tomto případě neví, do které banky, nemá příslušné doklady. Zaslána písemná žádost na Českou správu sociálního zabezpečení v Praze o změnu dosílky důchodu, a to na adresu trvalého bydliště, odkud je po vyřízení žádosti každý následující měsíc žádán k doslání do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

K následnému řešení sociální situace po možném propuštění byly u pana Petra podány žádosti o umístění do několika sociálních zařízení. Žádosti byly přijaty celkem do tří zařízení, pan Petr byl zařazen do pořadníku čekatelů na umístění. Urgence umístění je pravidelně prováděna.

Žádost o příspěvek na péči nemohla být podána z důvodu chybějícího poskytovatele sociálních služeb.

Vzhledem k tomu, že změny zdravotního stavu jsou nevratné, byl na základě doporučení ošetřujícího lékaře oddělení u okresního soudu v místě bydliště podán v prosinci 2016

podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by hájil jeho zájmy.
Doposud nebylo ve věci podání žádosti rozhodnuto.

PŘÍLOHA P VIII: KAZUISTIKA č. 8Jméno: **Oldřich**Rok narození: **1940**Datum přijetí do PN KM: **28. 11. 2016**Datum dimise: **27. 02. 2017**Diagnóza: **Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem****Osobní anamnéza:**

Panu Oldřichovi je 76 let, je dlouhé roky rozvedený, jak dlouho, si už nevzpomíná. Má tři děti, dvě dcery a syna, nemá o nich žádné zprávy, neví, kde bydlí, nestýkají se od jejich dětství, co pan Oldřich odešel od rodiny. Ani v pozdějších letech nezkoušel s dětmi navázat kontakt, ony samy ho také nevyhledaly. Měl dva starší bratry, kteří už zemřeli. Je vyučený rybář, a také jako rybář byl celý život zaměstnán. Jeho práce mu byla koníčkem, má blízko k přírodě, ke zvířatům. Nyní je starobní důchodce. V mladších letech kouřil, zcela s tím přestal po zápalu plic asi před 10 lety. Alkohol požívá příležitostně.

Sociální anamnéza:

Pan Oldřich vyrůstal společně s rodiči a staršími bratry v rodinném domku na vesnici. Dětství hodnotí jako spokojené, harmonické. Ženíl se ještě v době výkonu základní vojenské služby, děti přišly rychle za sebou, žili společně s manželkou v pronajatém bytě. Manželství hodnotí jako průměrné, ne příliš spokojené. Rozvedeni byli na žádost manželky v roce 1983 „*už ani neví proč*“. Dlouhodobě se nestýká ani s ní, ani s dětmi. Další život žil na ubytovnách, nebo v pronájmech, „*kde se dalo*“, pevný partnerský vztah už nenavázal. Celý život pracoval. Kde žil bezprostředně před hospitalizací přesně neví, pokaždé sdělí jiný údaj, či jméno „někoho známého“, bez bližších kontaktů k ověření. Nikdo pana Oldřicha nepostrádá, neprojevuje o něj zájem po celou dobu hospitalizace. Dle sociálního šetření bylo zjištěno, že trvalou adresu bydliště má pan Oldřich na Městském úřadě, nelze však dohledat, kde naposledy bydlel. Jeho bývalá manželka je umístěna v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza:

Pan Oldřich byl přijat z interního oddělení nemocnice, kde byl hospitalizován po nalezení hlídkou Městské policie v parku ve špatném zdravotním stavu, podchlazený, dehydratovaný. Osobnost simplexní, casus socialis, nesoběstačný, poruchy paměti, kdy neví, kde bydlí, nemá klíče a neví, kam se má vrátit. Myšlení chudší, těžkopádné, vážne především ukládání a vybavnost novějších informací, částečný náhled, ale celkově je bezradný.

