

**Univerzita Karlova**  
**Pedagogická fakulta**  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Aktivizační činnosti určené osobám s Alzheimerovou nemocí  
v domácí a institucionální péči

Kristýna Kňavová

Vedoucí práce : PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D

Studijní program : Speciální pedagogika

Studijní obor : Speciální pedagogika

2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Aktivizační činnosti určené osobám s Alzheimerovou nemocí v domácí a institucionální péči vypracovala pod vedením vedoucího práce za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

duben 2021, Praha

.....  
podpis

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Felcmanové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování této práce.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zaměřuje na aktivizační činnosti, které jsou realizovány u osob s Alzheimerovou nemocí v domácí a institucionální péči. Teoretická část se zaměřuje na definování klíčových pojmů – demence, Alzheimerova nemoc, seniorský věk, ústavní a domácí péče o osoby s Alzheimerovou nemocí. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, který obsahuje popis a dostupnost aktivizačních činností klientů Domova se zvláštním režimem a osoby s Alzheimerovou nemocí v domácí péči na Karlovarsku, pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky institucionálního zařízení a rodinou seniorů v domácí péči.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

demence, Alzheimerova nemoc, ústavní péče, domácí péče

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis focuses on activation activities that are implemented in people with Alzheimer's disease in home and institutional care. The theoretical part focuses on defining key terms – dementia, Alzheimer's disease, senior age, institutional and home care for people with Alzheimer's disease. The practical part is based on qualitative research which contains a description availability of activation activities of clients of the Home with a special régime and people with Alzheimer's disease in home care in Karlovy Vary, through a semi-structured interview with institutional staff and families of seniors in home care.

## **KEYWORDS**

dementia, Alzheimer's disease, institutional care, home care

## Obsah

1 Úvod .....	8
2 Teoretická část .....	9
2.1 Stáří a stárnutí .....	9
2.2 Demence .....	11
2.2.1 Definice .....	11
2.2.2 Symptomy demence .....	11
2.2.3 Dělení demence .....	14
2.2.4 Diagnostika demence .....	16
2.3 Alzheimerova nemoc.....	20
2.3.1 Historie .....	20
2.3.2 Definice, průběh a příznaky Alzheimerovy nemoci.....	20
2.3.3 Diagnostika.....	22
2.3.4 Rizikové faktory .....	25
2.3.5 Terapie a léčba .....	26
2.3.6 Česká alzheimerovská společnost.....	31
2.4 Domácí péče u osob s Alzheimerovou nemocí .....	34
2.4.1 Komunikace u osob s demencí.....	34
2.4.2 Pomoc pečujícím .....	35
2.4.3 Aktivizační činnosti v domácím prostředí .....	37
2.4.4 Rodina nemocného s Alzheimerovou nemocí .....	39
2.5 Institucionální péče u osob s Alzheimerovou nemocí.....	42
2.5.1 Současné poskytování sociálních služeb pro seniory.....	42
2.5.2 Domov se zvláštním režimem .....	43
2.5.3 Aktivizace seniorů v institucionálním zařízení .....	44
3 Praktická část .....	46
3.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky .....	46
3.2 Metodika výzkumu.....	46
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku .....	46
3.3.1 Charakteristika vybraného zařízení.....	46
3.4 Shrnutí rozhovorů s pracovníky v institucionálním zařízení .....	47
3.5 Přepis rozhovorů s respondenty v domácím prostředí.....	49

3.6 Interpretace získaných dat.....	56
4 Závěr.....	59
Seznam literatury.....	60
Přílohy .....	62

# 1 Úvod

V dnešní době je velmi diskutované téma věk a snaha o jeho prodlužování. Neodmyslitelnou částí lidského života je stáří, které s sebou přináší řadu problémů. Pokud hovoříme o stáří, mohou se nám vybavovat příjemné, ale také negativní myšlenky. V tomto období je člověk moudřejší a zkušenější, ale také mu toto období přináší řadu nástrah a potíží. Největšími potížemi mohou být různá onemocnění. Ve společnosti se pojem stáří může rovnat pojmu nemoci, avšak není tomu tak.

Jedním z častých onemocnění seniorského věku je demence, konkrétněji její nejčastější druh, a to Alzheimerova nemoc. Alzheimerova nemoc, nejen, že ovlivňuje svého nositele, ale také jeho okolí. Tato nemoc se nejčastěji projevuje v oblasti myšlení a paměti. Zaznamenáváme čím dál tím větší nárůst tohoto onemocnění, a proto je důležité se věnovat tématům spojeným s Alzheimerovou nemocí. Je důležité, aby se veřejnost soustředila na oblast prevence a možné léčby nemoci. Pozornost by měla být věnována preventivním programům, terapiím a možnostem rozvoje paměti a myšlení u seniorů. Dnes máme možnost využít celou škálu terapií a aktivizačních činností, které přispívají k rozvoji seniora v mnoha oblastech. Otázkou je, zda se těchto podpůrných činností dostatečně využívá v praxi.

Seniori s Alzheimerovou chorobou mohou být umístěni do speciálních zařízení, kde by o ně mělo být odborně postaráno a měly by jim zde být zajištěny takové aktivizační činnosti, které přispívají k jejich stimulaci v oblasti myšlení a paměti. Někteří seniori ale zůstávají v domácím prostředí, kde se o ně starají jejich nejbližší. Otázkou je, zda je seniorům poskytována stejně kvalitní péče a dostatek aktivizačních činností - jako v ústavním zařízení. Proto se objektem mého zájmu stal senior s Alzheimerovou chorobou v domácí a institucionální péči. Ráda bych se zaměřila na zmapování aktivizačních činností provozovaných v domácím prostředí a v ústavním zařízení. Hlavním cílem je popsat aktivity, které jsou realizovány v domácím a institucionálním prostředí, a zda klienti Domova se zvláštním režimem mají větší možnosti využití aktivizačních činností oproti seniorům žijícím v domácí péči.

Svou práci dělím na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se bude věnovat definici klíčových pojmů: stáří, demence, Alzheimerova nemoc, domácí péče a institucionální péče. Praktická část se věnuje popisu a dostupnosti aktivizačních činností u seniorů v domácím prostředí a v ústavní péči na Karlovarsku. Cílem je zjistit, jaké možnosti aktivizačních činností mají klienti v ústavní péči a jaké jsou dostupné seniorům v domácí péči. Využiji k tomu kvalitativní výzkumnou metodu, prováděnou formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky institucionálního zařízení a rozhovoru se třemi rodinami seniorů žijících doma.



## 2 Teoretická část

### 2.1 Stáří a stárnutí

Stáří je jasně vymezeno věkovou hranicí. „Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z 15letých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení“ (Malíková, 2020, s. 14) :

- 30-44 let dospělost
- 45-59 let střední věk (nebo také zralý věk)
- 60-74 let senescence (počínající, časné stáří)
- 75-89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

Neexistuje obecně přijímaná definice stáří. Stáří můžeme posuzovat podle různých kritérií, a to například podle věku, fyzického stavu, ztráty duševní svěžesti, ztráty autonomie, neschopnosti přizpůsobit se změnám, nástupu do penze, nástupu obtíží s řešením běžných problémů či narozením vnoučete. Pocit, že je člověk starý, je však subjektivní záležitostí každého jedince.

Přesto se někteří autoři pokusili stáří definovat. „Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka.“ (Bartko, 1984, s. 372, in Jarošová, 2006, s. 9, in Malíková, 2020, s. 15) Dle Mühlpachra (2004, in Malíková, 2020) se nejedná o nemoc, ale podobně jako nemoc je stáří spojeno se zvýšeným výskytem různých zdravotních potíží, kde hlavním nebezpečím je smrt a ztráta samostatnosti - spojená se ztrátou soběstačnosti.

Obor, který se zabývá stářím a stárnutím se nazývá gerontologie. Nemocemi doprovázejícími stáří se zabývá geriatric.

Stáří s sebou přináší také řadu změn, především změny tělesné, psychické a sociální. Mezi tělesné změny můžeme radit změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změny v trávicím systému, změny vylučování moči a změny sexuální aktivity. Psychické změny se projevují ve zhoršení paměti, obtížném osvojování nového, nedůvěřivosti, snížené sebedůvěře, sugestibilitě, emoční labilitě, změnách vnímání nebo zhoršení úsudku. Sociální změnou myslíme odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztrátu blízkých lidí ve svém okolí a z toho vyplývající osamělost a finanční obtíže. (Venglářová, 2007, in Malíková, 2020) Reakce na tyto změny mohou být různé. Dle Malíkové (2020) jsou reakce ovlivněny především

osobností člověka, jeho zkušenostmi, výchovou a velký vliv přisuzuje také vzdělání a prostředí, ve kterém jedinec žije. (Malíková, 2020)

Podle Haškovcové (1990) můžeme reakce na stáří rozdělit do pěti oblastí (Haškovcová, 1990, in Malíková, 2020) :

- **Konstruktivní přístup** – Nastává v ideálním případě. Jedinec proces stárnutí přijímá a snaží se udržet si svou soběstačnost a tělesnou i psychickou kondici. Oplývá také v převažující míře dobrou náladou a radostí ze života.
- **Strategie závislosti** – Jedinec je závislý na svém okolí. Spoléhá na pomoc rodiny. Často k tomu využívá manipulativní chování, poukazuje na svůj špatný zdravotní stav.
- **Obranná strategie** – Jedinec popírá stáří a nepřiznává žádné potíže s ním spojené. To se může projevit například odkládáním odchodu do penze či trváním na své soběstačnosti. Mohou ji uplatňovat například lidé pracující ve vysokých funkcích, kteří jsou zvyklí starat se o sebe, ale také o své blízké.
- **Strategie nepřátelství** – Jedinec svou situaci nepřijímá, cítí se být ublížený, plný zloby a křivdy. To se projevuje v interakci s pečující osobou, kdy senior svou zlobu projevuje vůči ní.
- **Strategie sebenávisti** – Senior má velmi negativní vztah vůči sobě samému, což se může projevit až sebenávistí. Jedinec se může ohlížet zpět za svým životem, který nebyl příliš úspěšný.

Malíková (2020) dále uvádí, že chování u každého ze seniorů může být odlišné a nemusí odpovídat pouze jednomu typu uvedených strategií.

Proces stárnutí můžeme definovat například dle Topinkové a Neuwirtha (1995) takto : „*Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická.*“ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13, in Malíková, 2020, s. 15)

Stárnutí lidské populace je nevyhnutelné a probíhá napříč celým světem. Nejvíce seniorů do roku 2020 se nachází například v Japonsku, Řecku a Švýcarsku, Severní Americe, východní Asii, Latinské Americe a jižní Asii. Můžeme to přisuzovat například klesající porodnosti, prodlužování věku v důsledku lepší zdravotní péče, snižování chudoby či zachraňování lidských životů díky pokročilé medicíně. Tento trend stárnutí společnosti pokračuje také u nás v České republice. Je předpoklad, že seniorů u nás bude stále přibývat, což předkládá otázky ohledně péče o tyto osoby. Proto je nutné se těmito otázkami zabývat. (Malíková, 2020)

## 2.2 Demence

### 2.2.1 Definice

Pojem demence pochází z latinského slova, které se dělí na „de“, tedy odstranit a „mens“, což značí mysl. Slovo demence můžeme také přeložit jako „bez mysli“.  
(Buijssen, 2006)

Pidrman ve své publikaci uvádí, že *„demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené“* (Pidrman, 2007, s. 9) Tyto narušené funkce jsou spojeny také s horší kontrolou emocí, sociálního chování či motivace. (Pidrman, 2007)

Definice WHO v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revizi uvádí, že *„demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí nebývá porušeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace“* (WHO in Červenka, 2008, s. 10, in Matoušová, 2011, s. 13)

V dnešní době dochází k prodlužování střední délky života, kdy v roce 2002 činila střední délka života u žen 78,7 roku a u mužů 72,1 roku. Nyní se střední délka stále prodlužuje a v naší společnosti přibývá čím dál více seniorů. S tím se pojí také nárůst různých onemocnění doprovázejících seniorský věk. Objevují se například různá chronická a degenerativní onemocnění. Jedním z nich je také demence, která se v populaci objevuje mnohem častěji než dříve. Problematická jsou kombinovaná postižení, kde se nemoci násobí a mohou se také navzájem maskovat. Zde se také projevuje špatná diferenciální diagnostika určitých onemocnění. Týká se to především nemocí, jako jsou deprese a demence. Problematika demence se v současnosti dotýká mnohem více zemí než dříve. (Pidrman, 2007)

Demence postihuje v ČR více než 156 000 občanů, přitom léčena je méně než čtvrtina. (Alzheimer 2015)

### 2.2.2 Symptomy demence

Demence působí na kognitivní funkce a život pacienta. Můžeme si všimnout příznaků, spočívajících v narušení kognitivních funkcí, narušení denního života jedince

a poruchách chování, kdy za nejzávažnější oblast se považuje narušení kognitivních funkcí. Ztráta či úbytek kognitivních funkcí jsou pro demenci charakteristické. K těmto oblastem konkrétně řadíme poruchy intelektu, paměti, orientace, abstraktního myšlení, chápání, pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí, emotivity, chování, ztráta soběstačnosti a poruchy osobnosti. Důsledkem demence je také ztráta soběstačnosti. (Pidrman, 2007)

Obecně lze popsat tři oblasti symptomů :

- **Postižení kognitivních funkcí** – Většina demencí začíná poruchami paměti, některé mohou začínat také poruchami chování. Demence se také projevují poruchami exekutivních funkcí, což se u jedinců projevuje neschopností provést složitější úkony.
- **Postižení aktivit denního života** – Tato oblast zahrnuje celou škálu aktivit, které jsou jedincem provozovány během dne. Například to mohou být aktivity spojené s péčí o sebe sama nebo aktivity spojené s hospodařením s penězi. Zpočátku se problematika ukazuje na složitějších úkonech, postupně však přichází úpadek i u dobře známých aktivit (oblékání, svlékání, stravování apod.). U těžkých stádií demence může docházet k úniku moči i stolice, v tomto případě jsou jedinci odkázáni na pomoc druhých.
- **Behaviorální a psychologické příznaky demence** – Poruchy v chování se mohou projevovat již od počátečních fází demence, rozvíjejí se však až v pozdějších fázích. Mohou probíhat různé stavy neklidu, který může vést až k agresivitě. Stavy neklidu se projevují například napadáním blízkých či personálu, útěky z domova, nadáváním a ničením věcí. Také se mohou projevit neagresivní formou, například svlékáním se či přenášením věcí. Časté jsou halucinace a bludné představy, kdy jedinec může vidět například lidi vystupující z televize. Objevují se také afekty pláče a smutku, nespavost či nadměrná spavost. (Jiráková a kolektiv, 2009)

### Příznaky demence

<p><b>Kognitivní poruchy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poruchy paměti a učení, orientace, úsudku a myšlení</li> <li>- poruchy exekutivních funkcí</li> <li>- poruchy korových (symbolických) funkcí (afázie – porucha rozumění mluvené řeči, apraxie – neschopnost provádět složitější úkony, agnózie – narušené smyslové vnímání)</li> </ul>
<p><b>Poruchy chování</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- změny osobnosti, sociálně nepřijatelné chování</li> <li>- změny emotivity, deprese a úzkost, halucinace a bludy</li> <li>- podrážděnost, agresivita, apatie, změny spánkového rytmu</li> </ul>
<p><b>Omezení při běžných činnostech</b></p>

- komplexní činnosti (zaměstnání, řízení auta apod.)  
- domácí práce  
- sebeobsluha, kontinence, chůze

Zdroj : Růžička E., Diferenciální diagnostika a léčba demencí, 2003, s. 24

Symptomy, které se objevují v průběhu nemoci, mohou být různé. Záleží na druhu demence a osobnosti postiženého jedince. S největší pravděpodobností ale demence zasáhne konkrétně tyto funkce :

- **Paměť** – Jedním z hlavních symptomů je ztráta paměti. Člověku se v životě běžně stává, že na něco zapomene, ale většinou o tom, že něco zapomněl, ví. Kdežto osoba s demencí si ani neuvědomuje, že na něco zapomněla a je konfrontována s okolnostmi, kterých si není vědoma. Nejčastěji bývá narušena paměť krátkodobá. Jedinec si nemůže vzpomenout na události, které se staly teprve nedávno. Potíže se vzpomínkami z dávné minulosti nastávají až v pozdějších fázích onemocnění. Což se projevuje v obtížném získávání nových dovedností a znalostí, špatnou orientací v čase, prostoru a lidech, opakujícími se otázkami, tvořením představ a úzkostlivostí.
- **Jazyk** – Je nutné rozlišit rozdíl mezi jazykem a řečí, jelikož řeč nebývá demencí postižena, kdežto jazyk ano. Jazyk je schopnost převádět myšlenky do slov a myšlenky ze slov dekódovat. Postižen bývá jazyk expresivní i receptivní, obě složky ale nemusí být postiženy stejně (receptivní = porozumění myšlenkám, expresivní = vyjádření vlastní myšlenky). Narušená receptivní složka jazyka jedinci znesnadňuje rozeznávat slova a rozumět složitějším větám. Pokud je narušena expresivní složka jazyka, pro jedince je obtížné vyjádřit myšlenku pomocí vhodných slov. V tomto případě může nahrazovat slova těmi, která znějí podobně.
- **Pozornost** – U osob s demencí je pozornost velmi kolísavá. Mnohdy nevydrží vykonávat jednu aktivitu v kuse. Problémy nastávají u začátku aktivity, ale také u dokončení dané aktivity. Při aktivitách jedinec může být rozptýlen mnoha podněty, které s aktivitou nesouvisí. Těmto podnětům obvykle zcela podléhá. To vše způsobuje zmatenost reakcí u jedince. U vykonávání aktivit může docházet k inerci nebo perseveranci. K inerci dochází tehdy, když postižená osoba není schopna začít s danou aktivitou nebo úkolem. Okolí si to může vyložit jako stav vzdoru. Kdežto u perseverance jedinec zůstává u jedné aktivity, dokud není konfrontován někým z okolí. Pro zdravého jedince je přirozené přepínání pozornosti z jednoho bodu na druhý nebo filtrování podstatných a nepodstatných podnětů, to však neplatí pro osobu s demencí.
- **Vhled, úsudek a abstrakce** – V důsledku poruch vhledu, úsudku a abstrakce jedinec s demencí může působit tvrdohlavě a egocentricky. Může odmítat pomoc svého okolí, trvat na vzorcích chování, které jsou mu známé a které

využíval v minulosti, nemusí přijmout snížení svých dosavadních schopností, není schopný chovat se dle pravidel společnosti, nedokáže přemýšlet o předmětech, které se nenachází v jeho přítomnosti, nepředvídá důsledky svého chování, přijímá věci doslovně. Velmi problematické je odmítání pomoci. Jedinec má pocit, že všechno zvládne sám, přitom on i jeho domácnost chátrá. Nabízená pomoc ale nepřichází v úvahu.

