

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Alzheimerova nemoc – domácí a institucionální péče

Alzheimer's disease – home and institutional care

Jana Bruková

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Alzheimerova nemoc – domácí a institucionální péče vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, duben 2016

.....

podpis

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a cenné připomínky při jejím zpracování. Děkuji také rodinám a klientům, kteří mi dovolili s nimi zpracovávat případové studie.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se věnuje Alzheimerově nemoci a možnostem péče o nemocného, které následují po jejím diagnostikování. Práce je rozdělena do několika kapitol.

V první kapitole se zabývá obecnou charakteristikou demence. Následující kapitola je věnována charakteristice Alzheimerovy nemoci, zkoumá příčiny vzniku nemoci, projevy, její průběh a diagnostiku. Hlavní těžiště této části se nachází v kapitole věnované péči o osobu s Alzheimerovou nemocí. Péči realizované v domácím prostředí nebo pod odborným dohledem profesionálních pracovníků.

Poslední kapitola se věnuje popisu obou možností péče o osobu s Alzheimerovou nemocí formou případových studií. Cílem této části je poskytnout informaci z praxe jednoho nebo druhého způsobu péče o osobu s Alzheimerovou nemocí, s ohledem na individuální stav konkrétní osoby a možnosti pečující rodiny a blízkého okolí.

KLÍČOVÁ SLOVA

demence, Alzheimerova nemoc, domácí péče, odborná péče, pečující osoba

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on Alzheimer's disease and options of patient care that follow after its diagnosis. The work is divided into the few parts.

The first part deals with general characteristics of dementia. Next part deals with characteristics of Alzheimer's disease, examines the causes of the disease, symptoms, diagnosis and its progress. The main focus of this part is in the section devoted to the care of person with Alzheimer's disease. The care implemented at home or under the supervision of professional staff.

The last part devotes to a description of both types of care for a person with Alzheimer's disease through case studies. The main intention of this part is to provide comprehensive information about real experiences one or the other type of care for a person with Alzheimer's disease, with regard to the individual state of a particular person and the possibility of caring families and the closest friends.

KEYWORDS

dementia, Alzheimer's disease, home care, professional care, caring person

Obsah

1	Úvod	7
2	Demence	10
2.1	Vymezení pojmu	10
2.2	Symptomy demence	11
2.3	Dělení demence	12
3	Alzheimerova nemoc	15
3.1	Projevy a průběh Alzheimerovy nemoci	15
3.2	Příčiny Alzheimerovy nemoci	17
3.3	Prevence Alzheimerovy nemoci	17
3.4	Diagnostika	18
4	Péče o osobu s Alzheimerovou nemocí	20
4.1	Osoba s Alzheimerovou nemocí	20
4.2	Domácí péče o osobu s Alzheimerovou nemocí	22
4.2.1	První příznaky	22
4.2.2	Komunikace	23
4.2.3	Problémové chování	25
4.2.4	Finanční a jiná pomoc pečujícím	28
4.2.5	Pocity viny a podpora pečujících	30
4.3	Institucionální péče o osobu s Alzheimerovou nemocí	31
4.3.1	Krátký pohled do minulosti	32
4.3.2	Současný systém sociální péče o seniory	32
4.3.3	Domov pro seniory se zvláštním režimem	34
4.3.4	Klíčový pracovník	36
4.3.5	Režim a aktivity během dne	38
5	Metody a harmonogram práce	42
6	Případové studie	44

6.1	Charakteristika vybraného zařízení.....	44
6.2	Charakteristika vybraných osob.....	46
6.3	Případová studie osoby v domácí péči.....	47
6.4	Případová studie osoby v institucionální péči.....	49
6.5	Zhodnocení případových studií.....	51
7	Závěr.....	53
	Použitá literatura	55
	Přílohy.....	58

1 Úvod

V dnešní době se dostává do popředí problematika stárnutí lidské populace. Dnešní senioři se dožívají věku, který by byl ještě v minulých stoletích považován za nemožný. Průměrná délka života se prodlužuje, ale zároveň se během této doby zvyšuje riziko výskytu jednoho či více onemocnění. Čím je člověk starší, tím je šance na život bez zdravotní komplikace nižší. Pojmy stáří a nemoc jako by mezi sebou měly rovnítko. Není tomu tak, přestože jde o velmi častý jev.

Je velice důležité, aby byla pozornost odborné veřejnosti soustředěna zejména na oblast prevence, včasné diagnostiky a možností léčby. Nejen léčba samotná, ale i využití různých terapií a přístupů ke zmírňování projevů a postupu onemocnění, u kterých není prognóza vyléčení příznivá. Jedním z těchto onemocnění je i Alzheimerova nemoc.

Téma Alzheimerovy nemoci by mělo veřejnost zajímat, protože může potkat každého. Během života se můžeme ocitnout v roli, kdy se budeme s nemocí setkávat jen zprostředkovaně, skrze přátele, kolegy v práci, sousedy. K dalšímu setkání může dojít, pokud se z nás samotných stanou osoby pečující o nemocného Alzheimerovou nemocí. Poslední možností je, že nemoc postihne nás samotné. Pokud by měl člověk možnost volby, rád by se během svého života vyhnul všem variantám. Nikdo z nás bohužel tuto možnost nemá. Pokud se v rodině nemoc objeví, je nutné informovat se o nemoci, o jejím průběhu, příčinách, jak o nemocného pečovat a jaké jsou možné způsoby péče. Před rodinou vždy leží otázka, zda si ponechat nemocného doma, nebo využít služeb nabízených institucí. Cílem mé práce je právě charakteristika způsobů péče o osobu s Alzheimerovou nemocí.

Problematika péče o nemocného mi není zcela neznámá. Rodiče mého přítele mají v domácí péči babičku, o kterou se takto starají již téměř 10 let. Přišlo mi zajímavé zaměřit svoji práci právě na dva možné způsoby péče o nemocné Alzheimerovou nemocí. Péči v domácím prostředí a péči v instituci s odborným personálem.

Práce je teoretického charakteru, proto ji nečlením na část praktickou a teoretickou, ale na samostatné kapitoly. Stěžejní kapitoly jsou – demence, Alzheimerova nemoc a péče o osobu s Alzheimerovou nemocí. Práce je podpořena

dvěma případovými studii. Studie byly zvoleny tak, aby byly zohledněny oba způsoby péče o nemocného.

V úvodní kapitole se věnuji demenci. Zabývám se vymezením pojmu, projevy demence a jejím dělením. V závěru uvádím několik nejčastějších typů demencí se stručnou charakteristikou.

Nejčastějšímu typu demence – Alzheimerově nemoci se věnuji v následující kapitole. Věnuji se charakteristice nemoci, jejím projevům, příčinám, způsobům prevence a diagnostice.

Alzheimerově nemoci se věnuji i v další kapitole, ale s důrazem na dva různé způsoby péče. Zpočátku se zabývám péčí v domácím prostředí. Vzhledem k důležitosti včasné diagnostiky je třeba znát první příznaky nemoci. V průběhu nemoci se může měnit osobnost nemocného. Pečujícím pomůže znát zásady efektivní komunikace a technik zvládnání problémového chování. Péče je s postupem času náročná zejména časově, a proto je důležité orientovat se v možnostech finanční pomoci. Posledním bodem, na který pečující mohou připravit odborníci, literatura, nebo zkušenosti jiných pečujících, jsou pocity viny a vlastního selhání.

Druhá část této kapitoly je věnována péči v institucionálním zařízení. Na začátku uvádím krátké nahlédnutí do způsobů péče o nemocné v minulosti. Navazuji shrnutím dnešního systému péče o nemocné Alzheimerovou nemocí. Podrobněji popisují zařízení, které se specializuje svojí péčí na osoby s různými typy demencí – domov pro seniory se zvláštním režimem. I při pobytu v sociálním zařízení je důležité, aby měl klient osobu, která se o něj stará primárně a se kterou může navázat bližší kontakt. Touto osobou by v pobytových zařízeních měl být klíčový pracovník. Nachází-li se klient v pobytovém zařízení, má zde možnost využití různých služeb a aktivit pod vedením proškolených pracovníků.

Pátá kapitola nabízí krátké nahlédnutí do harmonogramu práce a použitých metod práce při zpracovávání případových studií.

Poslední kapitola je věnována případovým studiím. Pro účely své práce jsem využila možnost zpracovat případovou studii s babičkou mého přítele a jeho rodiči. Institucionální zařízení jsem si vybrala zde v Praze a je jím Domov pro seniory Kobyličky. Zde mi bylo, s laskavým svolením pracovníků a klienta, umožněno

vypracovat případovou studii. V této kapitole uvádím stručnou charakteristiku Domova pro seniory Kobylisy a následně i stručnou charakteristiku vybraných osob. Následují vypracované případové studie.

2 Demence

2.1 Vymezení pojmu

Demence je označení pro poruchy, které se projevují výrazným snížením úrovně paměťových a kognitivních funkcí. Kromě paměti se sem řadí pozornost, vnímání, řečové funkce, výkonné funkce apod. K postižení těchto funkcí dochází následkem onemocnění mozku. Toto onemocnění bývá ve většině případů chronické a pomalu postupující. (Jirák a kol. 2009)

Matoušová (2011) ve své práci používá definici WHO, která podle Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 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 Matoušová 2011, str. 13)

Hartl a Hartlová (2009) ve svém slovníku demenci vymezují jako *„získané chorobné oslabení rozumových schopností“* (Hartl, Hartlová 2009, str. 101), způsobené buď chronickým, nebo progresivním onemocněním mozku. Základním projevem onemocnění je postižení psychických funkcí.

S pojmem demence souvisí otázka stárnutí lidské populace. Lidé se dožívají vyššího věku a naopak porodnost ve vyspělých zemích klesá. Prodlužování délky života má na svědomí i širší záběr onemocnění, která mohou člověka během života postihnout. U lidí v seniorském věku není neobvyklý výskyt několika onemocnění zároveň. Pidrman (2007) uvádí výhled do budoucnosti, kdy v roce 2025 by měl být index stáří, tedy počet osob starších 65 let na 100 osob mladších 14 let, vyšší než 240. V roce 2050 by pak toto číslo mělo stoupnout na více než 290. Přesnější obrázek o nárůstu si lze udělat z čísla 111,8. Tuto hodnotu měl index stáří v roce 2000. Tento vysoký nárůst během několika let je důvodem, proč se k otázce stárnutí lidské populace obrátila pozornost.

2.2 Symptomy demence

Demence je natolik závažným onemocněním, že ovlivňuje nejen kognitivní funkce, ale má dopad i na další aspekty života nemocného. Projevuje se zejména ve třech základních oblastech, které Pidrman (2007) ve své publikaci nazývá A, B, C.