Orientovaný osobou správně, místem a časem vůbec, zpomalené tempo, chudší spontaneita. Při kontaktu slušné vystupování, společenský, podrobný, snaží se v rámci svých možností o spolupráci. Obtížněji chodí, přesto ještě stále je schopen samostatné chůze bez opory, raději sedí přes den v křesle, nebo polehává na pokoji. Nutná celodenní ošetrovatelská péče, dopomoc při oblékání, hygieně. Nají se sám, nutný dohled nad pitným režimem. Přes noc inkontinentní, má pleny. Na oddělení se velmi dobře adaptoval, v kolektivu ostatních spolupacientů klidný, nekonfliktní, do dění na oddělení se nezapojuje, je spíše pasovní až zjevná odevzdanost.

Průběh hospitalizace:

Pan Oldřich byl přijat k první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži z interního oddělení nemocnice. Při příjmu si nevybavuje své předchozí bydliště, je bez osobních věcí i financí, nejsou o něm známy bližší údaje. Z dokladů má u sebe pouze neplatný občanský průkaz. K objasnění bližší sociální situace požádán Městský úřad v místě trvalého bydliště o sociální šetření, kterým bylo zjištěno, že o panu Oldřichovi nelze dohledat informace, přestože žije pravděpodobně na ulici, nemají o jeho situaci žádný záznam. Trvalé bydliště má nyní na adrese Městského úřadu. Na Městském úřadu v místě bydliště vyžádána kopie rodného listu, následně podána žádost na městském úřadě v Kroměříži o vyřízení nového občanského průkazu. Na Všeobecné zdravotní pojišťovně v Kroměříži ověřeno, že pan Oldřich je jejich pojištěncem, vyžádána kopie průkazu pojištěnce.

Přes Českou správu sociálního zabezpečení v Praze ověřen status starobního důchodce a termín a místo výplaty důchodu. Starobní důchod je v dostatečné výši k pokrytí nákladů za pobyt v sociálních službách, i přesto, že dochází každý měsíc k exekčním srážkám. Každý měsíc je důchod v den splatnosti byl vyžádán k doslání do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a uložen na depozitní účet pana Oldřicha.

Na sociálních službách v místě trvalého bydliště ověřeno, že pan Oldřich má už od roku 2008 podanou žádost o umístění do sociálního zařízení, opakovaně nástup již odmítl, naposledy před 2 roky. Zasláno aktuální lékařské vyjádření se žádostí o zařazení pana Oldřicha do aktuálního pořadníku čekatelů na umístění. Žádost o umístění do sociálního zařízení následně pravidelně urgována k vyřízení.

Vzhledem ke skutečnosti, že změny zdravotního stavu u pana Oldřicha jsou již nevratné, byl na základě doporučení ošetřujícího lékaře oddělení u okresního soudu v místě bydliště podán v prosinci 2016 podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který

by hájil jeho zájmy. Do dimise nebylo ve věci podání tohoto podnětu rozhodnuto, okresní soud byl informován o termínu a místu dimise.

Příspěvek na péči nemohl být podán za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení z důvodu chybějícího poskytovatele sociálních služeb.

Dne 27. 02. 2017 byl pak Oldřich vzhledem ke své sociální situaci přednostně přijat do Domova pro seniory se zvláštním režimem v místě trvalého bydliště.

PŘÍLOHA P IX: KAZUISTIKA č. 9

Jméno: **Antonín**
Rok narození: **1943**
Datum přijetí do PN KM: **08. 12. 2015**
Datum dimise: **30. 01. 2017**

Diagnóza: **Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence**

Osobní anamnéza:

Pan Antonín má 73 let, je svobodný, bezdětný. Další validní informace nelze pro nemoc od pana Antonína získat. Dle sdělení jeho neteře měl tři bratry a jednu sestru. Žije už jen jeden bratr, ostatní sourozenci zemřeli. Bratr se s ním dlouhodobě nestýká, jak i uvedl po kontaktování ze strany sociální pracovnice PN KM nechce mít s bratrem nic společného. Za života se s ním stýkala a v rámci možností mu vypomáhala pouze sestra, matka neteře. Ta sděluje, že se o strýce postarat nemůže, v péči má svého otce, vychovává tři malé děti, mají malý byt. Pan Antonín není vyučen, má dokončenou pouze základní povinnou školní docházku. Pracoval na více místech, převážně jako dělník. Nyní je starobní důchodce a nízkou výplatou důchodu. Dříve měl záliby v motorkách, autech, byl myslivec. V mládí hodně sportoval a hrál na kytaru. Nekuřák, s nadměrným požíváním alkoholu měl v mládí potíže, ke stáří již abstinovat.