- **Vnímání a prostorová orientace** – Zrak je pro člověka velice cenný v procesu poznávání. Pokud je zraková percepce narušena, následuje celá řada problémů. Osoba s demencí například nerozezná předměty nebo osoby, které dobře zná. Život takové osoby doprovázejí iluze, potíže s nacházením věcí, zakopávání a s tím související špatný odhad vzdálenosti, neschopnost nalézt správnou cestu. Všechny tyto potíže způsobují v člověku úzkost a nejistotu.
- **Motorika** – Poruchy v oblasti motoriky se projevují v každé aktivitě, kterou jedinec vykoná. Zdravý člověk si automaticky pamatuje postup dané aktivity, při jejím vykonávání nemyslí na každý krok, který musí vykonat. V nervové soustavě jsou zakotveny pohybové vzorce, které zdravý člověk používá automaticky. U osob s demencí mohou nastat problémy při různých aktivitách, které obsahují více kroků. Jak již bylo zmíněno, nemocný buď aktivitu nemůže začít vůbec, nebo v ní zůstane. Nemocnému se nemusí vybavit pohybový vzorec nebo se mu naopak objeví v nevhodnou dobu. (Zgola, 2003)

### 2.2.3 Dělení demence

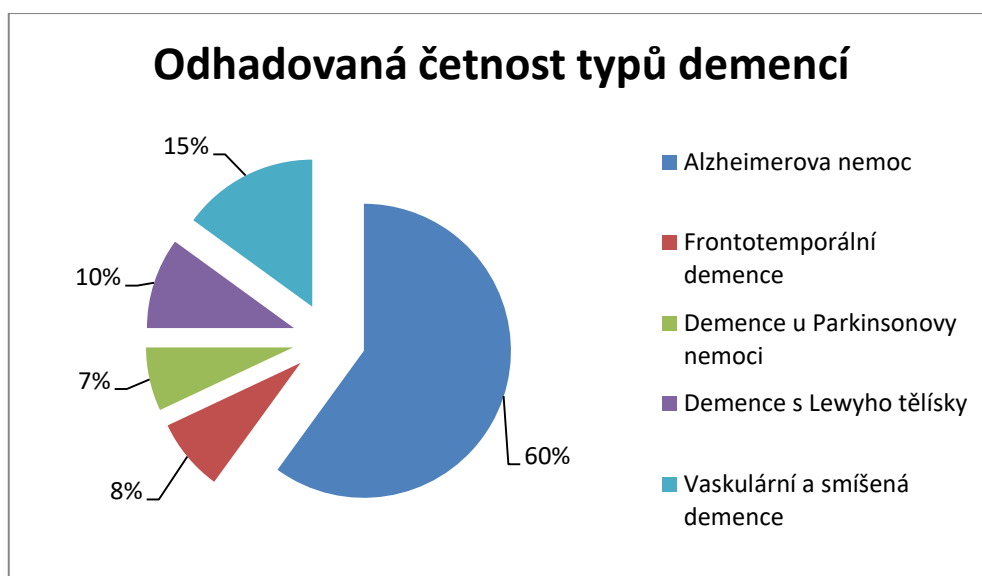
Pidman (2007) ve své knize uvádí následující dělení :

- **Primárně degenerativní demence**
  - Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, 60 % všech demencí),
  - demence s Lewyho tělísky,
  - frontotemporální demence.
- **Sekundární a smíšené demence** – Vznikají na základě různých příčin, například v souvislosti s traumatem, infekcí či epilepsií.
  - vaskulární demence (20 % všech demencí),
    - multiinfarktová,
    - mikroangiopatická (Binswangerova choroba),
  - metabolické demence,
  - toxické demence,
  - demence při Parkinsonově chorobě,
  - demence při Huntingtonově chorobě,
  - traumatické demence,

- demence při normotenzním hydrocefalu,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích (HIV, syfilis)
- **Smíšené demence** (10-15 % všech demencí)
  - smíšená Alzheimerova/vaskulární,
  - smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
  - ostatní smíšené.

Jiráček a kolektiv (2009) uvádějí dvě základní dělení demence podle příčiny :

- **Demence atroficko – degenerativního původu**
- **Symptomatické demence** – Zakládají se na celkových onemocnění, například na infekcích, nádorech či úrazech. Dále je dělíme na :
  - demence vaskulární,
  - ostatní symptomatické demence.



Zdroj : Psychiatrické centrum Praha in Červenka, 2008, in Matoušová, 2011, s. 17

Nyní se budu zabývat některými demencemi, kromě Alzheimerovy nemoci, kterou budu popisovat v pozdějších kapitolách detailněji.

1. **Demence s Lewyho tělísky** – „*Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní nemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci*“.(Jiráček a kolektiv, 2009, s. 34) Jedná se o druhé nejčastější onemocnění demence, hned po Alzheimerově chorobě. Zhruba 10-20 % ze všech demencí. Objevuje se u seniorů v pokročilém věku (75-80 let). Vliv na onemocnění má životní styl

jedince a prostředí, ve kterém žije, avšak přímá příčina vzniku není zcela jasná. Příznaky jsou podobné jako u Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Demence s Lewyho tělísky má ale také své vlastní příznaky, jako jsou například kolísání soustředěnosti, halucinace lidských postav a sluchové halucinace, třes a porucha jemné motoriky.

2. **Demence u Parkinsonovy choroby** – „*Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky*“. (Jirák a kolektiv, 2009, s. 40) Často se zaměňuje s Alzheimerovou nemocí a s demencí s Lewyho tělísky. Začátek Parkinsonovy nemoci se pohybuje kolem 58-60 let. Postihuje především oblast hybnosti, což způsobuje častý třes, snížení hybnosti či neschopnost se hýbat, narušenou rovnováhu a chůzi. Narušeno je také plánování složitějších aktivit. Demence u Parkinsonovy choroby se vyskytuje u 20-40 % nemocných. Mohou se také vyskytovat úzkostlivé poruchy a deprese.
3. **Vaskulární demence** – Příčinou těchto demencí může být krvácení či ucpávání mozkové cévy. Proto vaskulární demence vzniká nejčastěji u kuřáků, lidí obézních, lidí s diabetes mellitus, lidí s vaskulárním onemocněním, u osob s častými úrazy hlavy či osob s onemocněním dýchacích cest. Mezi velmi rizikové faktory pak patří cévní mozkové příhody.
4. **Frontotemporální lobární demence** – Oproti Alzheimerově nemoci je méně častá (10 % všech demencí). Vzniká poškození různých oblastí mozku. Příčina není zcela jasná, ale předpokládá se, že jedním z vlivů je dědičnost. (Jirák a kolektiv, 2009)

#### 2.2.4 Diagnostika demence

Pidrman (2007) uvádí tři cesty identifikace nemocného, který může pociťovat příznaky kognitivního poškození :

1. pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí a myšlením,
2. rodina či přátelé nemocného upozorní lékaře na problémy, kterých si všimají, aniž by je na ně spontánně upozornil pacient,
3. lékař či zdravotnický personál při běžném vyšetření provádí jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu.

Problematické může být včasné rozpoznání demence a odlišení od jiných podobných poruch. Diagnostiku znesnadňuje fakt, že si nemocný neuvědomuje, či nechce, přiznat problémy s pamětí, a tyto problémy jsou tolerovány jeho okolím. Kognitivní poruchy závažnějšího typu mohou být hodnoceny jako přiměřené ke stáří, senior může být také diskriminován nebo je přítomno pochybení ze strany lékaře, který neprovede potřebné základní testy k určení diagnózy. (Pidrman, 2007)



Rozhodující pro stanovení diagnózy demence je porucha paměti a jiných funkcí, kdy vyšší intelektové schopnosti klesají. Objevují se závažné změny v chování a celkové osobnosti jedince. Demence postihuje každodenní činnosti a sociální zapojení. V době, kdy se stanovuje diagnóza samotná, jedinec nemá narušeno vědomí. Pokud nemocný vyhledá lékaře v časných stádiích onemocnění, nemusí být diagnostická kritéria naplněna. V tomto případě se jedná o progresivní demenci, která má velmi pozvolný průběh. I přes to je nutné na tuto možnost myslet. (Růžička, 2003)

Pokud hovoříme o vyšetření nemocného, důležitá je anamnéza. Anamnéza je zjišťována pomocí dotazů jak od nemocného, tak také od jeho blízkých. Poté se přistupuje k jednotlivým základním screeningovým testům, lze použít například Test hodin nebo MMSE (Mini - Mental State Examination). Oba testy jsou dostupné v příloze. Pro správnost diagnózy je nutné provést také psychologické vyšetření, kde je soustředěna pozornost na změny v osobnosti a poruchy chování. Lékařské vyšetření pokračuje další sérií testů, konkrétně EKG (vyšetření srdce) a CT (výpočetní tomografie) mozku. Vhodné je také vyšetření EEG (vyšetření elektrické aktivity mozku) a magnetická rezonance mozku. Po celkovém vyšetření by měla být známa diagnóza, tedy druh a stádium demence.

Při stanovení diagnózy se nejprve stanovují základní symptomy a následně se popisují. Poté se přistupuje k hodnocení již zjištěných symptomů. V závěru přichází sestavení vlastní diagnózy (druh demence). (Pidrman, 2007)

### Složky účastníci se procesu diagnostiky demence

<b>Pacient a pečující osoba</b>	anamnéza – rodinná, osobní, farmakologická, pracovní a sociální, informace o nynějším onemocnění z hlediska příznaků i časové postupnosti
<b>Somatické vyšetření</b>	TK (krevní tlak, pulz, EKG (elektrokardiografie – vyšetření srdce), laboratorní vyšetření (krevní obraz, hladina vitamínu $B_{12}$ , kyseliny listové, vyšetření krevních minerálů, urea, kreatinin - dusíkaté látky, které v těle vznikají při látkové přeměně, jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, neurologické vyšetření, EEG (elektroencefalogram – vyšetření elektrické mozkové aktivity)
<b>Orientační vyšetření poznávacích funkcí</b>	používají se různé testy paměti a dalších poznávacích funkcí, z nichž nejobvyklejší je celosvětově užívaný test MMSE (Mini-Mental State Examination), často je používáný test hodin i řada jiných metod
<b>Zobrazovací techniky</b>	CT mozku, magnetická rezonance mozku

	(MR), dále zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek – SPECT, PET – tyto metody zobrazují především látkovou přeměnu a průtok krve mozky, elektroencefalografické metody (EEG)
--	---

Zdroj : Jirák, 2009, s. 25

Při diagnostikování demence je velmi důležité nezaměňovat demenci s depresí, delíriem a nežádoucím účinkem léků. Deprese demenci až v 50 % provází a často se s demencí zaměňuje, proto je důležitá správná diagnostika. Při diagnostice deprese by mělo být posuzováno, jak dlouho depresivní nálada trvá (alespoň 2 týdny). Při depresi je typická ztráta zájmů a aktivit, které jedinec měl v minulosti rád. Jedinec je často unavený, také se u něj objevuje ztráta sebedůvěry, bezdůvodné obviňování, myšlenky na smrt, narušená soustředěnost a myšlení, poruchy spánku a snížená či zvýšená chuť k jídlu. Deprese se v demenci může objevovat také jako jedna z jejích fází. Ke správné diagnostice může napomoci například anamnéza. (Pidrman, 2007)

#### Diferenciální diagnostika k rozlišení deprese a demence

DEPRESE	DEMENCE
Náhly začátek (dny, týdny)	Pozvolný nenápadný začátek (měsíce)
Krátké trvání (týdny, měsíce)	Dlouhé trvání (roky)
Často pozitivní psychiatrická anamnéza (včetně nedignostikovatelných depresivních epizod)	Negativní psychiatrická anamnéza
Udává omezení schopností (zejména si stěžuje na výpadky paměti)	Zatajuje neschopnost (často si neuvědomuje ztrátu paměti)
Odpovědi typu „nevím“	Odpovědi s nepřesnostmi
Diurnální (denní) proměny nálady, ale nálada celkově více konzistentní	Kolísání nálady den ode dne
Fluktuace možného kognitivního deficitu	Stabilní kognitivní deficit
Stresován neúspěchem	Snaží se podat výkon, ale je lhostejný
Možný deficit paměti pro nedávné události	Zřetelné výpadky paměti na nedávné i staré události
Depresivní nálada je primární	Deficit paměti je primární

Depresivní nebo úzkostná nálada, poruchy spánku, poruchy chuti a suicidální myšlenky	Nízká sociabilita, nespolupráce, hostilita, emoční nestabilita, zmatenost, dezorientace a snížená bdělost
--	---

Zdroj : Pidrman V. Demence pro praktické lékaře, 2005, Topinková, E. Geriatrie pro praxi, 2005, in Pidrman V. Demence, 2007, s. 62

## 2.3 Alzheimerova nemoc

### 2.3.1 Historie

První zmínku o Alzheimerově nemoci popsal Alois Alzheimer, po kterém je nemoc také pojmenována. Alzheimer tuto nemoc poprvé popsal na své pacientce Auguste D., která trpěla příznaky Alzheimerovy nemoci v roce 1906. (Pidrman, 2007)

Počátky výzkumu Alzheimerovy nemoci lze datovat do roku 1892, kdy Blocq a Marinesco objevili a popsali senilní plak – patologická změna v mozku u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Ale jako obecné počátky výzkumu se nejčastěji uvádí rok 1906, kdy Alzheimerovu nemoc popsal Alois Alzheimer. Alzheimer zkoumal mozek již zmíněné paní Augusty D., jeho výzkum prokázal, že senilní plaky prostupují horní vrstvy kůry, a to viditelně. Nalezena byla také neuronální klubka ve třetině až čtvrtině neuronů. (Koukolík, Jiráček, 1998)

### Vývoj náhledu na Alzheimerovu nemoc

1976	Presenilní Alzheimerova nemoc a senilní demence Alzheimerova typu jsou kontinuum. (Katzman)
1928-1976	Objev, že mezi presenilní Alzheimerovou nemocí a senilní demencí Alzheimerova typu nejsou kvalitativní histologické rozdíly. (Grünthal, Newton, Neumann a Cohn, Corsellis, Sourander a Sjögren)
1910	Odlišení Alzheimerovy nemoci od „běžné“ senilní demence. (Kraepelin, Bonfiglio, Perusini)
1906-1907	Objev neuronálních klubek (tangles). (Popis pacientky Auguste D., Alzheimer)
1892	Objev senilních plaků (Blocq, Marinesco)
1845	Klinický popis presenilní demence. (W. Griesinger : Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten)

Zdroj : Koukolík F., Jiráček R., 1998, Alzheimerova nemoc a další demence, s. 13)

### 2.3.2 Definice, průběh a příznaky Alzheimerovy nemoci

*„Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky.“* (Pidrman, 2007, s. 34)

Alzheimerova nemoc (dále jen AN) patří mezi nejčtenější formu demence, tvoří 55-60 % případů. Stárnutí provází spousta změn, AN se liší v tom, že způsobuje degeneraci a destrukci neuronů. Jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění.

Mezi anatomické změny, které můžeme spatřit, patří zúžení mozkových závitů, roztažení mozkových komor a atrofie některých mozkových struktur. V mozkové tkáni lze nalézt patologické změny v podobě již zmiňovaných senilních plaků. (Höschl, Hořejší, 1999)

Vývoj AN může být zprvu velmi pozvolný, ale postupem času se zhoršuje. Mezi prvními je postižena oblast osobnostních rysů, což se projevuje v chování jedinců. Jejich chování často postrádá etiku a jejich zvyklosti se stávají neznámými. Také jsou narušeny dlouhodobé vztahy, vytrácí se zájmy a koníčky. Časté jsou výpadky paměti, především krátkodobé. Důsledkem těchto omezení je ztráta soběstačnosti, kdy jedinec není schopný se postarat sám o sebe. Pokud jim není zabezpečena dostatečná péče druhých osob, jsou často zanedbaní. Osoba s AN prochází různými fázemi onemocnění, které doprovází výkyvy emocí. V počátečních fázích se u jedince mohou objevit deprese, emoční plochost či paranoia. (Pidrman, 2007) AN tedy nepostihuje pouze samotného člověka, ale také jeho okolí, především jeho blízké.