- A – aktivity běžného denního života
- B – poruchy v oblasti chování
- C – narušení kognitivních funkcí

Pro okolí nemocného je obvykle nejtěžším projevem nemoci narušená oblast chování. Nemocný může ve kterékoliv fázi nemoci zažívat stavy různě silného neklidu, někdy spojeného s projevy agrese vůči svému okolí. Pro rodinu jsou tyto projevy obtížné, protože je doprovází slovní nebo fyzické napadání, pokusy o útěk z domova. Nepravidelně a na různě dlouhou dobu se mohou objevit i psychotické stavy, kdy má nemocný narušený kontakt s realitou. Nejčastějším projevem jsou halucinace, deliria a bludy, při kterých například nemocného provází pocit, že je okrádán. Velmi časté jsou u nemocných afekty, kolísavost nálad, náhlé výbuchy pláče, nebo vzteku. Rodině a nemocnému může narušovat vztah a fungování porucha spánku, která může dospět až do fáze, kdy má nemocný zcela obrácený režim bdění a spánku. V neposlední řadě nesmíme zapomínat na depresi, která provází více typů demencí. Projevy demence jsou u nemocných velice individuální, mohou odpovídat povaze člověka. Co jednoho uvede do stavu deprese, může ve druhém vyvolat neovladatelnou agresi a vztek. (Jiráková a kol. 2009)

Tyto tři oblasti projevů demence nejsou jedinými symptomy. Patří sem mimo jiné poruchy intelektu, poruchy orientace, poruchy emotivity, poruchy osobnosti, ztráta soběstačnosti apod. (Pidrman 2007)

Příznaky demence

<p>Kognitivní poruchy</p> <ul style="list-style-type: none">- poruchy paměti a učení, orientace, úsudku a myšlení- poruchy exekutivních funkcí- poruchy korových (symbolických) funkcí (afázie – agnozie – apraxie)
<p>Poruchy chování</p> <ul style="list-style-type: none">- změny osobnosti, sociálně nepřijatelné chování- změny emotivity, deprese a úzkost, halucinace a bludy- podrážděnost, agresivita, apatie, změny spánkového rytmu
<p>Omezení při běžných činnostech</p> <ul style="list-style-type: none">- komplexní činnosti (zaměstnání, řízení auta apod.)- domácí práce- sebeobsluha, kontinence, chůze

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

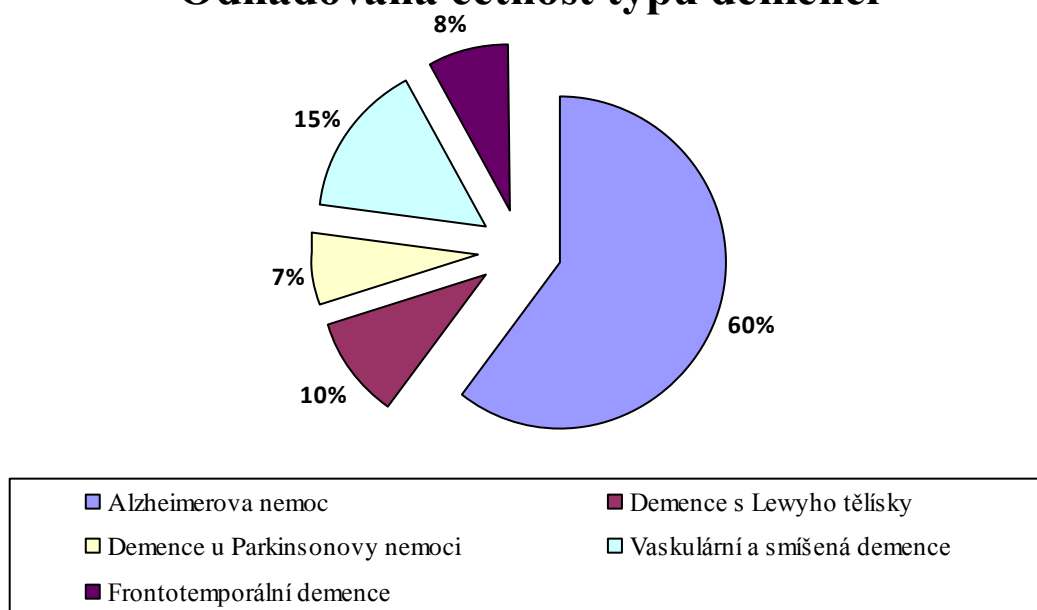
2.3 Dělení demence

Demence můžeme rozdělit podle příčiny rozdělit do zhruba dvou skupin:

- Atroficko-degenerativní procesy (primární demence) – sem patří nejčastější zástupce – Alzheimerova nemoc, dále demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence
- Demence symptomatické (sekundární demence) – příčiny vzniku těchto demencí jsou metabolické poruchy, následky traumat, respirační onemocnění, endokrinní onemocnění, tumory apod. Tuto skupinu můžeme ještě dále rozdělit na dvě menší podskupiny
 - Vaskulární demence – poškození je důsledkem mnoha menších mozkových infarktů, nebo jednoho rozsáhlejšího. Dochází k poškození oblastí paměti.

- Ostatní symptomatické demence – poškození jsou důsledkem onemocnění organismu. Řadí se sem intoxikace, infekce, nádory mozku, ale i metabolické a infekční příčiny demencí. (Jirák a kol. 2009)

Odhadovaná četnost typu demencí



Zdroj: Červenka in Matoušová 2011

Demence s Lewyho tělísky

Jde o druhou nejčastější demenci po Alzheimerově nemoci a bývá za ni často zaměňována. Nemoc byla poprvé popsána v 60. letech dvacátého století. Příčinou nemoci jsou „*patologické změny bílkovin alfa-synukleinu, které tvoří kulovitá tělíska – Lewyho tělíska – uvnitř mozkových buněk.*“ (Jirák a kol. 2009, str. 34) Mezi klinické příznaky nemoci patří výskyt halucinací, bludů, poruchy vědomí, akineticko-rigidní syndrom (vyskytují se třesy/ztuhlost). (Růžička 2003)

Vaskulární demence

Vaskulární demence vzniká při narušení cévního zásobování mozku. Příčinou může být zúžení, ucpaní nebo krvácení mozkové cévy. Vaskulární demence ohrožuje rizikové skupiny lidí. Ohroženi mohou být kuřáci, lidé trpící obezitou, cukrovkou, srdečními onemocněními, změnami krevního tlaku, s traumaty hlavy apod. Jako velmi

rizikový faktor je považována cévní mozková příhoda, kde se může vaskulární demence rozvinout až ve 30% případů. Podle množství a rozsahu infarktů rozlišujeme

- Vaskulární demence s náhlým začátkem – větší množství mozkových infarktů v oblasti paměti
- Multiinfarktová demence – mozkové infarkty v oblasti mozkové kůry, kolísavý průběh
- Převážně podkorová vaskulární demence – postihuje oblast bazálních ganglií, často nazývána Binswangerova nemoc. (Jirák a kol. 2009)

Demence u Parkinsonovy nemoci

Nemoc se projevuje jak motorickým, tak i psychickým postižením. Je spojena s poruchou chování, změnami emotivity, motivace a poruchou exekutivních funkcí. Demence postihuje až 30 % nemocných. Demencí jsou více ohroženi pacienti, kteří onemocněli ve vyšším věku. (Růžička 2003) Jirák (2009) uvádí další typické příznaky, jimiž jsou deprese, úzkostné stavy, záchvaty paniky, poruchy spánku, zvýšená unavitelnost apod.

Frontotemporální demence

Výskyt tohoto druhu demence není tak častý jako třeba u Alzheimerovy nemoci, představuje jen zhruba 10 % všech demencí. K poškození dochází na frontálních a temporálních lalocích mozku. Zahrnuje Pickovu nemoc, onemocnění vyššího věku s progresivními změnami chování a poruchou exekutivních funkcí. (Jirák a kol. 2009), (Růžička 2003) Typickým příznakem pro tuto nemoc jsou poruchy chování a změny osobnosti bez projevů kognitivní poruchy. Oblast řečových schopností postihuje postupná ztráta porozumění verbálním i neverbálním sdělením. (Růžička 2003) Nemoc začíná pozvolna mezi 45. a 65. rokem. Obvyklá doba trvání nemoci je osm let, ale může trvat i déle. (Jirák a kol. 2009)

3 Alzheimerova nemoc

V této kapitole se zaměřím konkrétně na demenci, kterou způsobuje Alzheimerova nemoc. V celé práci užívám označení Alzheimerova nemoc, přestože se v literatuře můžeme setkat i s jinými druhy pojmenování, např. Alzheimerova choroba, demence Alzheimerova typu apod.

3.1 Projevy a průběh Alzheimerovy nemoci

Povědomí o Alzheimerově nemoci se v průběhu posledních let výrazně zlepšilo. Společnost, média, dostupná odborná literatura pracují na lepší informovanosti. Tato skutečnost ovšem nic nemění na faktu, že při sdělení této diagnózy lékařem, nastává u pacienta šok.

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence. Téměř v polovině případů je právě tato nemoc jejím původcem. Jde o velmi vážné neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k úbytku neuronů a tím odumírání mozkové tkáně. (Jiráková a kol. 2009) Poprvé se o této nemoci zmínil profesor Alois Alzheimer v roce 1906, kdy popsal případ první pacientky s příznaky, které se později staly určující pro toto onemocnění. (Pidrman 2007)

Alzheimerova nemoc se dělí na dva typy. Nemoc se může projevit již ve středním věku před 65. rokem. Tento typ má velice rychlý průběh a můžeme při něm pozorovat pět typických příznaků. Jsou jimi afázie, alexie, agrafie, apraxie a agnozie. Druhý typ má počátky velmi pozvolné, průběh nemoci pomalejší a celková doba trvání je delší než u prvního typu. Začíná v období od 65. roku. (Dušek, Večeřová-Procházková 2015)

Prvními příznaky nemoci bývají problémy s pamětí. Dochází ke krátkým výpadkům paměti, zejména krátkodobé. Typickým projevem u nemocných bývá neschopnost vybavit si jméno, adresu, obličej známého. Následovat mohou problémy s orientací v prostoru, čase. S postupem nemoci se ztrácí i pacientův zdravý náhled na nemoc. Přestává si být vědom ztrát paměti, vlastní dezorientace a narušené soudnosti. Narušení aktivit denního života postihuje i rodinu nemocného. Ta se musí podělit o jeho

péči, neboť on sám již není schopný zvládat běžné úkony související s chodem domácnosti a později i s péčí o vlastní osobu. Nemoc doprovází bludy, halucinace, nemocný má narušené emoční vnímání. (Pidrman 2007)

Alzheimerově nemoci často předchází porucha, která se nazývá Mild Cognitive Impairment – MCI. Jde o poruchu poznávacích funkcí. Výrazně poškozena je paměť, nemocný sám vnímá nedostatky své paměti. Tato subjektivní zapomnětlivost je při této poruše měřitelná. Na rozdíl od Alzheimerovy nemoci při MCI nedochází ve větší míře k narušení soběstačnosti a běžných denních aktivit. MCI může stát na počátku hned několika typů demencí, stejně jako nepatologické stařecké demence. Pokud je ukazatelem na Alzheimerovu nemoc, postup do další fáze nastává do roka od prvních příznaků. (Růžička 2003)

Průběh demence způsobené Alzheimerovou nemocí můžeme rozdělit do tří stádií.

- Lehká demence – první příznaky poruch paměti, narušený profesní život, občasné stavy místní dezorientace, prvotní změny nálady
- Střední demence – paměť se nadále zhoršuje, orientace v prostoru a čase již s výraznými a častějšími obtížemi
- Těžká demence – těžká porucha paměti, díky tomu naprostá dezorientace místem a časem – neschopnost zapamatovat si nové informace, postupná závislost na péči druhých

Nemoc se zhoršuje postupně a bez výraznějších výkyvů v průběhu. Trvání je individuální, v průměru od prvních příznaků uběhne 7-10 let. Jsou známé i případy, kdy nemoc trvala i více než 15 let. V mladším věku bývá postup nemoci rychlejší. (Jiráček a kol. 2009)

Alzheimerovu nemoc nelze za života pacienta potvrdit se 100% jistotou. Diagnóza je vždy potvrzena pouze na 90% díky testům, které potvrzují tento a vyvrací jiný typ demence. Teprve po smrti pacienta je možné odhalit charakteristické změny na mozku. (Bragdon, Gamon 2002)

3.2 Příčiny Alzheimerovy nemoci

Přesné příčiny vzniku Alzheimerovy nemoci známy nejsou. Ve mnou prostudované literatuře se autoři shodují na několika rizikových faktorech. Jsou jimi věk, genetické vlivy a dodržování zdravého způsobu života s vyvarováním se rizikových aktivit. Bragdon a Gamon (2002) ve své publikaci jmenují jako hlavní rizikový faktor věk a uvádí statistiku, kdy ve věku 65 let touto nemocí trpí pouze každý padesátý člověk. Ve věku 80 let je to již každý pátý.