Sociální anamnéza:

Pan Antonín žil sám v rodinném domku po svých rodičích na okraji města. S nikým se nestýkal, byl ve stáří spíše samotář. Dokud žila jeho sestra, hodně mu v domácnosti vypomáhala, občas přijela navařit, uklidit a vyprat prádlo. V době, kdy už byla sama nemocná a pomoc bratrovi nezvládala, požádala pana Antonínovi o příspěvek na péči. Zajistila mu také pečovatelskou službu, která k němu docházela napřed jen občas, později, jak se zdravotní stav zhoršoval, až několikrát denně. Pana Antonína smrt sestry před třemi roky velmi zasáhla, byli si hodně blízcí. Jeho zdravotní stav se začal výrazně zhoršovat, odmítal hygienu, léky, jedl pouze pod dozorem další osoby. Při sociálním šetření za hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži pracovnice z pečovatelské služby, referuje, že pečovatelky k němu domů docházely dvakrát až třikrát denně, ráno chystaly snídani, léky, dohlédly nad stravou. V poledne dovezly oběd, opět dohled nad stravou, podání léků. Večeři a večerní léky již musel brát sám, aby na to nezapomněl, pracovnice mu telefonovaly. Přesto se často stávalo, že ráno zjistily, že si nachystané léky či jídlo nevzal. Pár měsíců před hospitalizací v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži se jeho celkový stav zhoršil nato-

lik, že si pan Antonín denně volal sanitku nebo rychlou záchrannou pomoc, kdy sděloval, jak moc je nemocný, pokaždé s něčím jiným. Byl opakovaně hospitalizován v nemocnici na různých vyšetřeních, také v Léčebně pro dlouhodobě nemocné, kde po dvou dnech popěpsal revers a šel domů. Následný den opět volal rychlou záchrannou pomoc pro své zdravotní problémy. Pečovatelky se domnívají, že nadále není schopen samostatného bydlení, není schopen se o sebe postarat. Pečovatelská služba na zajištění další adekvátní péče již nestačí, je nutná celodenní péče a dohled. Ze strany pracovníků pečovatelské služby bylo opakovaně urgováno umístění pana Antonína do sociálního zařízení v místě bydliště, nebylo však volné místo.

Zdravotní anamnéza:

Pan Antonín byl přijat s obrazem pokročilé demence, při vstupním vyšetření byla diagnostikována Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence. Při přijetí lucidní, orientuje se pouze částečně osobou. Neví, kolik je mu let. Neorientuje se v dalších náležitostech, situaci nepostihuje. Má hrubé potíže s pamětí, vizuoprostorové funkce a abstraktní myšlení je narušené. Při komunikaci odpovídá s latencí, chudá slovní zásoba, většinou neví, nebo konfabuluje, tichým hlasem. Je převážně klidný, pokud se po něm nežádají úkony, které nepreferuje, např. zajištění hygieny, či přeměny plen. To se chování stupňuje až do verbální i brachiální agresivity. Psychomotorické tempo zpomalené, emotivita vyhaslá. Hluboký mnestický a kognitivní defekt. Chodí obtížně, převážně už jen za pomoci chodítka, většinu dne prosedí v křesle ve společenské místnosti. Nepostihuje příliš okolní dění, nezapojuje se. Jídlo mu je podáváno druhou osobou, často stravu odmítá, následně je mu jídlo podáváno v malých dávkách vícekrát denně. Dohled nad pitným režimem. Plně inkontinentní. Nutná celodenní péče, dohled a dopomoc ve všech úkonech a potřebách.

Průběh hospitalizace:

Pan Antonín byl přijat na doporučení lékaře rychlé záchranné pomoci. Dle přítomných pečovatelek celý den doma podřimuje, bývá negativistický, odmítá péči při hygieně, nevhodně manipuluje se stolicí, močí po pokoji. Opakovaně je verbálně i brachiálně agresivní vůči pečovatelkám, vícekrát bezdůvodně jednu z nich napadl. Při přijetí byl již klidný.