Z toho vyplývá, že AN je onemocnění získané v průběhu života. Člověk je vybaven různými schopnostmi a dovednostmi, které při AN postupně ztrácí.

Všimnout si prvních příznaků AN může být velmi obtížné. Nemocný si problémy nemusí připouštět, a především je zde možnost, že je bude skrývat před svým okolím. Změny mohou být velmi nenápadné, jedná se především o denní záležitosti. Nemocný například chodí po domě zcela bez cíle, nedokáže si některé věci zapamatovat. Například ve které dny se vyvázejí popelnice. Pokud ho konfrontujeme, jeho reakce mohou být až agresivní. Narušena je krátkodobá paměť, jedinec si lépe pamatuje události, které se staly mnohem dříve, ale ty aktuální nikoliv. Dalším příznakem je ztráta orientace. Nemocný se neumí orientovat ve svém vlastním domě nebo se někam vydá a ztratí se. Tyto výpadky mohou být v řádu několika vteřin až minut. Objevuje se také afázie (porucha řeči), kdy si jedinec nedokáže vybavit určité slovo nebo se neumí vyjádřit. Kromě afázie se objevuje také agnózie, tedy neschopnost poznat daný předmět či osobu. Běžné je opakování vět a úkonů dokola. Z fyzických symptomů se objevuje apraxie, kdy jedinec najednou neumí úkony, které pro něj v minulosti byly běžné. (Regnault, 2011)

Jiráček a kolektiv dělí AN do tří stupňů (Jiráček a kolektiv, 2009) :

1. **Lehká demence** – Objevují se poruchy paměti, které si jedinec sám uvědomuje, a také jsou objektivně měřitelné testovacími metodami. Narušena je krátkodobá a střednědobá paměť. Potíže se objevují při plnění složitějších aktivit. Dalšími příznaky jsou poruchy orientace v méně známých místech a poruchy nálady (například deprese).
2. **Střední demence** – Paměť se výrazně zhoršuje ve všech složkách. Jedinec se neorientuje v čase a prostoru.

3. **Těžká demence** – Těžké poruchy paměti ve více složkách. Nemocný si není schopen zapamatovat nové informace a nepoznává blízké osoby.

AN trvá zhruba 7-10 let od objevení příznaků a končí smrtí. V mladším věku může být průběh rychlejší. U některých jedinců AN trvala 15 a více let. Což může mít za následek jiný typ léčby, kdy je předpoklad, že nové léčebné přístupy mohou prodlužovat délku života osoby s AN. Nejčastější příčinou smrti osob s AN bývají záněty plic a průdušek, poté úrazy a jejich následky. AN není tedy bezprostřední příčinou smrti. (Jirák a kolektiv, 2009)

### 2.3.3 Diagnostika

Jak již bylo zmíněno, AN se projevuje velmi pozvolným průběhem. Důležité je zde rozlišit, zda se jedná o příznaky stáří, či přímo o demenci. Obvykle jsou nápadné změny mentálního stavu. V tomto případě lze k diagnostice použít některé testy například MMSE (Mini-Mental State Examination) a test slovní plynulosti (verbal fluency). Jedny z důležitých příznaků, které mohou vést k AN, jsou změny slovní paměti. (Koukolík, Jirák, 1998) K zachycení mírných kognitivních poruch a podtypů demence se využívá test ACE-R.

Při diagnostice hodnotíme různé příznaky, na základě stupně vývoje nemoci. V mírném stupni vývoje dochází k narušení krátkodobé paměti a k poruše konfrontačního pojmenovávání. Nemoc postupuje také narušením jazyka a jeho funkcí. Nemocný není schopen se vyjádřit a obsahově je řeč nedostačující. V tomto období dochází k bloudění nemocných, kdy nemohou najít cestu domů či na místa, která znají. Následně dochází k neschopnosti vykonávat složitější úkony (u žen to mohou být domácí práce) a objevují se stavy deprese až agresivity. Podle stupnice, kterou vytvořili pracovníci Kliniky paměťových poruch Kolumbijské univerzity, lze sledovat přechod z mírného do středního stupně AN. Na stupnici se ukazuje, že při přechodu z mírného do středního stupně pacienti s AN doprovází deprese (46 % z 91 ambulantních nemocných), která netrvá příliš dlouho, poruchy spánku (42 %) a bludy, které lze v tomto stupni korigovat. Neschopnost komunikace osob s AN, nerozeznávání osob, inkontinence a vlastní nepřítomnost, jsou příznaky již pokročilé fáze AN. Někteří nemocní v průběhu nemoci zhubnou. (Koukolík, Jirák, 1998)

Velmi důležitá je včasná diagnóza AN. Čím dříve dokážeme tuto nemoc identifikovat, tím lépe pro nemocného. Díky včasné diagnostice lze dělat včasná opatření. S nemocným lze mnohem lépe spolupracovat a je zde možnost zpomalení nemoci pomocí léků. Pokud tedy dojde k včasné diagnostice, přínos to má jak pro pacienta, tak pro zdravotnictví. Důležité je také nezaměňovat AN s jinými nemocemi a tedy stanovit správnou diagnózu. (Höschl, Hořejší, 1999)

Pokud si rodinný pečující všimne příznaků, které by mohly vést k AN, je vhodné vyhledat nejprve praktického lékaře. Praktický lékař jedince prohlédne a zhodnotí jeho zdravotní stav. Rozpozná, zda jde o běžné poruchy paměti, či zda se jedná o patologii. Na druhou stranu je zde nebezpečí (především u rodinných lékařů), že lékař bude příznaky zlehčovat, či nebude schopen je objektivně zhodnotit. Lékař obvykle posílá jedince na vyšetření paměti, či kognitivních schopností. Regnault (2011) ve své knize uvádí následující kroky vyšetření :

- Prvním vyšetřením je **klasické klinické vyšetření**, kdy lékař provede vlastní lékařské vyšetření a sestaví anamnézu.
- Druhým krokem je **vyšetření na magnetické rezonanci (MR) a CT vyšetření**. Lékař se zaměřuje především na oblast hipokampu (sídlí v mozku a uchovává krátkodobé informace a svou roli hraje také při prostorové orientaci), kde se poškození objevují jako první. Hipokampus je zasažen právě při AN. Magnetickou rezonancí se mohou vyloučit jiná onemocnění, například nádorová onemocnění.
- Následují **psychologická vyšetření** formou testů, které vypracovali odborníci (psychologové, neurologové). Vyšetření trvá zhruba jednu hodinu a lze díky němu zhodnotit kvalitu paměti.
- Někdy se vyšetření rozšiřuje o **zkoumání určitých biologických markerů** v mozkomíšním moku. U AN je zde snížena hladina některých proteinů. Změny hladin proteinů mohou ukazovat na jiná onemocnění, proto je toto vyšetření nedostačující.

Všechna zmíněná vyšetření lze považovat za stěžejní při stanovování diagnózy (95 %). Vyšetření většinou probíhají v jeden den, tudíž je diagnóza stanovena poměrně brzy, bez dlouhého čekání. (Regnault, 2011)

Problematické je oznámení diagnózy, kterou nemocný nemusí přijmout. Diagnózu AN oznamuje lékař či jiný specialista. Není žádný známý způsob, jak postupovat při sdělování diagnózy. Každý jsme jiná osobnost, a tedy reagujeme jiným způsobem. Základním pravidlem však je sdělovat diagnózu pacientovi s citem a obeznámit ho o možném onemocnění již před samotným vyšetřením. Reakce pacientů mohou být různé. Někteří nechtějí znát svou diagnózu a jiní ji zase nejsou schopni přijmout. V obou případech není vhodné diagnózu vnucovat a za každou cenu se jim to snažit vysvětlit. Někteří potřebují čas, aby se s tím ztotožnili. Rodinní příslušníci, především pak partneři nemocného, většinou bývají u sdělování diagnózy. I zde je ale nutné přesvědčit se o tom, zda nemocný chce, aby u toho byli. Některým osobám může být nepříjemné sdělovat takové informace svým blízkým, než se s tím sami vyrovnají. Pečující by měli respektovat, pokud nemocný o svém problému mluvit nechce a naopak by ho měli vyslechnout, pokud o něm mluvit chce. Po vyřčení diagnózy lékařem by

nemocný neměl být sám. Pokud o nemoci nechce mluvit, pomůže mu pouze naše přítomnost. (Regnault, 2011)

Pokud je pečující přítomen při sdělování diagnózy, měl by se lékaře zeptat na důležité informace, které později nemocnému v klidu sdělí. Otázky by měly směřovat k tomu, co není zcela jasné, na co by se nemocný mohl později ptát a co by pečujícím osobám pomohlo v péči o nemocného. Regnault uvádí několik podstatných otázek, na které je nutno znát odpověď (Regnault, 2011) :

1. Jaký postup bude nyní následovat po administrativní stránce?
2. Jaká léčba bude následovat?
3. Jaké výsledky může přinést?
4. Jak daleko je věda ohledně této nemoci?
5. Jak se bude nemoc vyvíjet?
6. Jak dlouho to bude trvat?

Pokud hovoříme o diagnóze klinické, ta vychází z klinických příznaků. „*Zakládá na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984.*“ (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92) Dle těchto kritérií dělíme diagnózu na pravděpodobnou, možnou a jistou či definitivní AN. Pravděpodobná diagnóza se uvádí tehdy, pokud je doprovázena typickými příznaky, kdežto u možné diagnózy se objevují příznaky netypické. (Koukolík, Jiráček, 1998)

Koukolík a Jiráček ve své publikaci uvádějí následující kritéria diagnózy AN pravděpodobné (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92-95) :

- 1)
  - a) Diagnóza demence stanovená klinickým vyšetřením a doložená některým z testů demence (například MMSE), potvrzená neuropsychologickým vyšetřením
  - b) Porucha dvou nebo více poznávacích funkcí.
  - c) Progresivní horšení paměti nebo jiných poznávacích funkcí.
  - d) Není přítomna porucha vědomí.
  - e) Onemocnění začíná ve věku 40-90 let, nejčastěji po 65. roce věku.
  - f) Jiné systémové onemocnění nebo onemocnění mozku, které by mohlo vysvětlit poruchu poznávacích funkcí samostatně, není přítomno.
- 2) Diagnózu *pravděpodobné* AN stanovuje progresivní deteriorace specifických poznávacích funkcí jako je afázie, apraxie, agnózie, porucha každodenní životní aktivity, změněné chování, rodinná anamnéza podobného onemocnění, zejména pokud bylo ověřeno neuropatologicky a laboratorní výsledky: normální nález v mozkomíšním moku, normální nebo nespecificky změněný EEG, například zpomalení aktivity a důkaz progresivní atrofie mozku při opakovaném vyšetření počítačovou tomografií.



- 3) Dalšími klinickými znaky pravděpodobné AN jsou dočasně setrvalý stav při jinak progresivním průběhu choroby, deprese, nespavost, inkontinence, bludy, iluze, halucinace, verbální, emoční nebo i fyzické „výbuchy“, poruchy sexuality a ztráta hmotnosti. Mohou se objevit neurologické příznaky, zvláště u pokročilých onemocnění, například vzestup svalového tonu, myoklonus, poruchy chůze, epileptické fenomény. Nález na počítačové tomografii může být přiměřený věku.
- 4) *Proti diagnóze pravděpodobné AN svědčí* náhlý apoplektický (mrtvicový) začátek, ložiskové neurologické příznaky jako je hemiparéza atd., epileptické fenomény nebo poruchy chůze, které se vyskytují od samého počátku onemocnění.
- 5) *Klinická diagnóza možné AN* se stanoví na základě diagnózy syndromu demence při vyloučení jiných příčin demence, jakou jsou neurologická, psychiatrická nebo systémová onemocnění, která mohou demenci způsobit. K diagnóze možné AN je možné dospět i za přítomnosti těchto uvedených změn, pokud se dospěje k názoru, že jejich tíže je nedostatečná k tomu, aby demenci vysvětlily. Lze ji také užít při výzkumu, najde-li se jednotlivý, progresivní, dostatečně hluboký defekt poznávacích funkcí při nepřítomnosti identifikovatelné příčiny.
- 6) Kritéria *jisté* diagnózy AN jsou :
  - a) kritéria pravděpodobné AN,
  - b) histologické vyšetření bioptické (vyšetření ze vzorků tkání) nebo nekroptické (celkové vyšetření mrtvého).
- 7) Klasifikace AN pro výzkumné účely má zahrnovat rysy, které mohou diferencovat subtypy onemocnění, jako jsou například familiární výskyt, počátek onemocnění před 65. rokem věku, trizomie 21. chromozomu, či současný výskyt jiných relevantních chorob, jako je Parkinsonova nemoc.

### 2.3.4 Rizikové faktory

Hlavním rizikem je věk nemocného, kdy největší nebezpečí vzniku demence nastává kolem 65. roku života. Svou roli hraje také rodinná anamnéza a genetické faktory. Větší riziko onemocnění AN je u žen. (Pidrman, 2007)

Koukolík a Jiráček ve své knize popisují pojem *familiární agregace*, který značí výskyt AN v rodině. Některé výzkumy potvrdily, že se familiární agregace vyskytuje nad 60 let věku. Tím není zcela potvrzen vliv genetiky na toto onemocnění, příčinou familiární agregace může být například to, že jedinci žijí ve stejném prostředí a ve stejných podmínkách. Na vzniku AN se mohou podílet různé mutace na chromozomech. Dalším rizikem jsou různá poranění, a to především poranění částí hlavy. Vliv na vznik AN má také vzdělání, rizikovým faktorem je zde nižší vzdělání, a tedy nedostatečná stimulace mozku. U osob s nižším vzděláním se nemoc může objevit dříve, než u osob se vzděláním vyšším. Některé studie ale tuto skutečnost nepotvrdily. Určitý vliv můžeme vidět v prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Některé studie se například zabývaly vztahem manuální práce u mužů a AN. Problémem u manuálních

prací by mohl být hliník, který je pro lidi neurotoxický. Studie však tuto souvislost neprokázaly, avšak tato oblast je zatím neprozkoumaná, proto se vliv hliníku na výskyt onemocnění musí brát v potaz. Problematiku mužů pracujících manuálně můžeme vnímat spíše z jiného pohledu, je zde vyšší riziko úrazu a to především úrazu hlavy. Nedoložený je také vliv různých léků (především protizánětlivých) na vznik AN. (Koukolík, Jirák, 1998)

Rizikové faktory můžeme rozdělit na několik skupin. Jsou to faktory genetické, kardiovaskulární, faktory související s životním stylem (kouření, alkohol, nedostatek pohybu, nízká úroveň vzdělání apod.) a faktory, které souvisí s prostředím, ve kterém jedinec žije. Lze říci, že vznik AN je zapříčiněn kombinací více rizikových faktorů. Některé faktory lze ovlivnit v průběhu života a některé ovlivnit nelze. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří deprese, diabetes, dyslipidémie (zvýšená hladina tuků v krvi), faktory týkající se životního prostředí, hormonální poruchy, zvýšený krevní tlak, kouření cigaret, metabolický syndrom, neuropsychiatrické symptomy, nízká fyzická aktivita, nízká hladina vitamínu B9, nízké vzdělání, obezita, sociální izolovanost, stravovací návyky, traumatické poranění mozku a ztráta sluchu. Do faktorů, které nelze ovlivnit lze řadit pohlaví, rasu, rodinnou anamnézu a věk. (Fenclová E., Albrecht J., Harsa P., Jirák R., 2020)

### 2.3.5 Terapie a léčba

Při léčbě Alzheimerovy nemoci musíme brát v potaz, že postiženo je více oblastí. Narušena je paměť, kognitivní funkce, chování a emoce. Proto je velmi důležité dbát při terapii na komplexnost. Nutné je rozvíjet všechny zasažené funkce. Léčba by měla zahrnovat jak farmakoterapii, tak také trénink postižených oblastí. Soustředí se na pacienta jako na celek, na jeho celkový stav. (Höschl, Hořejší, 1999)

Pidrman uvádí tři cíle léčby demence (Pidrman, 2007, s. 93) :

- zlepšení stavu pacienta,
- udržení dosavadního stavu nemocného,
- zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady.