Z genetických faktorů to jsou změny na čtyřech chromozomech. Pidrman (2007) uvádí chromozomy 1, 14, 19 a 21. Česká alzheimerovská společnost ještě tyto čtyři dělí do dvou skupin, z nichž 1., 14. a 21. chromozom mají být přítomny u vzniku demence ve středním věku a 19. chromozom u rozvoje nemoci u starších lidí. (Alzheimer 2016)

Jako rizikové pro vznik Alzheimerovy nemoci je uváděno ženské pohlaví, které tato nemoc postihuje významně častěji, než pohlaví mužské. (Pidrman 2007)

Bragdon a Gamon (2002) upozorňují na nebezpečí, které čeká na lidi, kteří nastoupili čerstvě do důchodu. V tomto období je velice důležité udržet své tělo a zejména mozek aktivní tak, jak byl zvyklý ze zaměstnání a aktivního společenského života. S absencí pravidelného přísunu podnětů a tlaku povinností se mozek stává náchylnějším k rozvinutí hned několika forem demence.

3.3 Prevence Alzheimerovy nemoci

Oblast prevence vzniku Alzheimerovy nemoci i v dnešní době zůstává velkou neznámou. Při dodržení pokynů je možné projevy této nemoci oddálit, a pokud se již projevila, zmírnit její projevy a postup. Neexistuje zaručený recept, po jehož dodržení by si mohl být člověk jistý, že se mu toto onemocnění velkým obloukem vyhne.

Zdroje se shodují na dodržování zdravého a aktivního způsobu života, aktivním využíváním a tréninku paměti. Důležité je i udržování společenských kontaktů. Bragdon a Gamon (2002) ve své publikaci na tuto oblast kladou důraz. Tyto negenetické faktory mohou významně pomoci oddálit vznik Alzheimerovy nemoci a zvyšují kvalitu života jako takového.

3.4 Diagnostika

Na začátku této kapitoly je nutné zdůraznit důležitost včasného diagnostikování nemoci. Informovanost o příznacích nemoci se v současné době výrazně zlepšila, stále se ale odborníci setkávají s pacienty, u nichž rodina a lékaři nepřikládali prvotním příznakům dostatečnou váhu a na vyšetření se pacienti dostavili často v již pokročilé fázi nemoci.

Na diagnostice nemoci, na jejímž konci je potvrzení Alzheimerovy nemoci, se podílí několik složek. V první řadě je důležitá anamnéza nemocného. Podle stádia nemoci je rozhovor veden buď s pacientem, nebo s rodinou. Rozhovor s rodinou může být realizován i v případě, že je pacient schopen jednat sám za sebe a to z důvodu ověření faktických údajů o nemocném. Dalším bodem je samotné vyšetření lékařem, které určí stav somatických funkcí. Orientační vyšetření poznávacích funkcí pomáhá určit míru narušení v těchto oblastech. K vyšetření se využívá nejrůznějších testů. (Jirák a kol 2009)

- Mini Mental State Examination – patří mezi nejznámější, ačkoliv je pouze orientační a není vhodný k diagnostikování všech typů demence. Testuje orientaci osobou, místem, časem, paměťovou schopnost, poznávání předmětů, překreslování obrázku apod.
- Wechslerova škála paměti – testuje několik kognitivních funkcí zároveň
- Bender-Gestaltův test – testuje schopnost kreslení obrazců se zvyšující se náročností
- Test kreslení dráhy – hodnotí schopnost zrakově-pohybové koordinace, pozornost apod.
- Stroopův test – hodnotí míru pozornosti, adaptaci na zátěž a celkové chování

Matoušová ve své diplomové práci zmiňuje test, zabývající se narušením běžných denních činností – ADL a IADL. Test ADL – základních denních činností obsahuje hodnocení běžných aktivit (chůze, kontinence, oblékání, hygiena apod.). Test IADL – test instrumentálních denních činností (telefonování, správa financí, nakupování, péče o domácnost apod.). (Matoušová 2013)

Poslední složkou podílející se na diagnostice jsou zobrazovací metody. Počítačová tomografie a magnetická rezonance může u pacienta prokázat mozkovou atrofii. Metody SPECT a PET se zaměřují na vyšetření šedé hmoty mozku a diagnostiku nemoci v časných stádiích. Výsledkem EEG vyšetření jsou informace o změnách mozkové aktivity. (Růžička 2003)

Nejvyšší stupeň diagnostické přesnosti je stanovení diagnózy „pravděpodobná Alzheimerova nemoc“. (Růžička 2003, str. 74) Tomu, aby tato diagnóza mohla být vyslovena, předchází potvrzení několika klinických kritérií. Jsou jimi kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10, kritéria podle Americké psychiatrické asociace DSM – IV a kritéria NINCDS – ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association).

4 Péče o osobu s Alzheimerovou nemocí

4.1 Osoba s Alzheimerovou nemocí

V prvních kapitolách této práce jsem se věnovala demenci, jaké jsou její příčiny a jak ji můžeme dělit. Podrobněji jsem se věnovala jednomu typu demence – Alzheimerově nemoci. Nyní bych se ráda zaměřila na důležitější část. Na osobu s Alzheimerovou nemocí. Neměli bychom zapomínat, že vždy hovoříme o člověku, nikoliv o soupisu diagnóz a poznámek lékaře. Jak vnímá člověk svoji nemoc od jejího počátku, kdy mu lékař tuto nemilou skutečnost sdělí? Kde hledá pomoc on i jeho rodina? Jestli a jak vnímá postupné zhoršování svého zdravotního stavu? Vzpomene si ještě někdy na člověka, kterým býval před onemocněním? To je jen zlomek otázek, na které bych zde ráda odpověděla.

První změnou, kterou člověk nebo jeho okolí zaznamená, než se u něho rozvine demence, je změna v chování. Je patrnější, než změna kognitivních funkcí, ačkoliv podle Pidrmána dochází k rozvoji v obou oblastech téměř zároveň. Dále Pidrmán (2005, str. 15) uvádí, že poruchy chování „*jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological symptoms of Dementia)*.“ Obsahuje projevy jako je paranoia, halucinace, narušení běžných denních činností, agitovanost a projevy agresivity, poruchy spánku, změny nálad. Chování je na první pohled více zřejmé, a proto jakákoliv větší odchylka se projeví dříve než u kognitivních procesů. Příkladem může být, když si profesorka přednášející na Harvardu si všimne, že něco není v pořádku, když se ztratí během svého obvyklého běhání v prostorách školy, kam denně dochází. (Genova 2014) Projevy syndromu BPSD je možné brát jako jeden z možných indikátorů demence, ale nejsou na sobě přímo závislé. BPSD existují i samostatně a jsou léčitelné. (Pidrmán 2005)

Jak vnímá osoba trpící demencí svoji vlastní nemoc, jak vnímá sebe sama? Určitou představu nám o tom může dát sama osoba s Alzheimerovou nemocí. Hlavně zpočátku nemoci, kdy je ještě schopna své myšlenky zformulovat. Dalším zdrojem je chování této osoby. Při pozorném vnímání člověka zjistíme, jestli je rozrušený, smutný, klidný nebo jestli v něm začíná růst agresivita. Posledním způsobem, jak si můžeme

představit prožívání této nemoci je pokusit se do takové situace vžít. Může nám pomoci situace, kdy nás něco zaskočí a my se cítíme být lehce dezorientovaní, zmatení. Podobné situace jsou pro osobu s Alzheimerovou nemocí na denním pořádku. Otázka, zda člověk vnímá, že je něco špatně, je velmi častá. Zejména rodina se s postupující nemocí stále více ptá: „Víš ještě vůbec, kdo je?“ Lidské vnímání a psychika je v tomto ohledu velice milosrdná. Jakoby se snažila chránit před utrpením a tvrdou realitou, a tak si tyto myšlenky nepřipouští. Jen občas na malý okamžik si můžeme všimnout, že dochází k malému procitnutí do reality a nemocný člověk si uvědomí neměnnost své situace. V té chvíli zafunguje buď psychika anebo nemoc samotná a po chvíli je vše jako dřív. Tyto chvíle bdělosti se mohou projevat v rozhovoru tak, že dotyčný připouští, že je hloupý, nechce už takhle dál žít. Někdy naopak projeví přání, že by rád žil jako dřív. Možností je mnoho. Právě tyto okamžiky nám odpovídají na naši otázku. I pod tou schránkou zapomnětlivosti je stále člověk, kterého jsme znali a stále takový, jak jsme jej znali. (Buijssen 2006)

Často se zmiňuje, že v průběhu nemoci dochází ke změnám osobnosti. Ve většině případů nejde o kompletní proměnu osobnosti nemocného člověka, jde o drobné úpravy již existujících povahových rysů. Člověk srdečný se může stát ještě více vděčným za péči, přísný a samostatný člověk bude ještě více cítit jako hanbu přijetí pomoci. Jindy se tato přísná a nepříjemná povaha obrousí a z nemocného se stane společenský člověk, který se rád směje. Všechno ovlivňuje povaha osoby, jak žil a fungoval dřív, jaký měl přístup k životu a jak vnímal sám sebe, když byl ještě zdravý. (Pidrman 2005)

4.2 Domácí péče o osobu s Alzheimerovou nemocí

Péče o člověka s demencí je náročná, zvláště péče v domácím prostředí. Mnoho rodinných pečovatelů je na počátku své nové role bezradných. Neví, kde hledat informace, na koho se obrátit s prosbou o pomoc a postupně mohou mít dojem, že ztrácí vlastní život, vlastní zájmy, potřeby a na péči a stavu nemocného se jejich úsilí stejně neodráží.

4.2.1 První příznaky

Jak uvádí Regnault (2011) ve své knize, zachytit nemoc v jejím počátku bývá velice obtížné. Nemocný navenek netrpí žádnými fyzickými obtížemi. Pouze při pečlivém vnímání je možné postřehnout drobné výpadky při běžných činnostech, které se mohou zpočátku schovávat za únavu a nesoustředěnost. V této fázi je velice důležité zjistit, zda jde o něco neobvyklého, patologického, nebo zda jde o zhoršení paměťových schopností vlivem stáří. Pokud výpadky přetrvávají, je nutné navštívit lékaře, který provede nezbytná vyšetření k určení diagnózy. Pokud se diagnóza Alzheimerovy nemoci potvrdí, je zapotřebí velké dávky empatie k tomu, aby byla tato skutečnost sdělena nemocnému a jeho nejbližším. Máme-li štěstí, dozvíme se od lékaře kromě samotné diagnózy i mnoho dalších cenných informací. Nastíní nám nejen předpokládaný průběh nemoci, ale také možnosti zmírňování jejích projevů a možnosti různých aktivizačních terapií. Zejména pak bude nemocného vést v evidenci a podrobně sledovat v průběhu nemoci.