Starobní důchod je pravidelně žádán každý měsíc k přeoslání na depozita Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, je také hrazeno inkaso v místě bydliště.

Vzhledem k tomu, že změny zdravotního stavu jsou u pana Antonína již nevrátelné, byl na základě doporučení ošetřujícího lékaře oddělení u okresního soudu v místě trvalého bydliště

tě podán krátce po přijetí v prosinci 2015 podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by hájil jeho zájmy.

Na Úřadě práce - příspěvek na péči byl nahlášen termín přijetí klienta do zdravotnického zařízení. Protože pan Antonín byl držitelem řidičského průkazu a zbrojního pasu, bylo na Městský úřad v místě bydliště, odbor dopravy a správních agend zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel. Praktickému lékaři v místě bydliště bylo zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují nebo omezují držení nebo nošení zbraně.

Pan Antonín měl před hospitalizací podanou jednu žádost do sociálního zařízení v místě bydliště, dlouhodobě tam však nebylo místo. Stávající žádost po přijetí k léčbě do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži aktualizována, pravidelně urgována. Podány další čtyři žádosti do jiných sociálních zařízení, ve všech bylo žádosti vyhověno, pan Antonín byl zařazen do pořadníku čekatelů na umístění do domova se zvláštním režimem. Jeho výše důchodu je však nízká, současně je z jeho výše prováděna platba na exekuci.

V lednu 2017 je pan Antonín na základě pravomocného usnesení okresního soudu v místě bydliště omezen ve svéprávnosti a to tak, že není schopen právního jednání v žádných záležitostech, s výjimkou běžných záležitostí každodenního života. Není schopen vykonávat aktivní a pasivní právo. Jelikož se nenašel žádný příbuzný, který by dobrovolně vykonával funkci opatrovníka, bylo opatrovníkem ustanoveno město trvalého bydliště pana Antonína.

PŘÍLOHA P X: KAZUISTIKA č. 10

Jméno: **Václav**
Rok narození: **1954**
Datum přijetí do PN KM: **26. 05. 2014**
Datum dimise: **hospitalizace stále trvá**
Diagnóza: **vaskulární demence**

Osobní anamnéza:

Pan Václav je 62 letý muž, rozvedený, 1 syn, který dlouhodobě žije v zahraničí. S otcem neudrží kontakt už od dětství syna, jakmile otec odešel od rodiny. Pan Václav měl starší sestru, která zemřela při autonehodě a mladšího bratra, který spáchal sebevraždu v mladém věku. Z další rodiny se s panem Václavem nikdo nestýká, neudrží se rodinné vztahy. Je nevyučený, pouze základní povinná školní docházka. Živil se příležitostnou prací, jak bylo kde potřeba, neuzavíral pracovní poměr. Dlouhé roky žije po ubytovnách, azylových domech pro muže, byl zařazen v evidenci uchazečů o zaměstnání na Úřadě práce. V průběhu života příjemce různých dávek sociálního zabezpečení, v současné době pobírá hmotnou nouzi - příspěvek na živobytí. Má priznanou invaliditu III. stupně bez nároku na výplatu důchodu. Svě záliby a koníčky z dřívější doby nedovede specifikovat. Silný kuřák, alkohol – dříve si rád dal denně pivo, nyní abstinuje.

Sociální anamnéza:

Pan Václav byl po pádu z kola hospitalizován v nemocnici s otřesem mozku a dalšími zdravotními komplikacemi. Při léčbě odmítavý, zmatený, agresivní k personálu, orientován pouze osobou, místem a časem jen občas, neschopný zvládat režim běžného oddělení. Blíže informace při příjmu o něm nebyly známy. Následním sociálním šetřením v místě trvalého bydliště bylo zjištěno, že před úrazem byl obyvatelem azylového domu pro muže, kde při dodatečném ověřování sociální situace poukazováno na jeho dlouhodobé problémy se spolubydlícími, zajištěním pravidelné hygieny, udržováním pořádku, dodržováním daných pravidel a režimu domu. Pracovníky azylového domu bylo sděleno, že již není vhodný k dalšímu bydlení v jejich zařízení. Vzhledem ke zdravotním problémům, zhoršené schopnosti sebeobsluhy a samostatného bydlení a také ke skutečnosti, že nebylo pana Václava kam zpět propustit, byl následně přijat do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Pan Václav má jednoho syna, který žije léta v zahraničí, s otcem se od dětství nestýká, pan Václav nemá na něj žádný kontakt. Rodiče i sourozenci již zemřeli, širší příbuzenstvo

nebylo možné dohledat, s panem Václavem se nikdo z rodiny nestýkal. Bližší informace o situaci před hospitalizací se nepodařilo více objektivně ověřit.