Všechny tři body lze považovat za úspěch. Nemusí se nutně nemocnému zlepšit zdravotní stav. To, že se jeho stav zhoršuje v menší míře, než očekáváme, je také pozitivní zpráva. Je důležité si takové skutečnosti uvědomovat, důležité je to především pro pečující o nemocnou osobu. Musíme předpokládat, že průběh nemoci je velmi individuální, a tudíž i léčba bude u každého jedince probíhat jinak. (Pidrman, 2007)

Důležité je dbát na prevenci AN. Obecně můžeme říci, že vzdělávání napomáhá k zpomalení AN. Lidé ve vyšším věku, především pak osoby nad 65 let by měly dbát na trénink paměti a na další vzdělávání. Ku prospěchu je také užívání léků s obsahem

cholinu. Mezi primární prevencí patří eliminace rizikových faktorů v životě seniora. Sekundární prevencí je včasná diagnostika AN a zabránění rozvoje AN. Terciární a tedy poslední úroveň prevence je zpomalení šíření AN, zmírňování symptomů, zlepšování kvality života seniora a zamezení poruch chování, které jedince ovlivňují. Toho dosáhneme pomocí farmakologické a nefarmakologické léčby. Některé rizikové faktory však ovlivnit nelze. Nemůžeme například ovlivnit věk seniora, jeho genetiku, pohlaví, různá poranění v oblasti hlavy, či různá jiná onemocnění (epilepsie). U primární prevence lze ovlivnit například zlovyky, jako je kouření, trénink paměti a vzdělávání, míru stresu a užívání nežádoucích léků a alkoholu. (Höschl, Hořejší, 1999)

Některé demence lze vyléčit dokonce bez pozdějších následků. AN ale mezi ně nepatří, stejně jako demence s Lewyho tělisky. Čeho však můžeme dosáhnout, je zpomalení rozvoje AN a zlepšení kvality života seniora vhodnou léčbou. Jiráková a kolektiv ve své publikaci dělí léčebné přístupy na *biologické* a *nebiologické*, přičemž apeluje na kombinování obou přístupů. Mezi nejpoužívanější biologické léčebné přístupy patří *farmakoterapie*. Tu dělíme na *kognitivní* a *nekognitivní*. **Kognitivní farmakoterapie** se zaměřuje na postižené poznávací funkce a zaměřuje se především na příčinu vzniku demence. U většiny demencí příčinu neznáme, a proto jsou ovlivňovány známé mechanismy. U lehké a střední formy AN se používají inhibitory acetylcholinesteráz. Tyto enzymy odbourávají acetylcholin, což je přenašeč vzruchu. Velký vliv má na paměť, která se prostřednictvím odbourávání acetylcholinu zlepšuje. V České republice se vyskytují tři inhibitory mozkových acetylcholinesteráz – donepezil, rivastigmin a galantamin. U těžkých forem AN se používají excitační aminokyseliny působící na jiný systém mozkových přenašečů vzruchu. Jedná se o látku *memantin*, která blokuje receptory. Memantin mimo jiné chrání nervovou buňku před škodlivými látkami a pozitivně působí na oblast učení. **Nekognitivní terapie** pak ovlivňuje změny nálad, spánek a chování. K stabilizování těchto oblastí se využívají antipsychotika II. generace s minimem nežádoucích účinků. Velmi používané jsou také moderní antidepresiva a na úzkost anxiolytika. (Jiráková a kolektiv, 2009)

Nebiologické přístupy neboli nefarmakologická léčba obsahuje především spolupráci pacienta s pečujícími osobami. Důležitý je přístup pečujících k nemocnému, a to především vstřícnost a trpělivost. Zde hovoříme především o psychoterapii, která se zaměřuje na konkrétní problém. Je nutno si uvědomit, že čím je demence těžší, tím je psychoterapie méně strukturovaná. U těžkých demencí nelze použít propracovanější formy psychoterapie. Psychoterapie se zaměřuje na každodenní aktivity, na udržení návyků a potřeb pacienta. Udržují se ty funkce, které jsou v normálu, či jen málo postižené. (Koukolík, Jiráková, 1998)

Pidman vymezuje tyto cíle behaviorální nefarmakologické léčby (Pidman, 2007, s. 93) :

- zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce,
- smysluplné vyplnění volného času,
- ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života,
- zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovatelem.

Volíme různé aktivity dle potřeb nemocného. Aktivity by měly být přiměřené jeho stavu a schopnostem, především by měly být komplexní a rozvíjet zachované oblasti. Aktivity by měly podporovat oblasti, ve kterých je jedinec zdatný, naopak by neměly podporovat, či zdůrazňovat jeho slabé stránky. Je důležité, aby aktivity probíhaly v přirozeném prostředí, tedy v prostředí, kde to pacient dobře zná a kde je mu příjemně. Pokud má nefarmakologická léčba vést k úspěchu, aktivity se musí stát každodenní rutinou nemocného. (Pidrman, 2007)

Behaviorální léčba zahrnuje pět oblastí – životní styl, fyzická aktivita, psychická aktivita, optimalizace sensorických funkcí a nutrice.

1. **Životní styl** – Zde usilujeme o vzdělávání nemocného a především zachování jeho sociálních rolí. Pacientovi poskytujeme dostatečnou péči a snažíme se navozovat příjemnou atmosféru.
2. **Fyzická aktivita** – Pokud pacient nemá dostatek pohybu, dochází k narušení rytmu den-noc. Jedinec se nemusí orientovat ve stavu bdění a spaní. Proto je nutné vést pacienta k dostatečné fyzické aktivitě. Nedostatek pohybu může způsobovat sníženou chuť k jídlu a tedy vést k nutričním problémům, které jsou v seniorském věku velkým problémem. Vhodná je pohybová a taneční terapie.
3. **Psychická aktivita** – Psychická aktivita zahrnuje například orientaci pacienta v jeho prostředí. Zde je důležité zachovat pacientovi stejné prostředí. Důležitá je také orientace v čase, tu můžeme zabezpečit čitelnými hodinami či kalendářem. Využívají se aktivity, které nemocného tzv. „zkouší“. Jedinec dostává různé jednoduché úkoly, ze kterých je později zkoušen. To vše zajišťuje kognitivní rehabilitace, která obsahuje například pojmenovávání předmětů, cvičení paměti, hru s čísly a písmeny a rozlišování předmětů dle barev a tvarů. Seniorské převážně chválíme a neopravujeme je. Využívá se zde například pet terapie (terapie s malými domácími zvířaty) a reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami prostřednictvím různých předmětů.
4. **Optimalizace sensorických funkcí** – Je důležité si uvědomit míru postižení sensorických funkcí (zrak, sluch). Můžeme zaměřovat postižení zraku či sluchu za poruchy chování. Jedinec například může špatně slyšet naše instrukce.

5. **Nutrice** – Nutnost správné a dostatečné výživy. Správná výživa může být často zanedbávána. (Pidrman, 2007)

### **Nefarmakologická intervence při demenci**

Zvýšený dohled.

Minimalizace vizuálního deficitu dobrým osvětlením a předpisem brýlí.

Minimalizace sluchového deficitu snížením hluchnosti prostředí, jasným vyjadřováním a použitím sluchových pomůcek, pokud je to třeba.

Minimalizace únavy naordinováním pravidelného odpočinku.

Užívání symbolů a směrovek pro pacienty, kteří jsou ještě schopni číst.

Ujišťování a opětné nasměrování při emočním vyhoření.

Zvýšení nebo snížení vizuální, sluchové nebo sociální stimulace.

Poskytnutí programů pro aktivity.

Redukce nebo zabránění dřímání během dne, pokud je spánek v noční době problémem.

Pravidelná toaleta k redukcí inkontinence nebo noční agitace spojená s potřebou koupelny.

Modifikovat prostředí pomocí :

- toalety u lůžka,
- nočního světla,
- zámku na dveřích nebo alarmem,
- identifikačních cedulek,
- bezpečných míst pro procházky,
- současné fotografie pacienta a jeho blízkých.

Naučit pečovatele, jak zvládat chování a podpořit denní aktivity.

Zdroj : Holmerová I. Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory, 2003, Pidrman V., Kolibáš E. Změny jednání seniorů, 2005, in Pidrman V. Demence, 2007, s. 95

Pro příklad zde uvedu některé terapie, které se využívají u nefarmakologické léčby.

1. **Reminiscence** – Je to metoda, která pracuje se vzpomínkami seniorů, kdy i při AN je zachovaná dlouhodobá paměť. Pracuje se zde s různými předměty a materiály, které mají pro seniora velký význam. Mohou to být různé fotografie, které rodina poskytne, či různé předměty, které u jedince vyvolají vzpomínky na dobu minulou. K těmto účelům může postačit například životopis, který sestaví sám nemocný ve spolupráci s rodinou. V tomto životopisu senior zachytí události, které jsou pro něj důležité a ke kterým se rád vrací. Slouží to dvojímu účelu, senior si vzpomene na příjemné události a pracovníci zařízení budou moci lépe s nemocným pracovat. U reminiscence se využívají také různé vzpomínkové boxy, krabice, či kufříky. Do těch se mohou ukládat různé předměty, které vyvolají u seniora příjemné vzpomínky. Mohou to být fotografie, bankovky, vysvědčení, předměty osobní potřeby, cigarety nebo staré hračky. V některých zařízeních mohou mít vytvořené reminiscenční pokoje. Jedná se o pokoj, který je celý stylizovaný do určitého období, ve kterém klienti zařízení žili. U reminiscenčních technik musíme dávat pozor, abychom nezabíhali až do příliš vzdálených vzpomínek.
2. **Kinezioterapie a taneční terapie** – Pohybem zajišťujeme prevenci problémového chování a také přispívá k fyzické aktivitě osob s AN. Zajišťuje jim určitou kondici a svalovou sílu. Cvičení se provádějí vsedě u stolu s komentovaným výstupem. Hudba v jedinci evokuje různé vzpomínky a může seniora s AN přimět k jednoduchým tanečním pohybům, což je jinak velmi obtížné. Pomocí hudby navozujeme příjemnou atmosféru, která přispívá k psychické pohodě seniora. Také se senior zajímá o dění kolem sebe a více důvěřuje svému okolí. Délka trvání aktivity se přizpůsobuje fyzickým a psychickým možnostem jedinců s AN.
3. **Orientace realitou** – V dnešní době se používají pouze některé prvky orientace realitou. Tato terapie vznikla v důsledku velké dezorientace osob s demencí. Existovaly mylné představy o tom, že nejlepší cestou k orientaci je nabízení různých pomůcek a upomínek. Tímto způsobem sice docházelo k zlepšení v oblasti orientace, ale na úkor nepříjemných aktivit pro seniory, které způsobovaly až nežádoucí chování. Některé prvky orientace realitou jsou ale ku prospěchu. Využívají se například čitelné hodiny a kalendáře.
4. **Validace** – Validace pracuje s úctou k člověku a respektováním jeho názorů. Například pokud osoba s demencí tvrdí, že čeká návštěvu (ale my víme, že nikdo přijít nemá), nevyvracíme jí to. Pokud hovoří o příbuzném, který zemřel, jako kdyby stále žil, není nutné jedinci vysvětlovat, že zemřel a navozovat mu tak pocit smutku. Ale ani jeho mylný názor dále nerozvíjíme. Například můžeme

s nemocným o zemřelé osobě hovořit a vzpomínat, než se postupně uklidní a můžeme pokračovat dále v aktivitě, kterou předtím nebylo možné vykonat.

5. **Kognitivní trénink** – Kognitivní trénink vede k procvičení a aktivizaci, nikoliv ke zlepšení kognitivních funkcí. Důležitý je stupeň demence, jinak budeme pracovat s jedinci s lehkým stupněm a jinak s těžkým. Pro jedince s lehkým stupněm mohou být aktivity tohoto typu stresující. Kognitivní trénink je především forma zábavy. Využívají se cvičení podporující především paměť. Důležitou součástí tréninku je pochvala. (Jiráková a kolektiv, 2009)
6. **Bazální stimulace** – „*Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka.*“ (Institut bazální stimulace, 2019) Koncept je strukturovaný tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti klienta. Zahrnuje somatickou stimulaci, vestibulární stimulaci, vibrační, taktile-haptickou, chuťovou, optickou, sluchovou a čichovou stimulaci. Bazální stimulace se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta. (Institut bazální stimulace, 2019)

### 2.3.6 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost, neboli ČALS, vznikla v roce 1997 a byla zapsána jako občanské sdružení. Sídli v Gerontologickém centru v Praze, ale má několik kontaktních míst po celé republice. Jejím cílem je podpora a pomoc osobám trpícím demencí a jejich rodinným příslušníkům. Vznikla na základě podnětu několika odborníků a rodinných příslušníků, kteří se domnívali, že demence u nás nemá dostatek pozornosti. Dnes si ČALS připisuje hned několik úspěchů, jako například prosazení kognitiv (látky, které působí kladně na kognitivní funkce – myšlení, paměť, pozornost apod.) do úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Spolupracuje a podílí se na činnostech Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. (Jiráková a kolektiv, 2009, Alzheimer 2015)

ČALS má 25 kontaktních míst v České republice. Zde pracují zaškolení pracovníci, kteří sjednávají schůzky s odborníky a jsou schopni podávat základní informace o problematice a dokázat poradit klientům, kam se mají obrátit pro další pomoc a informace. Jedná se o státní, nestátní, zdravotnická a sociální zařízení. Konkrétně jsou to například lůžková zařízení a denní stacionáře. Zakládají si na kvalitě poskytování svých služeb, proto každé kontaktní místo musí obdržet Certifikaci Vážka. Certifikace Vážka se uděluje na 24 měsíců a uděluje ji dlouholetí školení pracovníci ČALS. (Jiráková a kolektiv, 2009, Alzheimer 2015)

Česká alzheimerovská společnost poskytuje dvě registrované sociální služby – konzultace a respitní péče. Osobám s demencí a jejich rodinám také poskytují pomoc ve formě svépomocných skupin – Toulky paměti a duši a Čaje o páté.

- **Konzultace** – Jedná se o individuální konzultace pro osoby s demencí a jejich rodinné příslušníky. Cílem je tyto osoby podpořit a zlepšit kvalitu života osob s demencí i jejich rodin. Probíhají v přátelském prostředí v budově Gerontologického centra v Praze. Při těchto konzultacích dostávají pečující potřebné informace, například o diagnóze, léčbě, průběhu nemoci, či informace o tom, jak mají s nemocným komunikovat. Získají zde také určitou psychologickou podporu. To vše napomáhá ke snížení stresu a lepšímu zvládnutí role pečovatele.
- **Respitní péče** – Je to služba, poskytovaná osobám s demencí v jejich vlastním domově, v situacích, kdy rodinný příslušník (pečovatel) není přítomen. A to například z důvodu nutného odpočinku, návštěvy lékaře nebo úřadu. Služba je poskytována ve všední dny od 8:00 do 19:00 hodin na území Prahy. Doba poskytování péče záleží na domluvě. O službu žádá pečující osoba poskytovatele, nutný je však souhlas od uživatele služby (k tomu je vypracovaná metodika). Pracovníci poradenské linky zprvu objednají žadatele do poradny ČALS, kde obdrží uživatel i pečující potřebné informace. Pokud je vyhodnoceno, že služba je pro zájemce vhodná, setká se s koordinátorkou respitní péče, kde se dohodnou na podrobnostech (cena, doba, frekvence). Následně dochází k seznámení se s prostředím, ve kterém bude služba realizována. Respitní péče obsahuje tyto úkony : pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Neposkytují údržbu a úklid domácnosti a ošetrovatelské úkony. Cena je při poskytnutí nejvýše 20 hodin týdně 90 Kč za hodinu.
- **Čaj o páté** – Je určen pro rodinné příslušníky osob s demencí. Na tyto sezení jsou zváni odborníci, kteří odpovídají na jejich otázky. Rodina se zde tedy dozví potřebné informace o péči o osobu s demencí, ale také jak má pečovat o sebe a může zde sdílet své nelehké životní situace způsobené pečováním o osobu blízkou s demencí. Setkání probíhají v Gerontocentru každých 14 dní, ve čtvrtek od 17:00 hodin.
- **Toulky paměti a duši** – Svépomocná skupina je určena přímo osobám s demencí. Je určena lidem v počáteční fázi demence. Pomáhá především



vyrovnat se s důsledky nemoci, udržuje náhled a poskytuje psychosociální pomoc. Setkání probíhají obvykle jednou za tři týdny ve středu od 14:00 hodin. (Alzheimer 2015)

ČALS realizuje také celou řadu projektů. Aktuálně se jedná o tyto projekty :  
Bezpečný návrat, Dny paměti, GOS a Rozvoj kontaktních míst.

- **Bezpečný návrat** – Pomáhá lidem ohroženým blouděním. V projektu jsou nemocní i rodinní pečující. Rodina poskytuje informace o nemocném a telefonické kontakty. Cílem programu je pomoci nemocnému najít cestu domů. Nemocní se často ztrácejí na místech, kde to dobře znají a například před týdnem na místě byli. Někdy je možné použít například kartičku se jménem a adresou, ale to není vždy bezpečné, nebo ji u sebe nemocný ani nemusí mít. Program funguje tak, že nemocný dostane tři náramky, na kterých je zaznamenán kód a číslo na linku ČALS. Pokud se nemocný ztratí, ČALS dokáže pomocí kódu nositele náramku identifikovat a poskytnout telefonní čísla na rodinné příslušníky. Zájemcům stačí vyplnit přihlášku a zaslat ji na adresu ČALS. Projekt je pro zájemce zcela bezplatný.
- **Dny paměti** – Projekt funguje již od roku 2008 a poskytuje bezplatné vyšetření paměti na vybraných kontaktních místech. Na vyšetření je možné se objednat telefonicky na konkrétní kontaktní místo. Projekt pracuje s tím, že je velmi důležité věnovat paměti dostatečnou pozornost. Začínající problémy s pamětí mohou vést k nejčastějšímu typu demence, a to k Alzheimerově nemoci. S tím souvisí znalost diagnózy, která vede k tomu, že člověk může být léčený. Znat diagnózu AN co nejdříve je důležité právě pro její léčbu.
- **GOS** – Projekt se snaží o zlepšení péče o seniory v příspěvkových organizacích Jihomoravského kraje. Zahájen byl v roce 2010, vznikl už ale kolem roku 2009. Probíhá ve všech 16-ti zařízeních určených pro seniory s demencí. V nich je také možné nechat si bezplatně vyšetřit paměť v rámci projektu Dny paměti.
- **Rozvoj kontaktních míst** – Projekt je financovaný z Programu implementace švýcarsko-české spolupráce na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Cílem je podporovat již vzniklá kontaktní centra ČALS a vytvářet nová v těch krajích, kde se nenacházejí. Projekt se také zabývá vzdělávacím programem a podporou pro poradce a lektory. (Alzheimer 2015)

## 2.4 Domácí péče u osob s Alzheimerovou nemocí

Nutné je znovu zmínit, že Alzheimerova nemoc se těžko rozlišuje od podobných onemocnění. Může to vést ke špatné diagnostice ze strany odborníků. Proto poznání AN je velmi složité pro rodinné příslušníky, kteří mohou nemoc zaměňovat s příznaky stáří. V kapitole, která se věnovala AN, jsme popsali příznaky, které by mohly signalizovat toto onemocnění, příznaky, kterých si pečující osoba může všimnout.