Pokud se blízký příbuzný rozhodne stát pečujícím, bude spolupracovat mimo lékaře také se sociálním odborem. Zde může zažádat nejen o příspěvek na péči ve vyšší adekvátní fázi nemoci, ale také získat kontakty na různá zařízení, která mu v jeho pečování mohou odlehčit jako jsou pečovatelské služby, různé organizace, stacionáře a později třeba domovy pro seniory. Neznámější organizací je Česká alzheimerovská společnost, jejímž členem se může stát i rodinný pečující. Další otázka, před kterou bude pečující postaven bude, zda má u nemocného bydlet a nebo zda za ním bude pouze docházet, případně jak dlouho bude tato fáze trvat, než se buď nemocný a nebo pečující bude muset přestěhovat k druhému natrvalo. Stádium nemoci také určí, zda je třeba o

nemocného pečovat jen pár hodin denně, kdy pečující může docházet do svého zaměstnání a péči zvládá mimo pracovní dobu, nebo je zapotřebí nepřetržitě péče. Zejména při druhé variantě je důležité umět využít pomoci profesionálních ošetřovatelů, kteří mohou vypomoci, aby si mohla pečující osoba odpočinout a nebyla pod soustavným tlakem. (Buijssen 2006)

V začátcích nemoci většinou nedochází k výraznějším výkyvům v chování a dovednostech. Nemocný je v této fázi přesvědčen, že zvládá všechno, nebo alespoň chce, aby to tak vypadalo. Snaží se o této představě přesvědčit sebe i své okolí. Je to doba, kdy je dobré nemocnému ponechat plně možnost rozhodovat se samostatně a pouze zpětně dohlédnout, jak onen úkon zvládl. (Buijssen 2006) Prospěšné pro obě strany může být, jak ve své knize zmiňuje Glenner (2012), v těchto prvních stádiích nemoci zapojit nemocného do běžných denních činností v domácnosti. Nemocný má pocit potřeby a pečující může ušetřený čas věnovat jiné činnosti.

4.2.2 Komunikace

Při péči o osobu s Alzheimerovou nemocí je toto téma vždy velmi diskutované. Konstruktivně komunikovat s nemocným je mnohdy velmi nelehký úkol. Je velmi důležité mít na paměti onemocnění člověka, se kterým se snažíme komunikovat. Právě toto onemocnění nám udává hranice, ale i vysvětlení, proč se mnohdy komunikace ubírá jiným směrem, než jsme původně zamýšleli. Glenner (2012) uvádí velmi hezký příklad, jak si může zdravý člověk alespoň částečně vyzkoušet roli nemocného. Používá k tomuto příkladu knihu, nejlépe román, kterou si dotyčný otevře uprostřed a snaží se zorientovat v ději, postavách a vztazích. Zmatek, který nastal, lze přirovnat pocitům, které mohou zažívat osoby s demencí v každodenním životě. Proto na scénu přichází rodina a rodinní pečovatelé, kteří pomáhají nemocnému s orientací v běžných situacích a pomáhají s komunikací s ostatními lidmi. Základem ovšem je, aby sám rodinný pečovatel byl schopen v rámci možností úspěšně komunikovat s nemocným.

Úspěšná komunikace tkví ve velkém množství správně vynaložené energie. Buijssen (2006) rozlišuje tři fáze komunikace. V první fázi jde pouze o občasné výpadky slov a jejich nahrazování zástupnými zájmeny a obecnými pojmy (to, ta, ten,

věci, lidé, někde). Nemocní ovšem stále dobře rozumí, co se jim říká a jsou schopni konverzace. Ve druhé fázi je již zapředení rozhovoru složitější. Sám člověk s demencí se bude stále méně o navázání rozhovoru snažit. Když už se tak stane, jeho okolí bude mít velké problémy porozumět a vpravit se do smyslu sdělení, neboť nemocný začal odněkud zprostředku vyprávění. Rozhovor nemá začátek a mnohdy ani konec. Osoby s demencí v této fázi nabývají dojmu, že jejich komunikační partner automaticky ví, co mají na mysli. Velké problémy začínají dělat abstraktní slova (inteligence, věda). Při poslední fázi je již komunikace velmi obtížná. Nemocný přestává rozumět a sám aktivně přestává používat i své obvyklé věty. Řečový projev se omezuje na těžko identifikovatelné zvuky a reakce jsou zachovány již jen na fyzické podněty (bolest, teplo, chlad). Navzdory těmto nesnázím existují tipy, které mohou komunikaci činit efektivnější a snazší.

Často jediné co si z rozhovoru odnášíme je pocit, jakým způsobem jsme rozhovor vedli. Obsah je až na druhém místě. Dvojnásob to platí při rozhovoru s osobou s demencí, která třeba po celou dobu rozhovoru neudrží pozornost, nebo se zatoulá myšlenkami jinam. Obsah si možná pamatovat nebude, ale stopu zanechá emoce, kterou rozhovor obsahoval. Příjemnější oboustranné komunikaci napomáhají techniky pozitivní interakce. Jde v nich o důležitost neverbální komunikace. Pokud je pečovatel rozzlobený, smutný, může se stát, že i jeho komunikační partner (osoba s demencí) bude jednat rozzlobeně, smutně. Jde o jev, který Glenner (2012) popisuje jako zrcadlení. Pokud má být komunikace úspěšná, musí pečovatel vyzařovat stejný klid a uvolněnost, se kterou by se rád setkal u partnera. Dále Glenner (2012) formuluje čtyři pravidla technik pozitivní interakce:

- Pečovatel by měl být příjemný, klidný a dodávat nemocnému sílu
- Pečovatel by měl nemocného podpořit v kladném hodnocení sebe sama
- Usnadnit komunikaci použitím jednoduchých vět a opakováním
- Použitím neverbálních signálů

V každodenním životě je nutná i věcná komunikace. Potřebujeme, aby se náš blízký oblékl, najedl. Buijssen (2006) v těchto případech radí:

- Používat jednoduché věty

- Nenechávat na nemocném složitost volby z více možností
- Žádat po něm činnost v aktuální čas a na příhodném místě (snídaně ráno v kuchyni)
- Zopakování odpovědi/reakce nemocného
- Nešeptat v přítomnosti nemocného (podporuje podezřivé chování)
- Snažit se neopravovat malichernosti (vede ke zbytečným neshodám, kazícím vzájemný vztah)

Vždy je důležité mít na paměti, že pro nemocného je pečovatel v první řadě jeho příbuzný a až ve druhé řadě někým, kdo se o něj stará. Je dobré vyvarovat se zbytečným hádkám, jejichž důvod by byl pouze ten, abychom opravili nemocného ve špatně pojmenovaném dni v týdnu. S postupující nemocí jediné, co zůstává je vnímání citu a emocí. V knize Buijssena (2006) je toto shrnuto slovy dcery, jejíž matka trpí demencí, „*Je to nemoc, která nakonec zabije, nemoc, která odvane všechny vzpomínky. Ale jakmile to přijmete, můžete přesto vést šťastný život. Je to klišé, ale jediná věc, na které jí záleží, je to, že ji má někdo rád. Když to cítí, je všechno v pořádku. Cit lásky je možno sdílet. A zvláště proto, že ona ví, mnohem lépe než já, jak žít tady a teď. Její láska, kterou cítí, není zatížena například myšlenkou, že je potřeba oloupat brambory.*“ (Buijssen 2006, str. 69)

4.2.3 Problémové chování

Glenner (2012) ve své publikaci nevyklučuje možnost, že se pečující osoba nebude muset během péče potýkat s problémy v oblasti chování. Přiznává ovšem, že tato šance není vysoká. Snaží se pečujícím ukázat způsoby, jak s nemocným žít v poklidu. Při snaze zvládnout problémové chování blízké osoby by měla být hlavním spojencem empatie a vědomí toho, že nemocný si neumí poradit se vzniklou situací jiným způsobem, než třeba nevhodným chováním. Nejspíš bude potřeba nejednou slevit z nároků, protože nemocný již není schopen vykonávat činnost v plné míře, pečlivě, rychle. Zdůrazňuje, že by očekávání neměla být nikdy vyšší, než jaká jsou vzhledem k nemoci reálná. Nesnažit se dohánět dřívější stav, protože ho již třeba nikdy nebude možné dohnat. S nemocí přichází časem spousta omezení. Je v zájmu samotného

pečujícího, aby se s touto myšlenkou seznámil. V budoucnu ho ušetří spousty zklamání a zbytečně vynaložených sil. Jisté je, že se tímto realistickým pohledem nemyslí rezignace a ponechání nemocného bez jakýchkoliv podnětů k aktivitě. Hovoří se pouze o kladení reálných cílů jak před pečující osobu, tak zejména před nemocného. Nízkými nároky a cíly by byl jeho stav horšen. Vysoké nároky by také nikam nevedly, protože by byl nemocný nepřetržitě konfrontován se svojí vlastní neschopností a nemohoucností.

Buijssen (2006) zdůrazňuje tři typy problémového chování. Závislé chování jako reprezentant nedostatku pocitu bezpečí. Souvisí se postupnou ztrátou paměti. Zpočátku občasné výpadky navazují na stav dezorientace místem, časem. Přesto někde hluboko uvnitř sebe jsou si vědomi, že jejich blízká osoba, ta která se o ně stará, tohle všechno ví. Pečující osoba se na začátku péče musí smířit s tím, že její soukromí teď bude většinou zahrnovat i nemocného. Není ale nutné nechat se o soukromí připravit úplně. Pokud bude nemocný vědět, proč pečující odchází, kdy se vrátí, bude snáz schopen počkat doma, aniž byho přepadl strach. Pokud je nemocný schopen, je dobré zaměstnat ho nějakou činností, podporovat ho v jeho koníčcích, nebo domácích pracech. Je jisté, že samotou nikdy nebude vyhledávat, ale díky tomuto rozptýlení se pro něj může stát snesitelnější.

Další z nepříjemných věcí, které mohou pečujícího čekat je toulání jeho blízké osoby. Jako jeden z možných důvodů tohoto chování Buijssen (2006) uvádí nevybitou energii nemocného, zejména je-li nemocný zdravý po stránce fyzické, může být právě chození nejlepším způsobem, jak energii vyčerpat. Psychická pasivita nemocného nemusí odpovídat pasivitě fyzické. Naopak to pro nemocného může být způsob, jak se zbavit neustálých myšlenek, kterým nerozumí a které v něm vyvolávají rozporuplné pocity. Jako zajímavý důvod toulání nemocného uvádí Buijssen (2006) odkaz na profesní život. Zaměstnání, kdy byl člověk celý den na nohou mohou v člověku zůstat hluboce zakořeněná a toto toulání je pak pouze ozvěnou jejich bývalé denní rutiny a samotné toulání nemusí mít ani žádný cíl. Pečujícímu pomůže, když se mu podaří zjistit právě tento důvod toulání, následně se pak dá nemocnému malou lstí vysvětlit, proč by měl zůstat doma. Pokud se důvod nalézt nepodaří a pečující má strach, že svého blízkého neuhlídá, je někdy nutné přistoupit i k důslednému zamykání domu, nebo bytu. Bezpečnost nemocného je nejdůležitější.