Zdravotní anamnéza:

Pan Václav byl přijat s diagnózou vaskulární demence. Při přijetí dezorientovaný, nepostihuje místo ani čas, je pouze orientován správně osobou. Zpočátku nespolupracující, odmítavý k léčbě i jakékoliv aktivitě či činnosti spojené s jeho osobou. Po adaptační fázi a úpravě medikace již zklidněný, více spolupracující, přesto dále celkově pasivní, rigidní. Psychomotorické tempo zpomalené, emotivita vyhaslá. Při komunikaci málomluvný, nevypravný. Plně chodící, pochází často po oddělení, nebo verandě, často chce odcházet mimo zařízení, s odůvodněním, že si musí zařídit různé záležitosti. Připravenou stravu sním sám, má rád sladkosti, které jsou mu z kapesného dokupovány. Nutný dohled nad pitným režimem. Hygienu odmítá. Nutný dohled a dopomoc nad veškerými sebeobslužnými činnostmi. Inkontinentní pouze přes noc, pleny odmítá, sundává si je. Opakovaně se v noci vysvléká a zpětně obléká.

Průběh hospitalizace:

Pan Václav byl přijat po krátké hospitalizaci v nemocnici pro nespolečnost, zhoršení psychického stavu, zmatenost, dezorientaci. Sociálním šetřením v místě bydliště byly ověřeny již uvedené údaje. S vedoucím azylového domu řešena otázka převzetí zbylých osobních věcí a nevelké finanční hotovosti pana Václava v azylovém domě. Po sepsané písemné žádosti s podpisem pana Václava, bylo vše doručeno do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Jelikož pan Václav přišel bez občanského průkazu, který nebyl zpětně dohledán ani v azylovém domě, byla na Městském úřadu v místě bydliště vyžádána kopie rodného listu, následně podána žádost na Městském úřadě v Kroměříži o vyřízení nového občanského průkazu, kde byl po vyřízení žádosti i převzat.

Na Úřad práce a Úřad práce hmotná nouze pravidelně zasíláno potvrzení o trvání hospitalizace. Pan Václav byl držitelem řidičského průkazu, přestože auto nevlastnil. Na Městský úřad v místě bydliště, odbor dopravy a správních agend bylo zasláno oznámení o zjištění nemoci, která vylučují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel.

Na České správě sociálního zabezpečení v Praze byl písemně vyžádán informativní list důchodového pojištění. Na Úřadě práce bylo vyžádáno písemné potvrzení o zařazení v evidenci uchazečů o zaměstnání pana Václava. Ostatní potřebné doklady k vyřízení žádosti o invalidní důchod se nepodařilo zajistit. Na České správě sociálního zabezpečení

v Kroměříži byla v zastoupení sociální pracovnící Psychiatrické nemocnice v Kroměříži po písemném souhlasu pana Václava podána žádost o invalidní důchod. Po vyřízení všech náležitostí uznán invalidním III. stupně, bez nároku na výplatu důchodu – pan Václav nemá odpracovanou potřebnou dobu pojištění pro přiznání nároku na výplatu důchodu. Na základě uznání invalidity vyřazen z evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadě práce. Stále zůstává evidován na Úřadě práce – hmotná nouze, odkud pobírá příspěvek na živobytí.

Od Všeobecné zdravotní pojišťovny obdržel pan Václav opakovanou upomínku o dlužné částce na pojistném ve výši 2.525,-Kč, a vyměřené penále ve výši 6.228,- Kč. Po následné domluvě se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou byla uhrazena dlužná částka z našetřených financí na depozitech v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a zaslána písemná žádost o prominutí penále ze zdravotních důvodů pana Václava, které bylo ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny vyhověno.