Mezi takové příznaky patří narušení paměti, a to především krátkodobé. Jedinec zapomíná, kam chtěl jít, nebo co měl udělat. Objevují se také změny chování, může docházet až k agresivitě, jak se dotyčný snaží zakrýt fakt, že si některé věci nepamatuje. Nemocný nemusí rozumět, co mu říkáme, nebo nás vůbec nemusí poznat. Jedním z příznaků může být také opakování vět a dotazů. Nemocný si nepamatuje, že jsme mu již na otázku odpověděli. (Regnault, 2011) Další příznaky jsou zachyceny v předešlých kapitolách.

Důležité pro rodinné pečovatele je uvědomit si, že senior může některé příznaky AN skrývat, což se projeví změnami chování (agresivita). Také ne vždy se jedná o AN, některé příznaky mohou být podobné, či stejné, ale o AN se nejedná. Určit, zda jde o AN, může pouze odborné vyšetření. (Regnault, 2011)

### 2.4.1 Komunikace u osob s demencí

Komunikace je nedílnou součástí lidského života. Prostřednictvím komunikace vyjadřujeme své názory, potřeby a sdělujeme důležité informace. U osob s demencí je komunikace výrazně narušena. Problematické je pro ně vyjádřit se, či odpovědět na otázku. V běžném rozhovoru komunikační partneři přispívají stejnou měrou, kdežto při komunikaci s osobou s demencí rovnováha chybí. Do komunikace s osobou s demencí musíme vkládat mnoho energie. Čím pokročilejší demence je, tím více energie do komunikace dáváme. V prvních fázích nemocný obtížně hledá vhodná slova a nedokáže mluvit o událostech, které se staly teprve nedávno. Používá tzv. „prázdná“ slova, tedy slova, která nic neříkají (to, něco). Když si nemohou vzpomenout na nějaké slovo, řeknou slovo, které mu je podobné. Prostřední stádium nemoci je, co se týká komunikace, pro osoby s demencí složité. Nemocní se zapojují méně do rozhovoru a zapojení je pro ně velmi složité. Pokud se vyjadřuje, tak takovým způsobem, že mu jeho rodina většinou nerozumí. Například začne větu zprostředka nebo mluví o něčem a nevysvětlí o čem. Automaticky předpokládá, že mu rodina rozumí. Nechápe abstraktní pojmy. Nedokáže vyprávět příběh logicky od začátku až do konce. V posledním stádiu nemocný již nemluví. Reaguje pouze na smyslové impulzy, jako je chlad, teplo, či bolest. (Buijssen, 2006)

Osoba s AN je lidská bytost, která si zaslouží, stejně jako všichni ostatní, přívětivý přístup a empatii. Je nutné k osobě s demencí přistupovat s trpělivostí a důstojností. Když pochopíme, čím člověk s demencí prochází, budeme mu lépe rozumět a můžeme mu lépe pomoci. Nemocný potřebuje naši podporu a pomoc. Demence má sice u všech jedinců podobný průběh, ale každý člověk je individuum. Pro pečující je důležité nemocného znát, znát jeho dřívější koníčky a záliby, aktivity, které rád dělal. Pečující osoba by měla být co nejčastěji v blízkosti nemocného, aby mu dovedla podat pomocnou ruku. Nežádoucí jsou stavy, kdy nemocný pociťuje svou nesoběstačnost a nesamostatnost. Komunikace je pro každého člověka velmi důležitá a u osob s demencí bývá velmi narušena. Nekomunikace u osob s demencí může vést k izolaci od společnosti a svého okolí. Nemocný nějakým způsobem komunikuje také v pozdějších stádiích nemoci. Vhodné je hledání jiné komunikace, než té slovní. Osoby s demencí se mohou vyjadřovat nonverbálně, je důležité této komunikaci rozumět. Osobu s AN je třeba doprovázet životem a být jí neustále na blízku. Ale také stanovit jasná pravidla a denní režim. (Jiráková a kolektiv, 2009)

Dalším důležitým bodem, který se týká komunikace, je otázka, jak hovořit se svým blízkým o jeho nemoci. Některé změny u osoby s AN jsou viditelné na první pohled a snadno si jich může všimnout také rodinný pečující. Hovořit s nemocným o jeho problémech je nutné, záleží jen na tom, jakým způsobem o tom s ním mluvit. Cennou radu zde může poskytnout ošetřující lékař či jiný odborník, ale obecně platí, že pokud s nemocným má pečující osoba dobrý vztah, mohou o nemoci snáze mluvit. Podstatné je nevynechávat nemocného z plánovaných aktivit, neponižovat ho a nepřipomínat mu, co dříve zvládal a nyní již nezvládá. (Regnault, 2011)

V komunikaci s blízkou osobou, která onemocněla AN, je důležité přizpůsobit se. V každém stádiu nemoci se komunikace bude vyvíjet jiným směrem, ale platí obecná pravidla, jak s osobou s AN komunikovat. Rozhovor s nemocným by měl probíhat v klidném prostředí, kde se jedinec může plně soustředit. Důležitá je dobrá artikulace a pomalejší tempo mluvy. Žádoucí jsou různé dotyky a neverbální komunikace, ale pokud s nemocným komunikujeme verbálně, měli bychom stát tak, aby na nás dobře viděl. Je také třeba se na rozhovor soustředit, protože nemocný má problémy se vyjádřit, tudíž spoustu věcí musíme odvozovat. Je nutné také počítat s tím, že se komunikace nemocného bude zhoršovat. Na takovou situaci bychom měli reagovat klidně. (Regnault, 2011)

#### **2.4.2 Pomoc pečujícím**

Rodinní příslušníci, kteří se rozhodnou pečovat o svého blízkého, který trpí AN, řeší řadu otázek, na které si sami nemohou odpovědět. Kromě těchto otázek se dostávají i do různých životních situací, které pečující osoby musejí řešit. Nabízí se jim však pomoc v podobě různých sociálních služeb a organizací, které jsou ochotny pomáhat. Pečující osoba nemusí být nutně na všechno sama.

Mezi nejčastější otázky patří, zda se pečující osoba má přistěhovat za nemocným do jeho přirozeného prostředí nebo se má nemocný stěhovat za pečující osobou. Pokud se nejedná o manžela, či manželku, je nutné vyřešit otázku stěhování se a zda je vůbec stěhování nutné. Tento problematický okamžik musí každý zvážit sám za sebe. Při rozhodování by pečující měl brát v potaz zdravotní stav nemocného, zda vyžaduje neustálý dohled a zda je schopen se o něho postarat 24 hodin denně. Je nutné také myslet na to, zda může někdo pečujícího zastoupit v době jeho nepřítomnosti. Pečující by měl také myslet i na sebe, na to, jak se mu po nastěhování k nemocnému změní život a zda to nebude ovlivňovat ostatní členy rodiny, či samotného nemocného. Další bod k zamyšlení je zvážení prostoru, který bude pečující osoba sdílet s nemocným. Zda je v bytě, či domě dostatek místa pro oba. Stěhování se k nemocnému je velký krok, který musí být důkladně promyšlen, protože to nemusí být chvilková záležitost. Opačnou možností je, že nemocný se přestěhuje za pečující osobou, ovšem i toto musí být důkladně promyšleno. (Regnault, 2011)

Další otázky, které pečující může řešit, se týkají péče. Zda se o nemocného starat neustále a tím pádem přestat pracovat. To je souhrn otázek, které zasahují především do života pečující osoby, jelikož řeší otázku toho, kolik času bude věnovat nemocnému na úkor svého volného, či pracovního času. Řešením by mohlo být stanovení základních pravidel, která se nebudou porušovat. Pečující osoba by si měla uvědomit, že je potřebná i jinde, než u svého „pacienta“ a věnováním velkého množství času nemocnému, se může zcela vyčerpat a zhoršit si s ním vztah. Profesionální ošetřovatel by mohl zastat některé úkony, které pečující není schopen dělat. Například by mohl pomoci v oblasti péče o osobní hygienu a stravování. Rodinný pečující má poté možnost se věnovat aktivitám, které profesionál nezajistí. Otázku práce lze vyřešit tak, že pečující přestane chodit do práce, či na určitou dobu práci výrazně omezí. V tomto případě je situace řešena příspěvkem na péči a podobně. Pokud se ale pečující rozhodne nadále pracovat, svůj čas dělí na tři a více závazků (nemocný, práce, rodina). V tomto případě je vhodné si co nejvíce povinností ulehčit. Například zajistit pomoc v podobě profesionálního pečovatele a výpomoci do domácnosti. (Regnault, 2011)

Pomocí pro rodinné pečovatele je také pomoc finanční. Právě v důsledku odchodu ze zaměstnání ztrácí pečující osoba zdroj příjmu a je nezbytné finanční prostředky získat jinde.

Léčba AN je hrazena zdravotním pojištěním, ale stále je zde spousta věcí, které musí pečující a nemocný zaplatit. Z toho důvodu má nemocný nárok na státní pomoc v podobě financí a výhod. Jednou z finančních pomoci státu je **invalidní důchod**. Na invalidní důchod má nárok osoba s AN, která touto nemocí onemocněla před 65. rokem a není schopna pracovat. (Regnault, 2011) Zákon popisuje tři stupně invalidity související s poklesem pracovní schopnosti. Pracovní schopnost poklesla (Zákon 155/1995 Sb. Zákon o důchodovém pojištění) :

- a. nejméně o 35 %, nejvíce o 49 % - invalidita prvního stupně
- b. nejméně o 50 %, nejvíce o 69 % - invalidita druhého stupně
- c. nejméně o 70 % - invalidita třetího stupně

*„Výše základní výměry invalidního důchodu činí 10 % průměrné mzdy měsíčně.“*

(Zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění) O invalidní důchod lze požádat prostřednictvím sepsání žádosti. K jeho vybavení je zapotřebí potřebných dokladů a především je nezbytné projít vyšetřením zdravotního stavu. Rozhodnutí vydává orgán sociálního zabezpečení nejpozději do 90 dnů ode dne zahájení žádosti.

Druhou finanční pomocí je **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči přísluší člověku, který je závislý na pomoci jiné osoby z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu. Přiznání příspěvku se hodnotí podle deseti oblastí péče o soběstačnost. Jsou to tyto oblasti : mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. U osoby mladší osmnácti let se nehodnotí péče o domácnost. Příspěvek na péči se dělí do čtyř stupňů závislosti : lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Výše příspěvku je pro osoby starší osmnácti let následující (měsíčně) (Zákon 108/2006 o sociálních službách) :

- 1) 880 Kč – stupeň I (lehká závislost),
- 2) 4400 Kč – stupeň II (středně těžká závislost),
- 3) stupeň III (těžká závislost),
  - a) 8800 Kč při poskytování pobytových sociálních služeb, umístění v dětském domově nebo speciálního lůžkového zdravotnického zařízení hospicového typu,
  - b) 12800 Kč v ostatních případech,
- 4) stupeň IV (úplná závislost),
  - a) 13200 Kč při poskytování pobytových služeb, umístění v dětském domově nebo speciálního lůžkového zdravotnického zařízení hospicového typu,
  - b) 19200 Kč v ostatních případech.

O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Na úřadu se předkládá vyplněný formulář. Žádost obsahuje jak označení osoby, která poskytuje nebo bude poskytovat pomoc, tak její písemný souhlas. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, Regnault, 2011)

### **2.4.3 Aktivizační činnosti v domácím prostředí**

Vzhledem k tomu, že AN nelze vyléčit, je vhodné, přistoupit k aktivizačním činnostem, které podpoří zpomalení této nemoci. Dnes existuje celá řada činností, které osobě s AN můžeme nabídnout. Od terapií od odborníků až po aktivizační činnosti,

kteře zvládne kařký sám v domácím prostředí. Cílem těchto činností by mělo být uchování schopností nemocného co nejdéle.

AN postihuje především paměť, proto je vhodné ji nejvíce posilovat a dbát na přehlednost úkonů, které si jedinec musí zapamatovat. Doma by měl mít nemocný přehledný kalendář a hodiny, aby měl pojem o čase a o svém okolí. Denní úkoly lze napsat na papír a vždy, když je nemocný splní, je odškrtně. Do kalendářů nebo diářů je třeba zapisovat důležité události, například schůzky a návštěvy pečovatelu a lékařů. Pro lepší orientaci seniora po domě lze umístit kartičky s názvy pokojů na dveře. (Buijssen, 2006)

Podstatné je také zachování soběstačnosti, kterou můžeme u nemocného zachovat tak, že ho budeme zapojovat do kařdodenních činností. Naplánujeme mu kařdodenní úkoly, které má splnit, za splněný úkol ho pochválíme a na nesplněné úkoly nereagujeme. (Regnault, 2011)

Při realizaci různých aktivit je důležité se nemocnému přizpůsobit. Především jeho tempu a schopnostem. Vzhledem k zapomínání nemocných je pro ně všechno nové, kdežto pro nás jsou to věci velmi dobře známé. Mnoho věcí osobu s AN rozptýlí a nad vším se musí neustále zamýšlet, přitom obvykle u jedné aktivity několikrát zapomene, co dělá a proč. Častými příznaky AN jsou halucinace. V případě halucinací je dobré je nemocnému nevyvracet, ale zároveň ho v nich nepodporovat. Pokud například nemocný vidí v pokoji cizí osobu, nesnažíme se mu vnutit, že tam není, ale jeho úzkost bereme vážně. Můžeme říci, že osobu nevidíme, ale pošleme ji pryč. Je vhodné tyto halucinace přijímat a naučit se s nimi pracovat, především pak naučit se nemocnému v těchto situacích pomoci. (Buijssen, 2006)

Další cennou radou je neučit nemocného novým věcem. Jedná se například o běžné činnosti, které nemocný dělal bez většího úsilí, ale teď už je nezvládá (stlaní postele, umývání nádobí). Je zbytečné ho to znovu učit, protože není v jeho moci si činnosti znovu zapamatovat. Také není vhodné jedince konfrontovat. Pokud je to možné, jeho chyby ignorujeme a nenadááme mu za ně. Při konfrontaci se nemocný nebude cítit dobře a my si tím ničím nepomůžeme. Nemocnému bychom měli také zajistit řád a pravidelnost. Lidé s AN potřebují kařdodenní režim, který by se měl dodržovat. Takový režim ale musí obsahovat také odpočinek. Například vstávání, ranní hygiena, snídaně, procházka, odpočinek, oběd, káva, volnočasové aktivity, úklid, svačina, odpočinek, příprava večeře, večeře, spánek. Denní program by neměl být pro pacienta náročný a neměl by ho rozrušovat. Aktivity by měly být voleny tak, aby je nemocný zvládal a neunavovaly ho. Je také důležité nepřemísťovat věci v jeho bezprostředním okolí. Vše by mělo být uspořááno tak, aby nemocný potřebné věci viděl a našel. Na osobu s AN nahlížíme s trpělivostí a respektujeme pomalejší tempo. Nepřerušujeme ho v aktivitách, které dělá pomaleji. Pomoc nabízíme, když to potřebuje. Jednáme však s jedincem jako s dospělým. (Buijssen, 2006)

Změny v osobnosti a emocionalitě jsou dalšími příznaky AN. Velmi často se objevuje u lidí s AN agresivita a různé emoční výbuchy. Zde je důležité nebrat je příliš osobně, spíše je brát s rezervou. Pomoci může humor. Spoustě událostem, které se stanou, se dá společně zasmát. Nemluvíme ale o vysmívání. Humorem lze uvolnit napětí a agresivitu, kterou nemocný dává najevo. Většina emočních výbuchů nepatří přímo pečujícímu, nemocný se pouze cítí bezmocně. Osoba s AN může být i přes to všechno šťastná. Možná někteří pečovatelé budou mít pocit, že je zbytečné přinášet štěstí do života nemocných, když to zapomenou, ale není tomu tak. Člověk s demencí se dokáže plně soustředit na prožívanou chvíli. (Buijssen, 2006)

Buijssen uvádí ve své knize následující podmínky, které by měly vést člověka s demencí k aktivitě a zaměstnanosti (Buijssen, 2006, s. 107-109) :

- Pečovatel by měl převzít iniciativu.
- Naplánování činností na takovou denní dobu, kdy postižený člověk mívá nejvíce energie a bude přístupný ke spolupráci.
- Soustředění se na to, co ještě dokáže dělat, a nenutit ho do toho, co už nedokáže. Činnost sama je důležitější než výsledek.
- Omezení hluku a rozptýlení na minimum.
- Výběr činností, které jsou vhodné pro dospělé.
- Při náznacích neklidu přestat pracovat.
- Přednostně provádět ty činnosti, které pacient dělal rád v minulosti.
- Nepřebírat úkol za nemocného, ale pomoci mu.
- Rozdělení činností do jednoduchých kroků.
- Opatrnost při používání nebezpečných pomůcek (nůžky, jehly).
- Návštěva veřejných míst v době, kdy je tam méně lidí.
- Nové činnosti zavádět s vědomím, že rozsah pozornosti pacienta je omezený.
- Neprovádět činnosti, které vyžadují rozhodování.