Další nepříjemnou situací se stává noční bloudění a celkově narušený režim dne a noci. Pokud se nemocný během noci probudí, odejde na toaletu, nemusí si být po vykonání potřeby vědom toho, že je noc a že pár minut zpátky ještě spal. Bude-li se cítit odpočatý, nevrátí se již zpět do postele, ale bude se chovat jako ve dne. Pokud se pomocí vlídných slov podaří nemocného navrátit zpět do postele je situace a značná část noci ještě zachráněna. Většinou má noční neklid obtížnější způsob řešení. Pokud s nemocným nelze hnout jednou možností je, zajistit mu bezpečí v místnosti, ve které se nachází při své činnosti a nechat ho, dělat si co chce. Není to ovšem nešťastnější řešení, neboť se tím spánkový režim zcela naruší. Buijssen (2006) proto uvádí několik pravidel, jak se může pečující snažit nočnímu neklidu předcházet:

- Nekonzumovat nápoje s kofeinem v podvečerních hodinách
- Zatahovat žaluzie/závěsy v ložnici nemocného – vytvořit tmu
- Vhodné podmínky na spaní – matrace, teplota a vlhkost vzduchu
- Volný a příjemný spací oděv
- Omezit počet zdřímnutí přes den
- Režim dne – chodit spát ve stejný čas
- K večeru spíš klidnější aktivity, relaxace
- Návštěva toalety před spaním
- Léky na nespavost

Pokud je pečující osoba postavena před řešení určitého druhu problémového chování, je důležité, aby si prvně vyhodnotila, zda se o problém jedná, zda to nějakým způsobem ohrožuje/omezuje ji nebo jejího blízkého. Znovu je třeba zdůraznit, že ne všechno se pečujícímu podaří vyřešit, jak bylo dříve obvyklé. S postupující nemocí se budou vytvářet nové standardy řešení situací. Někdy může problém souviset s určitou osobou, místem a časem. V takovém případě je nutné vyzorovat původce problému a následně s ním pracovat. Nemocnému může vadit vysoký hlas sousedky, která chodí pečující osobu navštěvovat, sousedku požádáme o ztišení hlasu. Stejně tak může být nepříjemné brzké ranní vstávání, nebo přítomnost další osoby při jídle. I tyto problémy mají vesměs jednoduchá řešení. Naskytne-li se problém, který zprvu nemá takto snadné

rozuzlení, nezbyvá než zkoušet hledat možná řešení a rozptýlení pozornosti jiným směrem.

4.2.4 Finanční a jiná pomoc pečujícím

Otázka financí bývá choulostivým tématem, jsem proto ráda, že mnoho publikací v dnešní době apeluje na rodinné pečující, aby necítili stud, chtějí-li využít při péči o svého blízkého finančních příspěvků. Tyto finance mohou zlepšit kvalitu života mnoha způsoby. Nemocný má možnost pořídit si za ně službu či pomůcku, která mu usnadní život, pečující je může využít na zaplacení jiného pečovatele, který jej bude moct vystřídat, když se bude cítit psychicky nebo fyzicky vyčerpaný neustálou péčí. Obě varianty vedou k jednomu cíli. Tím cílem je spokojenější život člověka nemocného Alzheimerovou nemocí a jeho rodinného příslušníka, který se o něj stará.

Jednou z prvních možností finanční pomoci je invalidní důchod. Týká se osob, které ještě nedovršily důchodového věku, ale nejsou již schopny chodit do zaměstnání. První fází je tzv. dočasná pracovní neschopnost, na kterou navazuje invalidní důchod v individuální výši. Invalidní důchod je dávka důchodového pojištění, jeho vyplácení je dáno dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, v jehož důsledku poklesla pracovní schopnost. (Regnault 2011) 1.1.2010 došlo k novému vymezení invalidity. Byly zavedeny tři stupně invalidity podle poklesu pracovní schopnosti: (Zákon 2006)

- nejméně o 35% a nejvíce o 49% - invalidita 1.stupně
- nejméně o 50% a nejvíce o 69% - invalidita 2.stupně
- nejméně o 70% - invalidita 3.stupně

V době dosažení důchodového věku zaniká nárok na invalidní důchod a zároveň vzniká nárok na starobní důchod ve výši invalidního důchodu. Na žádost poživatele je možné provést přepočítání starobního důchodu podle standardních pravidel.

Dalším významným příspěvkem pro osoby s Alzheimerovou nemocí je příspěvek na péči. Na tento příspěvek má nárok osoba, která je dlouhodobě závislá na péči jiné osoby z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Výše příspěvku je dána zákonem a rozlišuje se pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší 18 let.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let je vyplácená měsíčně a činí:

- 800 Kč – 1.stupeň

- 4 000 Kč – 2.stupeň
- 8 000 Kč – 3.stupeň
- 12 000 Kč – 4.stupeň

Žádost o příspěvek je podávána na krajskou pobočku Úřadu práce a jejímu vyhovění předchází dvě fáze. Provede se místní sociální šetření, kde se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby: (Zákon 2006)

- Mobilita
- Komunikace
- Orientace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Výsledek tohoto šetření je společně se zprávou od ošetřujícího lékaře zaslán na místní správu sociálního zabezpečení, kde je postoupena k vyhodnocení posudkovému lékaři. (Regnault 2011)

Osoby s Alzheimerovou nemocí mohou mít zároveň s touto nemocí i jiné fyzické postižení. V tomto případě může rodina zažádat o mimořádné výhody podle stupně postižení – tzv. průkaz osoby se zdravotním postižením.

- I.stupeň – průkaz TP (těžce postižen)
- II.stupeň – průkaz ZTP (zvláště těžce postižen)
- III.stupeň – průkaz ZTP/P (zvláště těžce postižen s průvodcem)

Tyto průkazy umožňují držiteli výhody počínající vyhrazeným místem k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při projednávání záležitostí na úřadech,

bezplatnou dopravu tramvaji, metrem, slevy na jízdném ve vnitrostátní dopravě. Od II.stupně je držitelům umožněno využívat označení vozidla logem pro invalidy a parkování na vyhrazených místech. (Zákon 2006)

Jedním ze způsobů nefinanční pomoci je pečovatelská služba, která je hrazena z příspěvku na péči. Je určena osobě zde osobě s Alzheimerovou nemocí a jejímu pečujícímu. Může posloužit k tomu, aby si mohl pečující odpočinout, zařídit různé administrativní záležitosti. Nemusí jít vždy o službu druhého pečovatele, může jít o úlevu třeba jen formou dovozu jídla v určitých dnech a tím získání více volného času pro sebe a svého blízkého. Pokud to fyzický a psychický stav nemocného umožňuje, lze využít i služeb denních stacionářů. Neřešitelná není tedy ani situace, kdy musí pečující na delší dobu mimo domov a není nikdo jiný, kdo by péči o nemocného převzal. (Regnault 2011)

4.2.5 Pocity viny a podpora pečujících

Při péči o svého blízkého by měl být pečující připraven i na pocit viny, který může dříve nebo později začít cítit. Vina zde není myšlena jako následek zlého skutku. Naopak většina pečujících trpí pocity viny, přestože v péči a obstarávání dělají maximum. Mohou přijít již na začátku péče, kdy si pečující a nejbližší rodina uvědomí situace, kdy se k nemocnému chovali necitlivě. Neschopnost přičítali neochotě a vzdorovitosti, přestože již za tím stálo omezení pramenící z nemoci. Buijssen (2006) uvádí zajímavý vztah mezi intenzitou péče a vnímání pocitů viny. Objektivně se nabízí varianta, čím více péče a lásky rodinný příslušník věnuje, tím menšími pocity viny trpí. Je tomu právě naopak. Zejména v rodinách, kde se primárně stará jeden člověk, právě on vnímá pocity viny intenzivněji než ostatní. Zbytek rodiny občas tyto pocity viny podporuje, když sami zdůrazňují, kde má pečující v péči o nemocného z jejich pohledu rezervy. Pokud situace dospěje do fáze, kdy už se pečující o nemocného nemůže v domácích podmínkách starat a je nutné přistoupit k přijetí do specializovaného zařízení, tyto pocity viny se násobí. Pokud jsou pečujícími osobami děti, jejich pocit viny může být o to silnější, protože péči vnímají jako uzavřený koloběh života. Rodiče se o ně starali, když byli malí a bezbranní. Oni se nyní starají o rodiče, kteří se důsledkem nemoci stali bezbrannými.

S pocity viny je důležité pracovat. Schopnost přiznat si a mluvit s někým o svých pocitech a strachu vyplývajících z péče o nemocného je výborným prostředkem. Pokud navíc člověk hovoří s někým, kdo se nachází v obdobné situaci, zjišťuje, že tyto pocity jsou normální a třeba se jimi přestane zbytečně trápit. Existují podpůrné skupiny, diskusní fóra a organizace, které rodinným příslušníkům pomáhají v jejich nelehkém úkolu. Mezi nejznámější patří v ČR Česká alzheimerská společnost, která je členem mezinárodních organizací zabývajících se problematikou Alzheimerovy nemoci. Pořádá setkání, kde mohou již zkušenější pečovatelé pomoci radou, příkladem z praxe těm, kteří se s tímto světem teprve seznamují. Česká alzheimerská společnost uděluje v rámci projektu Vážka certifikát zařízením, která se různým stupněm věnují péči o nemocné. (Alzheimer 2016)

Poslední etapa péče nastává, když nemocný zemře. Potom co jsou obstarány úřední nezbytnosti nastává čas pro pečujícího, kdy může truchlit, cítit vyčerpání a úlevu zároveň. Na všechny pocity a emoce je nyní čas, není třeba je uspěchávat. Aby byl člověk schopen začít další etapu svého života je nutné si pocity spojené s odchodem blízkého odžít a pokud to lze pocítit smíření a klid.

Pečující má následně možnost se rozhodnout, zda se vrátí ke svému dřívějšímu povolání a nebo zda ho nová zkušenost posune jiným směrem a bude cítit potřebu se o své zkušenosti podělit s jinými osobami v podobné situaci.

4.3 Institucionální péče o osobu s Alzheimerovou nemocí

Druhým způsobem péče o nemocného Alzheimerovou nemocí je péče za pomoci profesionálů. K této variantě dochází na vlastní žádost nemocného, nebo v situaci že rodina nemůže, nebo se neumí o svého blízkého postarat v jeho domácím prostředí. Bohužel zde neplatí pravidlo, pokud rodina chce, vše lze zvládnout. Péče je náročná psychicky, naruší finanční situaci rodiny a může být náročná i fyzicky. Je potřeba zmínit i variantu, kdy rodina může a umí, ale nechce. I v takových případech se tyto lidé dostávají do zařízení sociální péče.

4.3.1 Krátký pohled do minulosti

Není tomu tak dávno, kdy všechno, co dnes vidíme při návštěvě v pobytovém sociálním zařízení, nebylo samozřejmostí. Kdo se nemohl o svého starého rodiče postarat doma, zvolil více či méně dobrovolně variantu domova důchodců. Tato forma péče byla ustálená a na první pohled skvěle fungovala. Rodiny žily s vědomím, že je o jejich rodinného příslušníka dobře a odborně postaráno. Mohly se věnovat své práci, svým zájmům a občas zajít na návštěvu. Realita byla ovšem taková, že senioři žili v ústavech ve vícelůžkových pokojích, podřizovali se přísnému a pevně danému režimu bez ohledu na jejich osobní potřeby a zájmy. Postupně a uměle se snižovala jejich soběstačnost a zhoršoval jejich zdravotní stav. Pokud byl senior zcela nesoběstačný a bylo zapotřebí i zdravotní péče, byla zde opět jediná varianta a to léčebny dlouhodobě nemocných. Jiná možnost volby neexistovala. Veškerou zdravotní i sociální péči hradil stát. Pracovníci těchto zařízení tak byli svědky návštěv pouze za účelem vyzvednutí důchodu. Počet návštěv v období výplaty důchodů byl vždy překvapivě vyšší, než v jiné části měsíce. Veškerá empatie při práci se seniory byla čistě na individuálním postoji a citu zaměstnance. Těchto zaměstnanců zajisté nebylo málo, ale časem se u nich přísně nadiktovaným systémem vytvořila otupělost. Kdo se pokusil udržet si v té době neprofesní lidštější přístup, dopracoval se většinou k syndromu vyhoření.