Vzhledem ke zhoršujícímu zdravotnímu stavu pana Václava, neschopnosti dalšího samotného bydlení a nutné celodenní ošetrovatelské péče byly podány žádosti do několika sociálních zařízení. Ve většině zařízení byla žádost kladně přijata, pan Václav je zařazen do pořadníku čekatelů na umístění. Vzhledem ke skutečnosti, že pan Václav pobírá pouze příspěvek na živobytí a nemá dostatečnou výplatu důchodu na pokrytí poskytovaných služeb v sociálním zařízení, nemá ani vyřízen příspěvek na živobytí, je možnost jeho následného umístění do sociálního zařízení velmi malá.

Žádost o příspěvek na péči nemohl být podán za doby hospitalizace ve zdravotnickém zařízení z důvodu chybějícího poskytovatele sociálních služeb.

Vzhledem ke stávajícímu zdravotnímu stavu byl na doporučení lékaře podán u okresního soudu podnět k prozkoumání svéprávnosti a ustanovení opatrovníka, který by hájil jeho zájmy. Doposud nebylo ve věci podání žádosti rozhodnuto.

PŘÍLOHA P XI: Tabulka pro důchodový věk

Rok narození	Muž	Žena bez dětí	Žena 1 dítě	Žena 2 děti
1950	62+6	61	59+8	58+4
1951	62+8	61+4	60	58+8
1952	62+10	61+8	60+4	59
1953	63	62	60+8	59+4
1954	63+2	62+4	61	59+8
1955	63+4	62+8	61+4	60
1956	63+6	63+2	61+8	60+4
1957	63+8	63+8	62+2	60+8
1958	63+10	63+10	62+8	61+2
1959	64	64	63+2	61+8
1960	64+2	64+2	63+8	62+2
1961	64+4	64+4	64+2	62+8
1962	64+6	64+6	64+6	63+2
1963	64+8	64+8	64+8	63+8
1964	64+10	64+10	64+10	64+2
1965	65	65	65	64+8
1966	65+2	65+2	65+2	65+2
1967	65+4	65+4	65+4	65+4
1968	65+6	65+6	65+6	65+6
1969	65+8	65+8	65+8	65+8
1970	65+10	65+10	65+10	65+10
1971	66	66	66	66
1972	66+2	66+2	66+2	66+2
1973	66+4	66+4	66+4	66+4
1974	66+6	66+6	66+6	66+6
1975	66+8	66+8	66+8	66+8
1976	66+10	66+10	66+10	66+10
1977	67	67	67	67

Ke každému následujícímu ročníku narození se v tabulce odchodu věku do důchodu připočítává + 2 měsíce.

PŘÍLOHA P XI: Desatero komunikace s nemocnými se syndromem demence

1. Při komunikaci s nemocnými s demencí omezujeme rozptylující a rušivé vlivy prostředí.
2. Nemocného povzbuzujeme vlídnou mluvou a zájmem, snažíme se o klidné chování a pozitivní výraz.
3. Máme snahu mluvit zřetelně, srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. Při rozhovoru máme snahu se vyhnout odborným tématům, žargonu, frázím a ironicky míněné protimluvě.
5. Při rozhovoru aktivně navazujeme a následně udržujeme oční kontakt, přičemž průběžně ověřujeme, zda nemocný našim informacím správně rozumí.
6. Využíváme prvky nonverbální komunikace, dotek, mimiku, tyto projevy sledujeme, a umožňujeme i u pacienta.
7. Při odchodu dáme jasně najevo, že odcházíme, a důrazně zopakujeme, zda je to jen na chvíli, nebo přijdeme později.
8. Nemocného v komunikaci nikdy nepodceňujeme, neomezujeme, ale máme snahu přizpůsobit se jeho schopnostem.
9. Důstojnost nemocných se syndromem demence aktivně chráníme
10. Při komunikaci posilujeme orientaci nemocného osobou, časem a místem. Oslovujeme ho vždy důstojně jeho jménem, nebo jak si sám přeje.