Pokud jsou dodrženy tyto podmínky, nemocný může provádět celou škálu činností. Například jednoduché domácí a venkovní práce (vysávat, skládat prádlo, vytírat, zalévat květiny, sázet květiny, vytrhávat plevel), ruční práce (navlékání korálků, vyšívání, tvoření z hlíny), poslech hudby a zpěv, chození na procházku, návštěva knihovny nebo kina, počítání a třídění věcí v domácnosti a starat se o domácího mazlíčka. (Buijssen, 2006)

#### **2.4.4 Rodina nemocného s Alzheimerovou nemocí**

Alzheimerova nemoc postihuje nemocného svými nepříznivými příznaky. Ale člověk s AN není jediný, kdo trpí důsledky tohoto onemocnění. Nemoc přímo ovlivňuje a působí na jehincovo široké okolí a především na jeho rodinu, na kterou má největší

vliv. Spousta rodinných příslušníků promýšlí, jak nejlépe se mají o svého blízkého postarat a pokud zvolí cestu domácí péče, obvykle se vzdávají kusu svého života. Musí řešit složité a nepříjemné otázky a potřeby nemocného, ale také dalších členů rodiny. Péči o nemocného provází obavy a problémy. V této kapitole se pokusím některé z problémů popsat.

Jedním z velkých problémů je fakt, že se rodina musí vyrovnat s blížící se smrtí svého blízkého. Jejich blízká osoba si prochází pomalým procesem umírání a rodina se s tím musí nějakým způsobem smířit. Buijssen (2006) uvádí, že prožívají emoce spojené s truchlením, jako jsou popření, neochota uvěřit, vzpoura, zármutek, stud, hněv, osamělost, vina, žárlivost, bezmocnost a řadu dalších. Proces truchlení je velmi obtížný, protože blízká osoba je stále naživu a chybí přesné ohraničení ztráty. Navíc dochází k neustálým ztrátám, které rodinní příslušníci musejí přijmout. Jeden den například už nemocný nechce vstávat z postele a druhý už nechce jíst. Je velmi těžké přijmout ztrátu svého blízkého, když stále žije, přitom už to dávno není on. (Buijssen, 2006)

Další problematická situace nastává tehdy, když se nemocný nedokáže postarat sám o sebe. V tom případě se o něj musí starat osoba blízká, která tím přichází o část svého života. Nemoc pečovatele ovlivňuje jak fyzicky, tak mentálně. Pečující osoby popisují pocity strachu o svého pacienta. V jedné kazuistice manželka nemocného uvádí, že celý její život se točí kolem jejího manžela. I při normální okolnosti, jako je nakupování, myslí na to, že je doma sám a modlí se, aby se mu nic nestalo. Svůj dům popisuje jako vězení a svůj život jako život, který žije za manžela. Kromě obav o zdraví nemocného se pečovatelé bojí také o budoucnost. Bojí se o vlastní budoucnost, kdo se o nemocného postará, když onemocní nebo se z nějakého důvodu o něho nebudou moci starat. Strach ale mají také o budoucnost nemocného, bojí se, že se jeho stav zhorší a jediným řešením bude institucionální péče. Zraňující jsou mnohdy názory blízkého okolí. Do péče o nemocného se nemusí vždy zapojovat celá rodina a někteří členové mohou mít na stav nemocného jiný názor, nežli pečující. Pečující osoba zná obvykle nemocného nejlépe a ví, jaký je jeho opravdový stav. Někteří příbuzní stráví s nemocným příliš málo času na to, aby znali jeho zdravotní stav a potřeby, přesto však jeho stav hodnotí a tím mohou znesnadňovat práci pečující osoby. Pečující osoby jsou v tomto ohledu málo oceňované. (Buijssen, 2006)

U pečujících osob mohou také nastávat situace, kdy dochází k protichůdným emocím. K nemocnému cítí soucit, lítost, lásku, ale zároveň hněv a zlost. Většina těchto protichůdných emocí vzniká v důsledku další ztráty (schopnosti, dovednosti). Výbuchy emocí jsou způsobeny ztrátou kontroly nad celou situací. Někteří pečovatelé bojují s myšlenkou žití vlastního života. Chtějí se o blízkého starat, ale zároveň si uvědomují, že ztrácejí cennou část svého života, kterou jim nikdo nevrátí. Řešením by mohla být pomoc odborníka, ale někteří se bojí, že za ně převezme kontrolu a bude vše



organizovat nebo mají pocit, že to sami nezvládají a selhali. Na jedné straně tedy vnímají velkou potřebu pomoci a na druhé obavy a strach. (Buijssen, 2006)

## 2.5 Institucionální péče u osob s Alzheimerovou nemocí

Druhou variantou péče o osobu s Alzheimerovou nemocí je institucionální péče, tedy péče v pobytovém zařízení sociálních služeb. Důvodů pro tento typ péče může být mnoho. Pečující osoba se o nemocného nechce nebo z nějakého důvodu nemůže starat. Péče o osobu s AN je velmi náročná po fyzické i psychické stránce, proto některé pečující osoby nemohou zajistit dostatečnou péči pro svého blízkého. Rodina se může také rozhodnout, že se o svého blízkého starat nechce a z toho důvodu je umístěn do pobytového zařízení. Umístění může být realizováno také na přání nemocného. Pokud je z jakéhokoli důvodu nemocný umístěn do institucionální péče, znamená to, že mu pobytové zařízení poskytne nový domov s odbornou péčí.

### 2.5.1 Současné poskytování sociálních služeb pro seniory

Výrazné změny přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon se dotýká všech uživatelů sociálních služeb a osob nacházejících se v nepříznivé životní situaci. Jednou ze změn, kterou zákon stanovuje je směr od institucionalizace k deinstitucionalizaci. To znamená podporu domácího prostředí před prostředím institucionálním. Další změnou je podpora integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Zákon také vymezuje odpovědnost za sociální služby, která dříve příslušela především státu, nyní jsou odpovědní jednotlivci, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. (Malíková, 2020)

V současné době je podporována péče v domácím prostředí nemocného. Pokud však rodina nechce nebo není schopna se o nemocného postarat, je zde možnost sociálních služeb. Sociální služby dělíme na služby :

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

V případě, že je senior nesoběstačný, tedy nedokáže se o sebe sám postarat a nestará se o něj ani rodina, může využít těchto sociálních služeb pro seniory (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) :

- centrum denních služeb,
- denní stacionář,
- týdenní stacionář,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem.

Všechny služby jsou poskytovány na základě individuálního plánu a standardů kvality, což umožňuje dodržování práv klientů zařízení, ale také dodržování určité kvality poskytovaných služeb. Klient není pasivním příjemcem sociální služby, ale aktivně se na ní podílí. Činnosti v poskytovaných službách směřují k tomu, aby se stav klienta zlepšoval nebo alespoň udržoval. (Malíková, 2020)

V sociálních službách se nachází celé řada pracovníků, podílejících se na péči o klienty. Mezi ně patří sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. Všichni tyto pracovníci spolupůsobí v sociálních službách. V přímé péči připadá na jednoho pracovníka 3-15 klientů. Toto množství je velké a neumožňuje pracovníkům vykonávat svou práci v dostatečné kvalitě. Tlak na jednoho pracovníka v přímé péči může znamenat jeho demotivaci nebo syndrom vyhoření. (Malíková, 2020)

### **2.5.2 Domov se zvláštním režimem**

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

V Domově se zvláštním režimem, který je mimo jiné určen pro osoby s Alzheimerovou nemocí jsou zajištěny tyto služby :

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon, 2006)

Domov se zvláštním režimem poskytuje seniorům trvalý domov zahrnující útulné a příjemné prostředí. Vybavení pokoje je jasně stanoveno a je zde možnost také nadstandardního vybavení. Součástí pokoje by měla být koupelna s WC, pokud tomu tak není, musí být umístěna společná koupelna v každém patře a to zvlášť pro ženy a pro muže. Nejen, že by pokoje měly být útulné a příjemné, ale také bezpečné. Žadatel a jeho rodina mají možnost se podívat do zařízení a zvolit si pokoj, který bude žadateli

vyhovovat. Klient je po přijetí do zařízení seznámen s prostory a jeho věci jsou sociálním pracovníkem uloženy do pokoje tak, aby mu v něm bylo příjemně. Ubytování obsahuje také společenské prostory zařízení (společenská místnost, jídelna, zahrada). V zařízení také existují místnosti, které klientovi a jeho rodině nejsou přístupné, ty jsou uvedeny v domácím a návštěvním řádu. V rámci pobytu klienta mu je poskytována strava. Strava by měla odpovídat věku klienta a jeho zdravotního stavu. Pokud je to potřeba, strava musí být podávána s dopomocí. Podává se 5x denně, u diabetiků 6x denně. Pokud se klient nemůže nebo nechce dostavit do společných prostor ke stravování, je mu strava přivezena na pokoj. Při stravování jsou zohledněny požadavky klienta a jeho návyky. S návyky se pracuje také v oblasti hygieny. Pokud návyky nejsou zachovány, je nutné cílit na jejich edukaci. Hygienická péče se provádí na základě požadavků klienta a jeho zdravotního stavu (na lůžku/v koupelně). Do zařízení mohou docházet odborníci zajišťující péči o hygienu, například pedikérka. Pracovníci také pomáhají klientům při zvládání běžných denních úkonů (úklid, oblékání, hygiena, polohování). Klienti se mohou účastnit různých společenských a jiných akcí konaných v zařízení nebo mimo něj. Účastní se také různých aktivizačních činností, které v klientovi probouzí zájem o své okolí a především o sebe. (Malíková, 2020)

### 2.5.3 Aktivizace seniorů v institucionálním zařízení

Klienty pobytových zařízení provází řada problémů, kterým lze vybranými technikami a metodami předcházet. Tyto problémy způsobují seniorovu pasivitu a psychická, emocionální a fyzická úskalí. Provádění aktivizačních činností působí pozitivně na všechny zmíněné oblasti. Napomáhají k soběstačnosti klienta, k jeho uvědomování si okolí a sama sebe, k navození harmonie a klidu. Tím může docházet ke zlepšení stavu klienta v takové míře, že může opustit zařízení nebo zůstat v něm a žít kvalitnější způsob života. V praxi se tomu tak neděje. Jedním z důvodů je nedostatek financí a nedostatek proškolených pracovníků. (Malíková, 2020)

Uvedeme zde několik aktivizačních činností, které mohou napomáhat lepšímu zdravotnímu i psychickému stavu klienta. Jsou to činnosti, které lze provádět s klienty v zařízení. Předpokladem je motivace klientů a zájem pracovníků o klienta.

1. **Muzikoterapie** – Je to metoda, která využívá různé zvukové vibrace. Může se jednat o samotnou hudbu a zpěv, ale také o celou škálu zvuků (zpěv ptáků, šumění moře, bubnování, cinkání). Účinky muzikoterapie se projevují na psychice jedince. Muzikoterapie dokáže navodit vnitřní klid, optimismus, podporuje nezávislost a soběstačnost a posiluje objektivní vnímání reality. Metoda je vhodná pro všechny seniory a je nenáročná. U lidí s AN posiluje stav pohody, zklidnění, snižuje náladovost a poruchy spánku. Pomocí muzikoterapie lze klienta stimulovat k další aktivitě nebo naopak zrelaxovat tělo i duši.
2. **Arteterapie** – Je to metoda využívající výtvarný projev k poznávání lidské psychiky a mezilidských vztahů. Zahrnuje práci s papírem, přírodními materiály,

modelování a malování. Arteterapeut, který vykonává arteterapii je zařazen do zdravotnických profesí jako odborný pracovník. U osob s demencí dokáže jedince zklidnit a lze ji také využít jako prostředek komunikace. Arteterapie je v pobytových zařízeních velmi využívána. Vhodná je kombinace arteterapie s jinými metodami (muzikoterapie, aromaterapie).

3. **Aromaterapie** – Terapie využívá esenciálních olejů většinou přírodního původu (květy, dřevo, listy). Jde o terapii kontaktní. Napomáhá k obnovení rovnováhy, léčí mysl, tělo i ducha. Esenciální oleje působí na tělo (bolesti hlavy, nemoci) a mysl (zklidnění, koncentrace). Využívá se například inhalace, masáže, vonné tyčinky a svíčky, zvlhčovače vzduchu a koupele. Aromaterapie není vhodná pro všechny klienty. Je velmi důležité, aby klientovi vůně byla příjemná. V některých případech není vhodné aromaterapii využívat (onkologická onemocnění, vaskulární onemocnění, epilepsie, vysoký krevní tlak, pooperační stavy).
4. **Snoezelen** – Ve snoezelenu se vytváří prostředí k stimulaci, relaxaci a prožití osobní zkušenosti. Má pozitivní účinky například na relaxaci, zklidnění, rozvoj verbální a neverbální komunikace, socializace, snížení poruch chování, odbourávání agresivity a impulzivity a na pozornost. Původně byl určen pro osoby s mentálním postižením, ale jeho využití je široké. Je vhodný pro všechny klienty, především ale pro klienty trpící demencí. „*Jde o záměrně vytvořené prostředí s atmosférou bezpečí a důvěry, kde jsou nabízeny smyslové podněty v přiměřeném rozsahu (aby nedošlo k sensorickému přetěžování).*“ (Švarcová, 2006, in Plecháčková, in Malíková, 2020, s. 249) Snoezelen tvoří místnost se zatemněným oknem a lůžkem. Přítomny jsou speciální světelné efekty a předměty. Využívají se také různé vůně a oleje, například prostřednictvím aromalampy a zvukový doprovod v podobě hudby, či zvuku. (Malíková, 2020)

Aktivizační činnosti nabízí celou řadu dalších možností, například reminiscence, ergoterapie, koncept bazální stimulace, zooterapie, orofaciální stimulace a mnoho dalších. (Malíková, 2020)

## **3 Praktická část**

### **3.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky**

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat aktivizační činnosti určené osobám s Alzheimerovou nemocí probíhající v domácí a institucionální péči a jejich dostupnost v Domově se zvláštním režimem a v domácí péči na Karlovarsku. Na základě toho jsem stanovila dvě výzkumné otázky –

1. Jaké aktivizační činnosti jsou realizovány v běžném denním režimu osoby s AN v Domově se zvláštním režimem a v domácí péči?
2. Mají klienti v ústavní péči více možností aktivizačních činností než klienti žijící v domácí péči?

### **3.2 Metodika výzkumu**

Ke zjištění dat jsem využila kvalitativní výzkumnou metodu, prováděnou formou polostrukturovaného rozhovoru se dvěma sociálními pracovníci Domova se zvláštním režimem v Královském Poříčí a rozhovoru se třemi rodinami seniorů s AN, o které je pečováno v domácí péči. Vzhledem ke ztížené situaci kvůli onemocnění COVID19 rozhovory probíhaly distanční formou. Rozhovory jsem se souhlasem dotazovaných nahrávala na diktafon nebo zaznamenávala ručně. Pro rozhovor jsem vytvořila 10 otázek s cílem zjistit co nejvíce informací o aktivizačních činnostech, které probíhají v institucionálním a domácím prostředí u osob s Alzheimerovou nemocí na Karlovarsku. Otázky uvedené v rozhovorech pro respondenty z institucionálního zařízení a pro rodinné pečující budou dostupné v příloze.

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkum probíhal v institucionálním zařízení pro osoby s Alzheimerovou nemocí a u osob s Alzheimerovou nemocí, které žijí v domácím prostředí. Konkrétně jsem vedla rozhovor se dvěma sociálními pracovníci, které se věnují aktivizačním činnostem v Domově se zvláštním režimem (Toreal) v Královském Poříčí. Dále jsem vedla rozhovor se třemi rodinnými pečujícími, kteří se starají o blízkou osobu s Alzheimerovou nemocí. Tyto rozhovory mi umožnila agentura Domácí péče, sídlící v Karlových Varech. Jednalo se tedy o záměrný výzkumný vzorek.

#### **3.3.1 Charakteristika vybraného zařízení**

Domov se zvláštním režimem Toreal sídlí v Královském Poříčí na Karlovarsku. Jedná se o sociální službu poskytovanou osobám s Alzheimerovou nemocí. Služba je poskytována osobám, které nejsou schopny se o sebe postarat v důsledku duševního onemocnění, nemohou žít ve svém přirozeném prostředí nebo se o ně nechce či nemá kdo postarat a nemohou využívat ani terénních služeb. Toreal se snaží udržovat životní úroveň svých klientů, snaží se předcházet sociální izolaci a pomáhá klientům se zvládnutím péče o vlastní osobu. Služby, které Toreal poskytuje, se snaží poskytovat

s laskavostí a klidem podobným rodinnému prostředí. Pomocí aktivizačních činností se pokouší o zachování soběstačnosti klientů. Kapacita zařízení je 39 lůžek. (Toreal 2017)

Domov se zvláštním režimem Toreal v Královském Poříčí jsem si vybrala z toho důvodu, že je jednou ze služeb pro osoby s Alzheimerovou nemocí na Karlovarsku, která poskytuje mnoho aktivizačních činností pro své klienty. S poskytováním služeb tímto zařízením mám také osobní zkušenost. Toreal byl jedním z oslovených zařízení, které mi poskytlo možnost rozhovoru se sociálními pracovníci.