Senioři byli odsouzeni systémem péče k prožití posledních let života v neútešných podmínkách. Díky spádové příslušnosti museli žadatelé nastoupit i do ústavu, který nebyl svou pověstí vhodný a žádoucí. Pokud se v ústavu ocitl senior s demencí, jeho pobyt byl ještě složitější. Nikdo v té době nevěděl, jak s těmito lidmi pracovat, jak jim rozumět a vyhovět v jejich potřebách. (Malíková 2011)

Změny, které nastaly po roce 1989, vedly i v této oblasti ke zlepšení a seniorům svítla naděje na lepší a důstojnější prožití poslední etapy svého života.

4.3.2 Současný systém sociální péče o seniory

Nejvýraznější změny nastaly při přijetí zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. (Zákon 2006) Současný systém kombinuje péči zdravotní s péčí sociální. Tyto dvě složky musí působit vždy ve vzájemném souladu, protože problémy ve zdravotní

oblasti doplňují problémy sociální a naopak. V České republice je podporován model péče v rodinném prostředí. Pokud rodina není nebo péči z jakéhokoliv důvodu nezvládá, nastupují možnosti využití státních sociálních služeb.

Služby jsou rozděleny do tří kategorií:

- pobytové
- ambulantní
- terénní

Důraz je kladen na pestrost a dostupnost služeb, které rodina využije v domácím prostředí. Pobytových služeb je možné využít v případě zcela nesoběstačných seniorů, kde není realizovatelná pomoc ze strany rodiny. (Dvořáčková, Hrozenská 2013)

V zákoně o sociálních službách můžeme najít zařízení, která jsou zaměřena svojí činností zejména na seniory. (Zákon 2006) Jsou jimi:

- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy pro seniory se zvláštním režimem.

Zejména centra denních služeb a denní stacionáře mohou být nápomocny rodinám, které nemohou trvale opustit své zaměstnání při péči o svého blízkého. Cílem je zajistit co největší měrou pobyt v domácím prostředí. Autorky Dvořáčková a Hrozenská (2013) zmiňují ve své publikaci kromě výše zmíněných službu, která se zaměřuje na pečující osobu. Tzv. odlehčovací služba, realizovaná třemi způsoby: terénní, ambulantní nebo pobytovou formou. Cílem je poskytnout možnost odpočinku osobě zatížené péčí o rodinného příslušníka.

Změnou prošlo i financování sociálních služeb. Dříve tato povinnost náležela státu, dnes se k financování poskytované služby využívá příspěvku na péči, který může být přiznán až ve čtyřech možných stupních. Příspěvek na péči slouží osobě k úhradě nákladů za poskytnutou službu. Tuto službu mohou poskytovat státní organizace. Jejich počet se během posledních let rozrostl o poskytovatele z řad nestátních neziskových organizací. (Malíková 2011)

Ke změně došlo i v oblasti evidence sociálních služeb. Nově vznikla tzv. registrační povinnost. Právní nebo fyzické subjekty musí získat oprávnění k poskytování sociální služby. Subjekt, který tyto služby poskytuje bez platné registrace, dopouští se správního deliktu. Registr poskytovatelů sociálních služeb vznikl kvůli větší přehlednosti a orientaci v sociálních službách. Z tohoto registru je vytvořená databáze, kterou spravuje a provozuje na svých internetových stránkách Ministerstvo práce a sociálních věcí. (Arnoldová 2011)

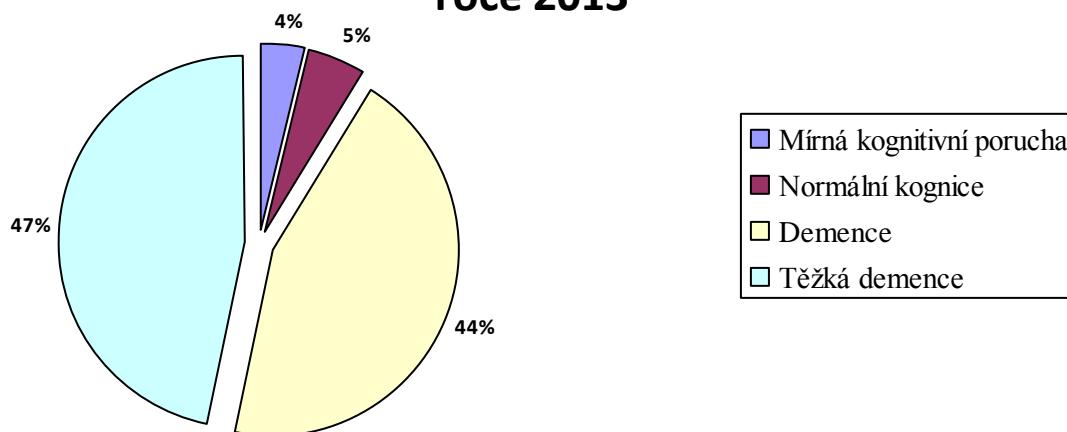
Vedle registrovaných zařízení sociální péče existují i neregistrovaná zařízení. Tato zařízení poskytují sociální služby uživatelům, ale pozadí poskytování je mnohdy velmi problematické. Nemají registrační povinnost, tudíž nejsou povinni dodržovat zásady z této povinnosti vyplývající. Často chybí adekvátní odborná kvalifikace personálu, technické vybavení. Tato zařízení spadají do kategorie zařízení dlouhodobé péče. Měla by spolupracovat s dalšími resorty (Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví), obcemi a např. terénními službami. (Holmerová a kol. 2014)

Pro potřeby této bakalářské práce v příloze I. uvádím seznam registrovaných poskytovatelů sociálních služeb – domov pro seniory se zvláštním režimem, pro hlavní město Praha a pro Pelhřimov.

4.3.3 Domov pro seniory se zvláštním režimem

Osoby s Alzheimerovou nemocí, pokud se o ně nemohou starat rodinní příslušníci v domácím prostředí, mohou využít pobytové služby domova pro seniory se zvláštním režimem. Podle zákona o sociálních službách domovy pro seniory se zvláštním režimem 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 2006, citováno 1. 3. 2016)

Výskyt poruchy kognitivních funkcí v Domovech pro seniory se zvláštním režimem v roce 2013



Zdroj: Holmerová a kol., Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita péče, 2014, str. 66

Tato služba klientům poskytuje mimo jiné ubytování a domov. Klienti mají možnost se sami podílet na výsledné podobě jejich pokoje. Vybavení pokojů je předem dáno, ale možnost volby je při výmalbě a vhodných doplňcích pokoje. Sociální zařízení je buď součástí pokoje, nebo v dosažitelné vzdálenosti. Poskytování stravy je realizováno s ohledem na individuální možnosti klienta. Imobilní klienti, kteří jsou schopni jíst u stolu, mají možnost být dopraveni do jídelny. V rámci poskytování stravy je sledována oblast dostatečné a vhodné výživy a sledování pitného režimu. Pomoc při osobní hygieně je realizována dvakrát denně a následně vždy podle potřeby klienta. Důraz je kladen na zachování maximální možné míry soběstačnosti, nebo kompletní pomoci u zcela nesoběstačných klientů. Pomoc při běžných denních úkonech u klientů imobilních je poskytována přímo na lůžku. Klienti mobilní jsou podporováni v úkonech, které provádí sami. Pracovník poskytuje pouze případnou dopomoc, nikdy by se neměl snažit úkon provést za klienta, aby se zamezilo vzniku tzv. imobilizačního syndromu. Pracovníci zařízení se starají i o udržování společenského kontaktu s okolním prostředím. Zejména u částečně imobilních a zcela imobilních klientů. K tomuto účelu

slouží v zařízeních společné prostory, přilehlé zahrady a účast na akcích, které se v zařízení pořádají. Sociálně terapeutické činnosti mají významnou roli při rozvoji nebo udržení osobních a sociálních dovedností v běžném životě. Dochází tak k podpoře seberealizace jedince a pocitu jeho vlastní užitečnosti. Se sociálně terapeutickými činnostmi souvisí i činnosti aktivizační. Cílem těchto činností je nalezení vhodných stimulačních podnětů, které podněcují v klientovi zájem o sebe sama, své potřeby a možnosti svých sil. Poslední činností, která je klientům a jejich rodinám poskytována, je pomoc při uplatňování svých práv a obstarávání osobních záležitostí. (Malíková 2011)

4.3.4 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník je jedním článkem z dlouhého řetězce pracovníků, kteří se v odborném zařízení věnují komplexní péči o seniory. Tato jejich aktivita se nazývá individuální plánování. O této činnosti se do doby, než vstoupil v platnost zákon o sociálních službách (Zákon 2006), nehovořilo. Péče měla povahu skupinové práce, se všemi klienty se zacházelo jednotným způsobem. Zájem a potřeby klientů byly saturovány pouze osobním zájmem pracovníků, ne propracovaným systémem péče, který by tyto aspekty zohledňoval.

Malíková (2011) se své publikaci zdůrazňuje nový způsob fungování týmu pracovníků při individuálním plánování. Je důležité, aby si všichni pracovníci předávali nejen faktické informace, ale i různé postřehy a výsledky svých pozorování klienta. Není zde prostor pro soutěžení pracovníků, který toho zná víc, naopak zkušenosti je třeba si mezi sebou předávat a být nápomocen radou kolegovi. V týmu musí vládnout vzájemná důvěra a pocit podpory při obtížnějších situacích.

Pracovní tým se skládá z vedoucího sociálního pracovníka, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování, dále z dalších sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách – klíčových pracovníků, důvěrníka, všeobecných sester, aktivizačních pracovníků, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa a dle potřeby zařízení i dalších pracovníků. (Malíková 2011)

Funkci klíčového pracovníka nejčastěji zastává pracovník v sociálních službách. Koordinátor přidělí klíčovému pracovníkovi nově příchozího klienta na zkušební dobu.

Po jejím uplynutí s klientem hovoří o jeho spokojenosti se stávajícím klíčovým pracovníkem. Ve většině případů je klient se svým klíčovým pracovníkem spokojen a ten je mu přidělen nastalo.

Náplň práce klíčového pracovníka je obecně řečeno péče o přidělené klienty. Zajímá se o jejich potřeby a hlavně o nedostatky v uspokojování těchto potřeb veškerými možnými metodami. U nekomunikujících klientů využívá intuitivních, alternativních a augmentativních technik. Za spolupráce klienta vytváří jeho individuální plán. Plán by měl mít vždy svůj cíl, který pomáhá klientovi definovat klíčový pracovník. Stará se o plnění plánu, podílí se na realizaci a kontroluje jeho plnění ze stran ostatních pracovníků. Úzce spolupracuje s vedoucím sociálním pracovníkem. V případě, že se klíčový pracovník nestal klientovým důvěrníkem, spolupracuje i s ním. Důvěrník je osoba, ke které klient cítí větší důvěru a pocit blízkosti, než k ostatním pracovníkům. Sdílí s ním své radosti, ale i obavy. Může se jím stát kterýkoliv pracovník zařízení. Ideální situace nastává, pokud je důvěrník zároveň klíčovým pracovníkem. Klíčový pracovník dále provádí objektivní zápisy do individuálního plánu klienta. Při komunikaci s klientem využívá svých znalostí psychologie, sociálních dovedností a uplatňuje zde svou emoční inteligenci. Po celou dobu práce dodržuje etické zásady. (Malíková 2011)

Existují objektivní překážky, které mohou bránit klíčovému pracovníkovi v efektivní práci s klientem. Malíková (2011) uvádí hned několik příkladů. Jsou jimi nedostatečná orientovanost v pojmu a obsahu individuálního plánování, nedostatečná možnost vzdělávání na pracovišti. Práci klíčového pracovníka znesnadňuje, pokud necítí podporu ze strany vedoucího sociálního pracovníka a pokud celková týmová spolupráce nefunguje. Překážkou může být i malá zkušenost v této oblasti. Pokud nezkušený pracovník necítí podporu ze strany týmu, vede to ke snížení sebevědomí a zvyšování chybně zvolených postupů.

Pouze správně vedený pracovník, který má pod sebou pevně vybudovanou základnu z ostatních pracovníků se může plně soustředit na budování vztahu s klientem a získávání jeho důvěry.

4.3.5 Režim a aktivity během dne

Existence zákona o sociálních službách (Zákon 2006), individuálního plánování, standardů kvality a trend zaměřený na uspokojování potřeb, zájmů a přání zajišťuje klientům v pobytových sociálních zařízeních život v téměř nezměněné podobě od života v domácnosti, kde žil dosud. Nicméně se při nástupu klienta do pobytového zařízení jeho život změní. Zahajuje se jeho další etapa života, se kterou se on sám musí vypořádat po svém. Úkolem pracovníků je mu tuto adaptaci co nejvíce usnadnit, aby jeho následný pobyt a život v tomto zařízení byl příjemný a pokud možno podobný předchozímu způsobu života.

Život klientů v pobytových zařízeních je ovlivněn jejich individuálními potřebami, harmonogramem činností pracovníků a domácím a návštěvním řádem daného pobytového zařízení. (Malíková 2011)

Informace o domácím řádu pobytového zařízení dostávají klienti ještě před nástupem, v době, kdy o službu teprve žádají. Tento postup je nutný k tomu, aby si žadatel i jeho rodina udělali co nejpřesnější obrázek o fungování vyhlédnutého zařízení.

Domácí řád obsahuje informace o zařízení, poslání, informace nezbytné pro žadatele a popis všech nabízených služeb. Obsahuje podrobné informace a pokyny pro rodinu ohledně denního programu, ošacení klienta, správy majetku a financí, pohybu klienta. Součástí domácího řádu jsou i popsané procesy při nehodách, úrazech klientů, využívání vlastních elektrických spotřebičů apod. Návštěvní řád obsahuje stejně jako domácí řád stručné informace o zařízení, poslání a základní rozsah služeb. Dále se zaměřuje na činnost recepce, evidenci a průběh návštěv, informace o zajištění ubytování a stravování blízkých v hostinském pokoji zařízení a s tím spojenými platbami za tyto služby. V návštěvním řádu je obsaženo také nakládání s osobními informacemi o klientech, vymezení prostoru pro užívání klienty a jejich návštěvami. Každé pobytové zařízení může do svého návštěvního řádu zařadit specifické informace týkající se chodu zařízení. Domácí a návštěvní řád je jako příloha součástí smlouvy, kterou podepisuje žadatel o službu. (Malíková 2011)

V příloze II. uvádím domovní řád Domova pro seniory Kobylisy, který mi byl s laskavým svolením poskytnut pro účely této práce.

Jedním z bodů domácího řádu jsou služby a aktivity nabízené klientům. Účast na těchto aktivitách je ze strany klientů dobrovolná. Organizace těchto aktivit by měla být součástí procesu individuálního plánování. Autorky Dvořáčková a Holczerová (2013) ve své publikaci zdůrazňují důležitost těchto aktivit pro seniory v pobytových sociálních zařízeních. Cílem těchto aktivit je zamezit nežádoucímu stárnutí, chřadnutí a zhoršení stavu klienta. Je důležité respektovat individuální schopnosti fyzické i psychické. Zároveň je důležité stimulovat a podněcovat k aktivitě a tím oddálit fyziologický proces stárnutí se všemi jeho dalšími komplikacemi. Cílem těchto aktivit je smysluplně zaplnit volný čas klientů a nabídnout jim možnost zažít úspěch, pocit samostatnosti a uspokojení z vykonané činnosti. Zgola (2013) doplňuje, že výběr aktivit by měl respektovat osobnost klienta a měl by být vhodně zvolený vzhledem k jeho sociálnímu postavení a věku. Vybraná činnost by neměla klienta zesměšňovat, vyvolávat v něm pocit studu. Činnost by měla mít vždy svůj konkrétní cíl, kterého si je vědom i sám klient. Vědomí tohoto účelu a z něj vyplývajícího užitku práce bude klienta motivovat k další práci.

Nabídka těchto aktivit se vždy liší individuálně pro dané pobytové zařízení. Nejčastějšími aktivitami jsou:

- Ergoterapie
- Muzikoterapie
- Pohybové aktivity a taneční terapie
- Arteterapie
- Dramaterapie
- Reminiscenční terapie
- Zooterapie

Ergoterapie je disciplína, jejímž cílem je: „*dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, a tím zvýšit kvality jejich života.*“ (Dvořáčková, Holczerová 2013, str. 36) Hlavní činností ergoterapie je smysluplná práce, činnost, která pomáhá stimulaci, nebo obnově poškozené funkce. U seniorů s důrazem na pohybovou koordinaci, kognitivní rehabilitaci, stimulaci, podmiňování a mozkový trénink. V dnešní době se ergoterapeutická činnost zaměřuje i na využívání a práci s novými technologiemi.

Muzikoterapie je jednou z tzv. expresivních terapií, kde je využíváno a pracuje se s výrazovými prostředky. Muzikoterapie ke své práci a léčení používá jako prostředek hudbu a zvuky. V rámci terapie se hudba poslouchá, vytváří, můžeme zpívat nebo se nechat inspirovat hudbou k pohybu. Terapie hudbou může mít velmi zklidňující účinky, může mírnit bolest, navozovat relaxaci a ponoření do vzpomínek.

Pohybové aktivity a taneční terapie. Pohyb v tomto věku je důležitý, má významnou rehabilitační a rekondiční funkci. Podporuje uchování nezávislosti po co nejdéle dobu. Při taneční terapii se kombinuje pozitivní přínos hudby a pohybu. Terapeut může zadávat předem připravené pohyby, nebo nechat klientům možnost svobody a využití vlastní fantazie, improvizace a citu pro pohyb. Při této podobě terapie se nedbá estetické stránky tance, důraz je kladen pouze na pohyb samotný. Taneční terapie může klientovi umožnit skrze pohyb a hudbu lepší uvědomění sebe sama a svých pocitů.

Arteterapie využívá jako terapeutického prostředku výtvarného umění. Jde o vyjádření pocitů a vlastní osobnosti skrze výtvarné prostředky, než o estetický výsledek díla. Cílem je klientovo uvolnění, vnímání sebe sama, rozvoj fantazie a nadhled. Při skupinové práci dochází k rozvoji komunikace, vnímání druhých lidí a navázání kontaktů. Výtvarná činnost zlepšuje nejen psychické funkce, ale významně zlepšuje i pohybovou schopnost.

Dramaterapie využívá ke své práci dramatický postupů. Zaměřuje se na vyjádření sebe samého a fungování mezilidských vztahů. U seniorů je dramaterapie zaměřená na posílení vnímání sebe sama jako hodnotné bytosti s vlastními vzpomínkami a přáními. Dramaterapie pomáhá vyjádřit pocity, které nelze slovně zformulovat.

Reminiscenční terapie je terapie, jejíž podstatou je práce se vzpomínkami. Ty jsou pro seniory velice důležité. Při této terapii je aktivně podporováno vybavování příjemných vzpomínek zejména pomocí starých fotografií, hudby, filmů apod. Reminiscenční terapie využívá schopnosti mozku uchovávat okamžiky, dovednosti v dlouhodobé paměti. Tato terapie napomáhá lépe poznat osobnost klienta a s ohledem na výsledky následně lépe plánovat ostatní činnosti a péči.

Zooterapie je název pro rehabilitační metody využívající příznivého vlivu zvířat při kontaktu s člověkem. Druhů terapií je několik. Nejčastějšími jsou:

- Canisterapie – využití psů
- Hipoterapie – využití koní
- Felinoterapie – využití koček

Existují i další terapie využívající netradičnějších zvířat pro terapii, u nás jsou nejčastější výše zmíněné druhy zvířat. (Dvořáčková, Holczerová 2013)

5 Metody a harmonogram práce

Časový harmonogram práce

- Listopad – prosinec 2014 – zadání bakalářské práce
- Leden – květen 2014 – rešerše literatury, hledání vhodného sociálního zařízení pro praxi
- Červen – září 2014 – praxe v Domově pro seniory, sběr informací, práce s materiály, rozhovory s pečujícími osobami
- Září – listopad – zpracování případových studií
- Listopad – březen – zpracování bakalářské práce
- Duben – dokončování a odevzdání bakalářské práce

K sepsání bakalářské práce jsem za celou dobu použila několik metod sběru dat. Přestože práce nemá výzkumnou povahu, bylo zapotřebí shromáždit informace k sepsání případových studií. Metody jsem volila podle aktuální potřeby. U případové studie osoby v domácí péči jsem volila zejména narativní rozhovor. Ten spočívá ve volném vyprávění subjektu, bez předem připraveného zásahu tazatele. Tazatel pouze podněcuje k dalšímu vyprávění. Celý rozhovor se pak dělí do čtyř částí – stimulace, vyprávění, kladení doplňujících otázek a nakonec otázky zobecňující. Důležitým bodem je, aby šlo skutečně o vyprávění příběhu od nějakého začátku až do konce. (Hendl 2005) Rozhovor jsem vedla se synem paní A. a jeho manželkou. Hlavní část vyprávění se ujal syn, manželka jej doplňovala, když si nebyl jistý posloupností událostí.

V tomto případě jsem měla možnost nahlédnout do zdravotní dokumentace, tudíž mi z toho vyplynula další metoda a to dokumenty. U dokumentů je platí pravidlo, že jde o takové informace, které vznikly dříve a pro původně odlišný účel. Nejsou upraveny pro potřeby hledání, tazatel si musí sám hledat v dokumentech užitečné informace. Rozlišuje se několik druhů dokumentů – osobní, úřední, archivní, výstupy masových médií a virtuální data. (Hendl 2005) Pro svoji potřebu jsem využívala zejména dokumenty osobní, které zahrnovaly lékařské zprávy. Výsledek zpráv byl

jednoznačný. Alzheimerova nemoc v pokročilém stádiu. Navzdory této nemoci se ovšem paní A. těší velice dobrému zdraví bez jediné medikace navíc.

Při zpracovávání případové studie pana J. jako osoby s institucionální péčí jsem čerpala částečně z narativního rozhovoru přímo s panem J. a částečně z dokumentů pečovatelů obslužné péče a klíčového pracovníka. Rozhovor s panem J. byl autentičtější, protože o svém životě hovořil on sám (v případě paní A. vyprávěl životní příběh její syn), ale zároveň náročnější, neboť si pan J. občas s těžkostmi vzpomínal na některé události a místy přimotal událost nedávnou. Bohužel do zdravotní dokumentace mi jako nezdravotnímu personálu nebylo povoleno nahlédnout, byly mi pouze, pro účely bakalářské práce, sděleny hlavní a vedlejší důležité diagnózy. Dále jsem mohla pracovat s dokumenty, které tvoří pracovníci obslužné péče a klíčový pracovník klienta. Výhodou těchto dokumentů a deníkových záznamů byla komplexnost údajů od doby, kdy pan J. do zařízení nastoupil. Údajů, které se netýkaly pouze zdravotního stavu, ale i stavu psychosociálního.