### **3.4 Shrnutí rozhovorů s pracovníky v institucionálním zařízení**

V institucionálním zařízení jsem vedla rozhovor se dvěma sociálními pracovníci, které se pravidelně podílejí na aktivizačních činnostech pro své klienty. Pro rozhovor jsem vytvořila 10 otázek, které se zaměřují na popis aktivizačních činností, které jsou v zařízení realizovány, kdo činnosti provádí a na dostupnost aktivizačních činností. Odpovědi sociálních pracovníků jsem shrnula vždy do jedné odpovědi, protože se pracovníci v mnohém doplňovaly a rozhovor jsem vedla se všemi najednou.

1.

a. **Jaké aktivizační činnosti jsou poskytovány klientům ve Vašem ústavu?**

Promítání filmů, seriálů, pohádek, muzikálů a dokumentů, dle přání klientů. Pokud to situace dovoľovala, podnikali s klienty výlety po blízkých památkách (Zoologická zahrada, Mariánské lázně). Probíhá zde také ve spolupráci s rodinou reminiscenční terapie v rámci několika společných sezení. Před pandemií do zařízení docházely děti z MŠ a předváděly různá vystoupení, do kterých se klienti mohli zapojit. Také do Domova se zvláštním režimem docházejí různé menší hudební skupiny s nabídkou živé hudby, jedna paní obchází pokoje a hraje na harmoniku. Dále nabízí klientům Canisterapii, aromaterapii, cvičení jógy, bazální stimulaci, bohoslužby, stolní deskové hry a soutěže (bingo, kuželky apod.). Během svátků, jako jsou například Vánoce nebo Velikonoce, si klienti pečou vlastní pečivo a cukroví, které si poté mohou sníst s čajem. V rámci těchto svátků probíhají různá sváteční sezení, kde právě pijí čaj a jí pečivo a cukroví nebo poslouchají hudbu.

b. **Na jaké schopnosti se v rámci aktivizace zaměřujete?**

Především na procvičování paměti a jemné motoriky. „*Nejdůležitější je*

*ale pro nás to, aby se klienti dobře bavili a měli nějaké vyžití.“*

**c. Jakou formou jsou aktivizační činnosti poskytovány?**

Jsou poskytovány formou různých her a především terapií, obvykle skupinově.

**d. Jak často se aktivizačním činnostem s klienty věnujete?**

Pokud to situace dovolovala, klienti měli každý den možnost nějakého vyžití. *„Každý den jsme pro ně měli připravené různé aktivity.“* Výlety probíhaly podle nabídek.

**e. Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s Alzheimerovou nemocí?**

Nejčastěji z internetu nebo podle nabídek z okolí.

**2. Kdo všechno se na aktivizačních činnostech podílí?**

Aktivizační činnosti mají na starosti na každém oddělení určené pracovnice v přímé péči, které pracují na ranní směně (tedy jsou každý všední den přítomny). Aktivity pro klienty pořádají jak individuálně na svém oddělení, tak společně plánují aktivity pro klienty celého zařízení.

**3. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany klientů?**

Zájem klientů o aktivity je různý, většina klientů neprojevuje přílišný zájem. Některé klienty se podaří pracovníkům namotivovat. Záleží na aktuální náladě klienta a na tom, jak se cítí. Někteří klienti mají pouze vyhraněné oblíbené aktivity, kterých se účastní pravidelně.

**4. Dojíždí někteří Vaši klienti za jinými aktivizačními činnostmi, než jaké nabízí Váš ústav?**

Žádný z klientů za externími aktivitami nedojíždí.

**5. Jaké další aktivizační činnosti, kromě těch, které nabízíte, byste klientům Vašeho zařízení doporučila?**

*„Myslíme si, že naše zařízení nabízí pestrou škálu aktivizačních činností, proto není nutné doporučovat další. Samozřejmě se nebráníme novým nápadům, jak*



*život našich klientů ještě více zpestřit a zpříjemnit.“*

**6. Jaké aktivizační činnosti jsou mezi klienty nejoblíbenější?**

Canisterapie, poslech hudby a promítání filmů, seriálů, pohádek, muzikálu a podobně.

**7. Jaké jsou možnosti aktivizačních činností pro klienty, kteří se do běžných aktivizačních činností nechtějí nebo nemohou zapojit?**

Těmto klientům jsou nabízeny alternativní možnosti využití času, samostatně se rozhodnou, jak chtějí svůj čas trávit. Fyzicky méně schopným klientům personál pomůže nebo je na aktivity odveze pomocí kompenzačních pomůcek.

**8. Jaký je denní režim klientů zařízení?**

Ranní hygiena, snídaně, přímá individuální péče, úklid, volnočasové aktivity, oběd, přímá péče, polední klid, svačina, volnočasové aktivity, přímá péče, večere, večerní hygiena.

**9. Jakým způsobem informujete rodinu o možnostech aktivizačních činností ve Vašem zařízení?**

Rodiny jsou společně s žadatelem o těchto možnostech informováni již v rámci představení zařízení. Při podání žádosti dostanou všechny potřebné informace o aktivizačních činnostech, které probíhají v zařízení. *„Tyto informace jsou zmíněny také na našich webových a facebookových stránkách.“*

**10. Jak byste hodnotila dostupnost aktivizačních činností ve Vašem zařízení?**

Dostupnost aktivit je pro každého klienta dostačující. Každý klient má možnost se rozhodnout, jakých aktivit se bude účastnit. *„Nabízíme mnoho aktivit, mezi kterými si každý vybere aspoň jednu, která ho bude naplňovat a rozvíjet jeho schopnosti.“*

### **3.5 Přepis rozhovorů s respondenty v domácím prostředí**

V domácím prostředí osob s Alzheimerovou nemocí jsem vedla rozhovor s jejich blízkými, kteří se převážně o ně starají. Rodinní pečující se především starali o své rodiče, kteří onemocněli touto nemocí. Pro rozhovor jsem vytvořila 10 otázek, zaměřujících se na aktivizační činnosti, které pečující realizují v přirozeném prostředí

nemocného. Otázky jsou zaměřené také na dostupnost informací o aktivizačních činnostech a dostupnost činností v okolí. Otázky jsem položila třem pečujícím, vždy z jiné rodiny. Otázky jsou pro všechny tři pečující stejné. Při rozhovorech byla přítomna sociální pracovnice služby Domácí péče Karlovy Vary, která mi umožnila tyto rozhovory realizovat. Postup při rozhovoru byl lehce odlišný než v institucionálním zařízení. Rodinným pečujícím jsem nejprve vysvětlila potřebné pojmy k otázkám.

### **Respondent číslo 1 :**

**1. Jaká je dostupnost aktivizačních činností (zájmových aktivit) ve Vašem okolí?**

*„To přesně nevím. Nejsm si ani jistá, kde bych takové informace mohla hledat. Já žádných takových aktivit nevyužívám.“*

**2. Dojíždíte/docházíte se svým příbuzným za aktivizačními činnostmi mimo domov?**

*„Ne, nikam nedojíždíme. Na to už nezbývá čas a nevím, zda by to maminka zvládla.“*

**3. Jak probíhá Váš běžný den s příbuzným trpícím Alzheimerovou nemocí?**

*„Běžnou každodenní péči zajišťují pečovatelky Domácí péče Karlovy Vary. Zajišťují především základní hygienu, podání léků a jídla (3x denně). V dopoledních hodinách mi chodí vypomáhat švagrová, která maminku zkontroluje, připravuje jídlonosiče na výměnu a zkontroluje, zda není potřeba nakoupit, nebo zapnout pračku. Popovídat si s maminkou jezdí bratr. Další, kdo se na péči podílí, je zdravotní sestra, která přijde na kontrolu. Já osobně jezdím za maminkou na víkend.“*

**4. Jakým způsobem si zjišťujete informace o možnostech aktivizačních činností ve Vašem okolí?**

*„Jak jsem již řekla, tak nevím, jaké jsou v mém okolí nabízeny činnosti a ani si tyto informace nevyhledávám. Ale vyhledávala jsem si informace o aktivizaci, kterou mohu realizovat přímo já, nebo má rodina. Tyto informace jsem hledala především na internetu. Také jsem se dotazovala lékaře a sousedů.“*

**5.**

**a. Jaké aktivizační činnosti probíhají u Vás doma a jak často?**

*„Momentálně musím říci, že skoro žádné neprobíhají. Maminka měla v minulosti spoustu zálib, které jsem se u ní snažila udržet co nejdéle, v pozdějších fázích nemoci s dohledem. Bohužel už o spoustu aktivit neměla a stále nemá zájem. Z toho důvodu už se o žádné aktivity nepokoušíme. Dříve například maminka jezdila na cvičení pro staré dámy, chodila na koncerty, pracovala na zahradě a chodila se psem ven. Nyní tyto činnosti už nezvládá ani s dopomocí. Dnes se snažíme maminku co nejvíce podpořit a zkoušíme se jí různě dotýkat a hladit. Občas k ní přivezu nějakého pejska, se kterým se může mazlit. Měla jsem pro ni také různé aktivity na posílení paměti od pečovatelek, které dříve dělat nechtěla, protože pro ni byly moc jednoduché a dnes už je nezvládá.“*

**b. Jakou formou aktivizujete Vy nebo někdo jiný schopnosti svého příbuzného s AN?**

*„Dnes už pouze pomocí haptiky a rozhovoru. Maminka většinu svých schopností již ztratila a nelze ji zcela v těchto činnostech aktivizovat.“*

**c. Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s AN?**

*„Informace jsem vyhledávala na internetu. Řídila jsem se radami pečovatelek a zdravotních sester.“*

**6. Kdo se na těchto činnostech nejčastěji podílí?**

*„Nejčastěji já nebo má rodina, především můj bratr. Občas také pečovatelky.“*

**7. Které aktivity byste pro svého příbuzného uvítala, ale žádná služba je nenabízí?**

*„Nemám přehled o tom, jaké aktivity poskytují služby kolem nás, ale uvítala bych, kdyby maminka mohla dělat to, co ji dříve bavilo.“*

**8. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany Vašeho příbuzného, o kterého se staráte?**

*„Teď už téměř žádný. Dříve vydržela u aktivit aspoň 10 minut, nyní už žádné dělat nechce.“*

**9. Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vašeho příbuzného nejoblíbenější a nejvíce přínosné?**

*„Myslím si, že v tomto stádiu nemoci jí nejvíce pomáhají doteky. Různé masáže jí aspoň trochu stimulují. Je také ráda, když je teplo a může jít do zahrady.“*

**10. Myslíte si, že zajišťujete svému příbuznému dostatek aktivizačních činností, které napomáhají udržení dosavadních schopností?**

*„Určitě ne. Všechny ty činnosti jsou časově velmi náročné a vzhledem k tomu, že pracuji, na ně nemám čas.“*

**Respondent číslo 2 :**

**1. Jaká je dostupnost aktivizačních činností (zájmových aktivit) ve Vašem okolí?**

*„To přesně nevím. O to jsem se nikdy nezajímala.“*

**2. Dojíždíte/docházíte se svým příbuzným za aktivizačními činnostmi mimo domov?**

*„Momentálně ne. Dříve měla maminka své aktivity, za kterými docházela, ale nyní není schopná tam sama docházet a já na to bohužel nemám čas. Navíc spoustu z těch aktivit v dnešní době nezvládá.“*

**3. Jak probíhá Váš běžný den s příbuzným trpícím Alzheimerovou nemocí?**

*„Ráno, než jdu do práce, maminku zkontroluji a dám jí snídani. Máme objednanou službu, která jí přiveze oběd. S obědem mi pomáhá maminky sousedka, která vždy kolem oběda přijde za maminkou a pomůže jí s jídlem. Poté hrají karty. Občas odpoledne po škole se jde za maminkou podívat má dcera, která s ní většinou hraje nějaké stolní hry a dá jí svačinu. Pokud nepřijde dcera, tak přijde znovu maminky sousedka a dá jí svačinu a pustí televizi. Večer už všechno zařídím já. Už nemám sílu na nějaké činnosti s maminkou, takže spíše obstarávám to potřebné. Trošku jí uklidím, připravím večeři, vykoupu a chvíli se s ní dívám na televizi. Párkrát do týdne přijde za maminkou také sestra zkontrolovat léky a maminky stav. O víkendech jsem u maminky častěji. Každý den k nám také dochází pečovatelky z Domácí péče a zajišťují většinu péče o maminku až na večer, kdy se o ni starám sama.“*

**4. Jakým způsobem si zjišťujete informace o možnostech aktivizačních činností ve Vašem okolí?**

*„Nějak se o to nezajímám nebo spíše nemám čas. Starání se o maminku je pro mě velmi náročné a docházení za aktivitami by bylo velmi náročné. Navíc nevím, kdo by jí mohl za aktivitami doprovázet.“*

**5.**

**a. Jaké aktivizační činnosti probíhají u Vás doma a jak často?**

*„V podstatě každý den maminka hraje se sousedkou karty, což ji vždy bavilo. Občas dcera najde na internetu nějaké úkoly na procvičování paměti, které mamince po škole přinese. Jinak maminka přes týden kouká hodně na televizi. O víkendech s ní chodím na procházky. Maminka dříve ráda malovala, takže jí nosím různé obrázky na vybarvování. Dříve se zlobila, že jsou moc jednoduché a nyní už zvládne stěží vybarvit dětské omalovánky. Hodně si také povídáme nebo spíš já si povídám s ní a snažím se, aby mi odpovídala na otázky. Občas, když má špatnou náladu, pustím písničky jejího mládí a zpíváme.“*

**b. Jakou formou aktivizujete Vy nebo někdo jiný schopnosti svého příbuzného s AN?**

*„Snažíme se formou pohybu a rozhovoru. Často kladu mamince otázky (Jaký je dnes den?, Jaké je venku počasí?) a snažím se, aby mi odpověděla. Potřebuje hodně napovídat, ale většinou dospějeme společně k nějaké odpovědi. Občas také formou různých cvičení na paměť.“*

**c. Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s AN?**

*„Většinou na internetu. Když mám na to čas, sem tam si přečtu nějaký článek o této problematice. Také jsem se ptala pečovatelek, co všechno s maminkou mohu dělat, bohužel na většinu z nich nemám čas.“*

**6. Kdo se na těchto činnostech nejčastěji podílí?**

*„Řekla bych, že přes mou zaneprázdněnost asi já. Poté dcera a maminky sousedka, které si s ní občas něco zahrají.“*

**7. Které aktivity byste pro svého příbuzného uvítala, ale žádná služba je nenabízí?**

*„Nemám moc přehled o tom, co která služba nabízí a co nenabízí. Ale určitě bych uvítala, kdyby maminka mohla s někým chodit ven za aktivitami, které dřív provozovala. Aby měla nějaké větší vyžití.“*

**8. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany Vašeho příbuzného, o kterého se staráte?**

*„Maminka je v takovém stavu, že už se jí nikam moc nechce a s aktivitami je to stejné. Jediné, co jí ještě zajímá je hraní karet a televize. Jinak mi přijde, že když s ní děláme něco jiného, tak už nás moc nevnímá.“*

**9. Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vašeho příbuzného nejoblíbenější a nejvíce přínosné?**

*„Nevím, na kolik je to přínosné, ale je to hraní karet a koukání na televizi.“*

**10. Myslíte si, že zajišťujete svému příbuznému dostatek aktivizačních činností, které napomáhají udržení dosavadních schopností?**

*„Jsem si jistá, že ne. Ta situace je velmi složitá a vzhledem k tomu, že chodím do práce a k tomu se starám o další členy rodiny, tak už na to prostě nezbyvá čas. Možná nyní po rozhovoru s Vámi se začnu více zajímat o činnosti, za kterými by mohla maminka docházet a vyřešit, kdo by tam s ní mohl chodit.“*

**Respondent číslo 3 :**

**1. Jaká je dostupnost aktivizačních činností (zájmových aktivit) ve Vašem okolí?**

*„Vím o tom, že některé Domovy pro seniory nabízejí výlety, například do divadla nebo do nějakého města. Když jsem zvažovala, že maminku umístím do Domova pro seniory, tak jsem dostávala nějaké informace o možnostech aktivit pro jejich klienty a veřejnost. Jinak bohužel další informace nemám.“*

**2. Dojíždíte/docházíte se svým příbuzným za aktivizačními činnostmi mimo domov?**

*„Ne, žádné takové aktivity nenavštěvujeme.“*

**3. Jak probíhá Váš běžný den s příbuzným trpícím Alzheimerovou nemocí?**

*„Většinu dne jsem přítomna u mamky v bytě. S běžnými úkony mi pomáhají pečovatelky z Domácí péče, kvůli mému zdravotnímu stavu. Ony obvykle obstarají základní hygienu, podávání léků a oblékání. Zbytek dělám já. Připravuji jídlo, uklízím, peru a snažím se mamku zabavit. Většinou ráno přijedu na snídani a po večeři zase odjíždím domů za rodinou. Během dne ale někdy odjedu kvůli rodině.“*

**4. Jakým způsobem si zjišťujete informace o možnostech aktivizačních činností ve Vašem okolí?**

*„Jak jsem již říkala, tak jsem je zjišťovala přes různá zařízení.“*

**5.**

**a. Jaké aktivizační činnosti probíhají u Vás doma a jak často?**

*„Během dne se snažím mamku co nejvíce zabavit. Hodně si povídáme, skládáme puzzle a luštíme křížovky. Samozřejmě většinu práce odvedu já, ale mamka se aspoň trochu zabaví. Když je hezky, tak chodíme na procházky a když to bylo možné, tak do obchodů. Dříve jsem se snažila brát mamku na návštěvy za příbuznými nebo do kina, ale teď už to kvůli koronavirové krizi není možné a maminka trochu strádá. Mám pocit, že už se k tomu nebudeme moci vrátit, protože je na tom teď hůř. Koukáme také na filmy a posloucháme hudbu, která se mamce líbí.“*

**b. Jakou formou aktivizujete Vy nebo někdo jiný schopnosti svého příbuzného s AN?**

*„Asi tím, že se jí snažím zapojovat do každodenních činností a snažím nějak vyplnit její volný čas.“*

**c. Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s AN?**

*„Něco jsem zjistila, když jsem přemýšlela o umístění mamky do Domova pro seniory. Jinak jsem se ptala pečovatelek a lékařů.“*

**6. Kdo se na těchto činnostech nejčastěji podílí?**

*„Nejčastěji já a jednou za čas má sestra.“*

7. **Které aktivity byste pro svého příbuzného uvítala, ale žádná služba je nenabízí?**

*„Mamka dřív ráda plavala, tak jsem přemýšlela nad nějakým plaveckým kroužkem pro seniory, ale žádný jsem v okolí nenašla.“*

8. **Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany Vašeho příbuzného, o kterého se staráte?**

*„Zatím se ještě o aktivity zajímá. Především o ty, které ji baví. Určitě ji nenutím do ničeho, co by sama dělat nechtěla, jen občas musím navrhnout víc aktivit, aby si vybrala.“*

9. **Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vašeho příbuzného nejoblíbenější a nejvíce přínosné?**

*„Nejvíce měla ráda různé návštěvy příbuzných a chození do obchodu. Obecně vždy, když jsme někam šly ven, tak byla ráda.“*

10. **Myslíte si, že zajišťujete svému příbuznému dostatek aktivizačních činností, které napomáhají udržení dosavadních schopností?**

*„Snažím se dělat vše pro to, aby mamka měla nějakou zábavu a nestrádala, ale určitě existují lepší činnosti, které bychom mohly dělat.“*

### 3.6 Interpretace získaných dat

1. Výzkumná otázka: **Jaké aktivizační činnosti jsou realizovány v běžném denním režimu osoby s AN v Domově se zvláštním režimem a v domácí péči?**

Aktivizační činnosti, které jsou realizovány v Domově se zvláštním režimem, se mohou zdát obsáhlejší, než činnosti realizované v domácím prostředí. Důležitou roli zde hraje informovanost. Sociální pracovníce, které se starají o aktivizaci klientů domova, jsou lépe informovány o možnostech aktivizačních činností a zahrnují mezi ně aktivity, které rodinní pečující nepovažují za aktivizaci (například sledování televize). Rodinní příslušníci považují za aktivizační



činnosti především takové činnosti, za kterými musí docházet. Domnívám se, že běžné denní aktivizační činnosti u osob s AN jsou podobné jak v domácí, tak v institucionální péči. Domov se zvláštním režimem v Královském Poříčí navíc umožňuje svým klientům využívat různé terapie, o kterých rodinní příslušníci mnohdy nejsou informováni. V obou případech se jedná například o tyto aktivity – sledování filmů, seriálů a muzikálů, poslech hudby, výlety po okolí, pohyb ve formě různých cvičení nebo procházek a deskové hry.

## 2. Výzkumná otázka: **Mají klienti v ústavní péči více možností aktivizačních činností než klienti žijící v domácí péči?**

Pro klienty ústavní péče jsou aktivizační činnosti lépe dostupné, jelikož za nimi nemusí dojíždět a jsou jim poskytovány odborně informovanými pracovníky. Kdežto v domácím prostředí jsou rodinní příslušníci o možnostech aktivizace svých blízkým méně informováni. Pokud by rodinným pečujícím bylo poskytnuto dostatek informací, o aktivizačních činnostech pro osoby s AN, jistě by byly možnosti aktivizace mnohem větší. Respondenti v domácí péči mnohdy nevěděli, že aktivity, které se svým blízkým dělají, patří také do aktivizačních činností. Ze zjištěných informací se domnívám, že možnosti aktivizace v ústavní péči se mohou zdát větší, z důvodu nízké informovanosti rodinných pečujících o aktivizačních činnostech pro jejich blízké s AN.

V institucionálním zařízení mi na otázky odpovídaly dvě sociální pracovníce, které se věnovaly aktivizaci klientů. Jednou z mých otázek byla informovanost rodiny a klientů. U informování mě především zajímalo, kde zařízení hledá informace o aktivizačních činnostech pro osoby s AN a jak se o těchto činnostech dozví rodina. Na základě rozhovorů s pracovníci zařízení jsem zjistila, že informování rodiny probíhá již při přijímání klienta do zařízení. Rodina by tedy měla získat poměrně jasný přehled o tom, jaké aktivizační činnosti zařízení poskytuje. Kromě rodiny jsou informováni také samotní klienti, kteří se mohou rozhodnout, jakých aktivit se budou účastnit. Je zde také možnost pro imobilní klienty, kteří mohou využívat aktivit přímo ve svém pokoji. Co se týče aktivit, tak těch Toreal poskytuje poměrně mnoho. Domnívám se, že z této škály aktivit si každý klient může zvolit tu, která ho bude zajímat. Podle pracovníků zařízení jsou to aktivity, které podporují zachování dosavadních schopností, nebo aspoň částečně zamezují úpadku schopností klientů a přispívají k jejich psychické pohodě.

U rodin, které pečují o svého blízkého s AN doma, jsem se setkala s lidmi, kteří dělají vše, co mohou, aby nemocnému zabezpečili co nejlepší péči a aktivizaci. Mluvila jsem se třemi ženami (pečujícími), které pečovaly o svou matku. Každá z nich se

nějakým způsobem snažila o realizaci vhodných aktivizačních činností pro své blízké s AN. Z této zkušenosti si myslím, že největším problémem těchto žen byl čas, těžkost celé situace a především informovaní o možnostech aktivizačních činností pro osoby s AN. Všechny se musely smířit s tím, že dříve jejich nezávislý rodič potřebuje jejich pomoc. I přes pomoc odborníků se o nemocného musí starat a času na aktivizační činnosti už moc nezbyvá. Všechny si stěžovaly na nedostatek času a sil, ale i přes to se snaží o realizaci aspoň nějakých činností. Osobně si myslím, že problémem je informovanost o vhodných aktivizačních činnostech pro rodiny, které pečují o osobu s AN. Žádná z respondentek zcela neodpověděla na otázku dostupnosti aktivizačních činností v okolí jejich domova. Většinou nevěděly, kde takové informace hledat, nebo pro ně tato možnost nebyla atraktivní. Dle jejich slov by bylo vhodné informace o aktivizaci osob s AN umístit na místa, kde se tyto osoby pohybují (například u lékaře). Všechny by mnohem více informací o aktivizaci osob s AN v jejich okolí uvítaly. Také jsem se setkala s tím, že dotazované nevěděly, jaké možnosti aktivizace pro osoby s AN existují, nebo jak by ony samy mohly nemocného vhodně aktivizovat. Aktivizace rodinného příslušníka s AN závisí také na fázi onemocnění. Všichni nemocní byli již v pozdějších stádiích nemoci, a proto aktivizační činnosti nebyly tak pestré a četné.

Při realizaci šetření jsem se setkala s úžasnými lidmi, kteří se snažili dělat svou práci nejlépe, jak mohli. Na jedné straně pečující rodina, která se snaží o svého blízkého pečovat v jeho přirozeném prostředí a zabezpečit mu aktivizační činnosti, které potřebuje. A na druhé straně Domov se zvláštním režimem, který se snaží péčí a svými aktivitami co nejvíce přiblížit rodinnému prostředí. Obě možnosti mají své výhody a nevýhody, ale mají společný cíl – co nejlépe se postarat o osobu s AN.

## 4 Závěr

Na závěr bych chtěla shrnout celou problematiku. Proces stárnutí k životu neodmyslitelně patří a přináší s sebou řadu obtíží. Mezi nejzávažnější obtíže patří různá onemocnění. Jedním z nich může být demence, konkrétně nejčastější druh demence Alzheimerova nemoc. Snažila jsem se pomocí odborné literatury popsat demenci a její nejrozšířenější druh Alzheimerovu nemoc. A také dva přístupy k péči, institucionální péči a domácí péči. V kapitolách jsem popisovala důležitost včasné diagnostiky a vhodný přístup k nemocnému. Demence je typická svými příznaky a také způsobem léčby, přesto je potřeba ke každému jedinci přistupovat individuálně.

Jedním z cílů mé bakalářské práce bylo popsat základní pojmy, které jsou popsány výše. Nejvíce jsem se však v teoretické části věnovala Alzheimerově nemoci, která tvoří až 60 % všech demencí. Alzheimerova nemoc se může vyskytovat i u mladších jedinců, nejčastěji se však vyskytuje u osob nad 65 let. Jak jsem již zmínila, velmi důležitá je diagnostika nemoci. S tím souvisí informovanost veřejnosti o této nemoci. Pokud si rodina u svého blízkého všimne některého z příznaků, je nutné navštívit lékaře pro potvrzení diagnózy. Důležitým faktorem jsou rizikové faktory, které působí na vznik Alzheimerovi nemoci. Rizikové faktory můžeme rozdělit na ty, které lze ovlivnit (například životní styl, kouření cigaret nebo prostředí) a které ovlivnit nelze (například věk nebo rasa). Pokud se člověk vystavuje některým nežádoucím vlivům, které mají vliv na vznik nemoci, existuje zde možnost onemocnění Alzheimerovou nemocí. Má praktická část bakalářské práce se věnovala aktivizačním činnostem, které spadají do nefarmakologických přístupů léčby Alzheimerovi nemoci. Alzheimerovu nemoc lze řešit farmakologickými a nefarmakologickými přístupy. V současné době se využívá několik terapií při práci s osobami s AN. Já jsem v práci uvedla jen některé z nich. Často se využívá reminiscence, která pracuje se vzpomínkami klientů. Dále je to například taneční terapie, kognitivní trénink nebo bazální stimulace.

Jak jsem již zmínila, praktická část mé bakalářské práce se věnovala aktivizačním činnostem u osob s AN v domácím a institucionálním prostředí. Zde jsem vedla rozhovor se dvěma pracovníci zařízení Domova se zvláštním režimem a s rodinnými příslušníky starající se o svého blízkého s AN. V obou případech jsou zde popsány aktivizační činnosti, které mohou být vhodné pro osoby s AN. Rozhovory s rodinou nemocného také ukazují na nedostatek informací o možnostech aktivizačních činností pro osoby s AN. Tomuto tématu bych se chtěla věnovat také ve své diplomové práci, kde doufám, že mimo jiné rozšířím okruh respondentů.

## Seznam literatury

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

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

HÖSCHL, Cyril, HOŘEJŠÍ, Jaroslav. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8

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

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1639-3

MATOUŠOVÁ, Michaela. *Stáří a demence*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta pedagogická.

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

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0010-9

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí – příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6

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

## Internetové zdroje

ALBRECHT, Jakub, FENCLOVÁ, Eliška, HARSA, Pavel, JIRÁK Roman. Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. Květen 2020, číslo 2 [cit. 6.3.2021]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/cislo\\_akt.php?cis=107](http://www.cspsychiatr.cz/cislo_akt.php?cis=107)

*Česká Alzheimerovská společnost*, 2015 [online]. Praha. [cit. 18.3.2021]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

*Toreal*, 2017 [online]. Královské Poříčí. [cit. 24.3.2021]. Dostupné z: <http://www.toreal.cz/>

*Institut bazální stimulace*, 2019 [online]. Frýdek-Místek. [cit. 16.3.2021]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/>

Zákon č. 155/1995 Sb., Zákon o důchodovém pojištění [online]. [cit. 19.3.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 19.3.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>

## **Přílohy**

Příloha číslo 1 : MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION)

Příloha číslo 2 : Test hodin

Příloha číslo 3 : Otázky k praktické části bakalářské práce

## **Příloha číslo 1 – MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION)**

### **Orientace**

**Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.**

#### **Jaké je dnešní datum?**

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

**Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.**

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrt', kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

### **Registrace**

**Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.**

11. klobouk
12. citron
13. auto

### **Pozornost a počty**

**Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.**

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

### **Paměť**

**Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.**

- 19. klobouk
- 20. citron
- 21. auto

### **Jazyk**

22. Ukažte pacientovi tužku.

**Můžete mi říci, co to je?**

23. Ukažte pacientovi hodinky.

**Můžete mi říci, co to je?**

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

**Žádná jestli, ano, nebo ale.**

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

**Pozorně poslouchajte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.**

26. **Přeložte ho napolovic**

27. **A hod'te ho na podlahu.**

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

**Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

**Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.**

### **Praxe**

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

**Prosím, nakreslete stejný obrázek.**

Celkové skóre (0 až 30)

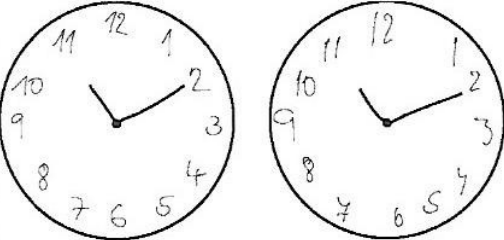
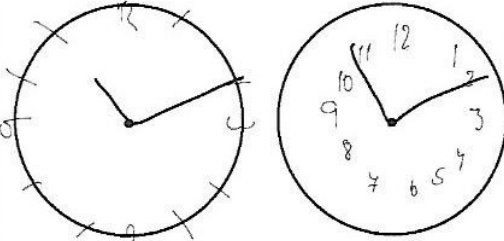
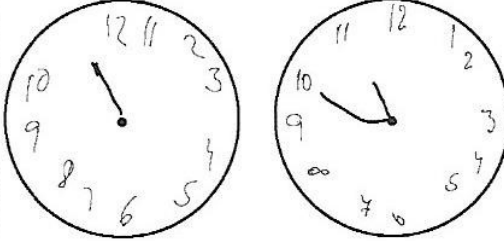
Skóre mezi 24-27 : jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovny hrazena v rozmezí 20-12.

Zdroj : Pidrman, Vladimír, Demence, 2007, s. 167-168



**Příloha číslo 2 – Test hodin**

Skóre	Popis	Příklady
1	<p>Bezchybné provedení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ číslice 1–12 ve správném pořadí i místě</li> <li>■ dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>■ číslice mimo kruh</li> <li>■ otočení papíru s otočením číslic</li> <li>■ použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3	<p>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pouze jedna ručička</li> <li>■ čas zaznamenán slovně „10 hodin, 10 minut“</li> <li>■ čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>	

4	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ nepravidelné mezery</li> <li>■ zapomenutí čísel</li> <li>■ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>■ záměna pravý-levý (čísllice proti směru)</li> <li>■ dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li> </ul>	
5	<p>Těžká prostorová dezorganizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>	
6	<p>Chybí zakreslení hodin (cave: vyloučit depresi/delirium):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>■ ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>■ napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

Zdroj : Pidrman, Vladimír, Demence, 2007, s. 171-172

### Příloha číslo 3 – Otázky k praktické části bakalářské práce

#### Otázky pro institucionální péči :

1.

a. Jaké aktivizační činnosti jsou poskytovány klientům ve Vašem ústavu?

- b. Na jaké schopnosti se v rámci aktivizace zaměřujete?
- c. Jakou formou jsou aktivizační činnosti poskytovány?
- d. Jak často se aktivizačním činnostem s klienty věnujete?
- e. Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s AN?

2. Kdo všechno se na aktivizačních činnostech podílí?
3. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany klientů?
4. Dojíždí někteří Vaši klienti za jinými aktivizačními činnostmi, než jaké nabízí Váš ústav?
5. Jaké další aktivizační činnosti, kromě těch, které nabízíte, byste klientům Vašemu zařízení doporučil/a?
6. Jaké aktivizační činnosti jsou mezi klienty nejoblíbenější?
7. Jaké jsou možnosti aktivizačních činností pro klienty, kteří se do běžných aktivizačních činností nechtějí, nebo nemohou zapojit?
8. Jaký je denní režim klientů zařízení?
9. Jakým způsobem informujete rodinu o možnostech aktivizačních činností ve Vašem zařízení?
10. Jak byste hodnotil/a dostupnost aktivizačních činností ve Vašem zařízení?

**Otázky pro domácí péči :**

1. Jaká je dostupnost aktivizačních činností (zájmových aktivit) ve Vašem okolí?
2. Dojíždíte/docházíte se svým příbuzným za aktivizačními činnostmi mimo domov?
3. Jak probíhá Váš běžný den s příbuzným trpícím Alzheimerovou nemocí?
4. Jakým způsobem si zjišťujete informace o možnostech aktivizačních činností ve Vašem okolí?
- 5.

- a) Jaké aktivizační činnosti probíhají u Vás doma a jak často?
- b) Jakou formou aktivizujete Vy nebo někdo jiný schopnosti svého příbuzného s AN?
- c) Kde získáváte informace o aktivizaci vhodné pro osoby s AN?

6. Kdo se na těchto činnostech nejčastěji podílí?

7. Které aktivity byste pro svého příbuzného uvítal/a, ale žádná služba je nenabízí?

8. Jaký je zájem o aktivizační činnosti ze strany Vašeho příbuzného, o kterého se staráte?

9. Jaké aktivizační činnosti jsou pro Vašeho příbuzného nejoblíbenější a nejvíce přínosné?

10. Myslíte si, že zajišťujete svému příbuznému dostatek aktivizačních činností, které napomáhají udržení dosavadních schopností?