U obou případových studií jsem čerpala z metody pozorování. Pokud bych měla své pozorování shrnout pojmy, které uvádí ve své publikaci Hendl (2005), šlo by o otevřené, zúčastněné a nestrukturované pozorování druhé osoby v přirozených situacích. Pan J. i paní A. a její rodina věděli, že zpracovávám případové studie. S panem J. jsem trávila jako pracovník obslužné péče několik měsíců a paní A. je babička mého přítele a tudíž i zde docházelo k pozorování v přirozených situacích. Zápisky z jednotlivých pozorování mi byly užitečné při tvorbě případových studií.

6 Případové studie

6.1 Charakteristika vybraného zařízení

Domov pro seniory Kobyličky

Můj výběr zařízení nebyl ani náhodný ani příliš dlouho promyšlený. Z celkového počtu 12 oslovených Domovů pro seniory to bylo jediné zařízení, které mi bylo schopné umožnit praxi a zároveň zde čerpat informace a materiály ke zpracování bakalářské práce. Častou překážkou bylo právě zpracovávání bakalářské práce, samotná praxe by mi umožněna byla. Dalším důvodem bylo chránění značky a know how, které by mohlo být narušeno. Spadl mi velký kámen ze srdce, když jsem měla potvrzenou praxi v Domově pro seniory v Kobylicích.

Domov pro seniory Kobyličky se nachází stranou rušné Prahy na okraji Čimického háje. Zřizovatelem je hlavní město Praha. Hlavní objekt tvoří tři navzájem propojené budovy, ke kterým náleží přilehlé zahrady. Domov patří k jedněm z nejstarších v Praze, funguje již od roku 1959 a funguje jako celoroční zařízení. Posláním Domova pro seniory je zajištění příjemného prostředí, které plně respektuje práva a potřeby seniorů a podporuje je v rozvíjení jejich schopností a ostatních aktivitách. To vše v podmínkách zajišťujících bezpečí a možnost navázání a udržení si sociálních kontaktů a vazeb. Veliký důraz klade na spolupráci s rodinou.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon 2006) Cílovou skupinou Domova pro seniory jsou senioři, kteří již v domácích podmínkách nejsou schopni se sami o sebe postarat, a rodinná situace neumožňuje péči rodinného příslušníka. Zařízení tvoří dvě hlavní části. Domov pro seniory - pro osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku nebo jiného osobního důvodu a Domov pro seniory se zvláštním režimem – pro seniory, kteří potřebují zvýšenou péči (osoby trpící depresemi a různými demencemi, včetně Alzheimerovy nemoci). Pro tyto uživatele jsou zde určena dvě oddělení B a C. Oddělení A je vyhrazeno pouze pro Domov pro seniory.

Celková kapacita zařízení je 219 míst, z čehož je 92 vyhrazeno pro Domov pro seniory a zbylých 119 pro Domov pro seniory se zvláštním režimem. Každé oddělení nabízí možnost ubytování ve dvoulůžkových pokojích, některé ve třech i čtyřlůžkových. Na vlastní žádost, pokud to umožňuje kapacita, může být uživatel přestěhován do samostatného pokoje.

Denní aktivity si mohou uživatelé přizpůsobit podle své chuti. Pokud jim to zdravotní stav dovolí, mají během dopoledne k dispozici společenskou místnost – Klub, kde se jim věnují aktivizační pracovníci. Společně vyrábí drobnosti pro vlastní potěšení nebo jako výzdobu chodeb. Mimo tyto společné aktivity se během dopoledne realizují rehabilitační cvičení, uživatelé mohou využívat služeb kadeřnice, kosmetičky, zajít si na kávu, sledovat televizi nebo si na Klubu číst knihy a denní tisk. Mobilní uživatelé mohou v rámci společenských místností navštívit jiná oddělení, kde jim volný čas zpříjemňují kočky. Mohou si tak užít kontakt se zvířetem, na který byli mnozí ze svých domovů třeba zvyklí. Za hezkého počasí je velice často využívána zahrada. Někteří z uživatelů se zapojili do projektu - Senioři čtou dětem, jehož výsledkem by měla být audiokniha s nejznámějšími pohádkami.

Domov pro seniory Kobylisy získal v roce 2011 Certifikát standardizace nutriční péče. V roce 2013 byla na základě auditu platnost certifikátu prodloužena. Tento certifikát potvrzuje, že je zde uživatelům podávána hodnotná a vyvážená strava, která odpovídá zdravotnímu stavu a nárokům na výživu. Zařízení má vlastní dietní systém, který zahrnuje základní dietu, dietu šetrící, diabetickou, diabetickou a šetrící a v neposlední řadě i mechanicky upravenou stravu. Pokud to zdravotní stav uživatele vyžaduje, je mu vypracován individuální stravovací plán a dieta.

6.2 Charakteristika vybraných osob

V této bakalářské práci jsem se rozhodla použít dvě případové studie osob s Alzheimerovou nemocí. Jedné, o kterou je pečováno v domácím prostředí a druhé, která se nachází v zařízení se specializovaným personálem. Volba osoby v domácí péči byla velice jednoduchá. Babička mého přítele má již deset let diagnostikovanou Alzheimerovu nemoc. Můj první kontakt s babičkou byl před šesti lety. Od té doby jsem i já mohla pozorovat postupné změny v průběhu nemoci. Bohužel většina jich byla změnami k horšímu. Babičku jsem poznala již s velice rozvinutou řečovou vadou, přesto jednoduché věty ještě byla schopná zformulovat. V té době jsem věděla, že bych se ráda této problematice věnovala hlouběji, přestože jsem zatím studovala teprve gymnázium.

S výběrem vhodné osoby, která využívá péče odborného zařízení, byly větší obtíže. Při své praxi v Domově pro seniory jsem jako pracovník obslužné péče neměla oprávnění nahlédnout do zdravotní dokumentace. To byla komplikace, neboť jsem díky tomu nevěděla, na koho se mohu zaměřit s ohledem na svoji bakalářskou práci. Ve spolupráci s kolegyněmi jsem získala tipy na osoby, jejichž rodinám ani jim samotným by nevadilo, kdybych je použila jako modelový příklad, zpracovala jejich případovou studii a rodiny se vyptala na pár drobností. Následně jsem s tímto výběrem musela navštívit vrchní sestru, která nahlédla do jednotlivých zdravotních karet. Po prvních neúspěšných tipech jsem získala pana J., který mým požadavkům vyhovoval nejlépe. S panem J. jsem se znala dobře, proto jsem byla ráda, že budu moct pracovat s ním.

Nemohla jsem moc ovlivňovat, kdo přibude do dvojice, k osobě v domácí péči. Moje skromné požadavky na vrchní sestru byly, aby byl zdravotní stav dotyčného co nejlepší a aby byl přibližného věku. Otevřené jsem nechala, v jakém stádiu nemoci dotyčný bude. Nakonec mohu říct, že jsem ráda, že mám jednu osobu, která je prozatím v počátečním stádiu nemoci a druhou, která trpí již rozvinutější formou. Nesvádí to k případnému srovnávání a hodnocení obou případů.

6.3 Případová studie osoby v domácí péči

Paní A.

Rok narození 1925.

Pochází z Milevska. Je ze čtyř dětí, tři sestry. Vztahy v rodině byly velmi dobré, rodina soudržná, po odchodu dcer za vlastními rodinami, časté návštěvy. Vzdělání základní. Pracovala jako dělnice v různých profesích. Ve výrobně kuřáckých potřeb, v kadeřnictví, dále také pracovala jako prodavačka nebo šatnářka v kulturním domě. Vdávala se v roce 1943. Má dvě děti – dceru a syna. Manželství bylo spokojené a dobře fungující. Na manželovi byla většina rozhodnutí, paní A. byla takto spokojená, jejím úkolem a radostí byla péče o domácnost a o rodinu. Smrt manžela před více než 25 lety byla velice bolestnou a emotivní událostí. Od té doby byla na paní A. pozorována jakási ztráta pocitu jistoty a bezpečí.

Nyní žije paní A. společně se synem a jeho manželkou ve dvougeneračním rodinném domě. Žije stále v přízemním bytě, kde předtím žili s manželem. S péčí o domácnost jí již několik let pomáhá snacha. Paní A. si sama nenakupuje, nevaří. Stoluje společně se synem a snachou. Úklid, ani drobný, již sama nezvládá, je nutná pomoc.

Paní A. je celkem dobře mobilní. Používá pouze hůl, pro případ, že by se jí zamotala hlava a zavravorala. Ráda a často chodí na zahradu, která je kolem domu. Tráví čas posezením v pergole. Mimo dům se vydává pouze v nejnnutnějších případech (např. návštěva lékaře) nebo když se jezdí na hřbitov. Obavy z utíkání rodina nemá. Paní A. se bojí a v cizím prostředí se cítí velice nesvá. Občasné pobyty u dcery zvládá zatím bez větších obtíží, po návratu je ovšem znát viditelná spokojenost, že je opět doma.

Jemná motorika již neslouží, prsty velice ztuhlé. V současnosti se již ani nepodepíše.

První známky nemoci byly pozorovány zhruba deset let zpátky. Začínaly typickým občasným zapomenutím, popletením věcí a následovány byly třeba příhodami, kdy paní A. tvrdila snaše, že jí sestra vyměnila mlýnek na mák. Na začátku

tohoto období paní A. prodělala záchvat a byla odvezena do nemocnice. Závěr vyšetření zněl Menier¹. Od té doby pouze tři záchvaty, nyní dlouhá doba bez záchvatu. Následovala ovšem vyšetření s podezřením na nějaký typ demence. Ta byla i přes nepříliš zapálený počáteční přístup obvodní lékařky potvrzena a to Alzheimerova typu. Byla nasazena léčba. Stav paní A. se celkem rychle horšil, dostavila se i řečová porucha. V současnosti diagnostikována afázie. Následkem řečové poruchy a rapidního zhoršení stavu již nebylo možné provést test MMSE. Vyšetření u psychiatra potvrdilo Alzheimerovu nemoc středního stupně s výraznou řečovou poruchou. Léčba neměla dlouhého trvání, protože paní A. začala odmítat léky užívat. Lékařka na dotazy rodiny, jak mají postupovat, zhodnotila, že paní je brát nemusí!

Paní A. již trpí dezorientací místem, časem i osobou. V období před pěti lety tyto schopnosti ještě byly přítomny. Dnes již plně poznává pouze syna a snachu – hlavní pečující osoby. Dceru poznává a zařazuje již s obtížemi. Vnuky a jejich partnerky rovněž. Není neobvyklé, že neví, kdo jsou a považuje je za cizí osoby. Orientace místem je zřejmá pouze tím, že vnímá, že je doma. Pokud se změní místo pobytu (např. z důvodu dovolené syna), je nejistá, drží se nejbližší osoby a velmi radostně vítá návrat. Orientace časem se již dost dobře nedá odhadnout. Pár let zpátky ještě vnímala i třeba intervaly, v jakých se vracel domů vnuk ze studií. Dnes je při jeho příjezdu zmatená.

Hlavními pečujícími jsou syn se svojí manželkou. Paní A. je na svou snachu velmi fixovaná, často ji následuje během dne po celém domě. Má snahu pomáhat a nabízí svou pomoc, je ale již pouze několik málo činností, které zvládá bez pomoci. Při péči o maminku se syn s manželkou střídají, doplňují, tudíž je u nich menší riziko přepětí. Přesto je to úkol velice nelehký a zodpovědný.

¹ Menier – onemocnění postihující sluchově rovnovážný orgán

6.4 Případová studie osoby v institucionální péči

Pan J.

Rok narození 1926

Je to rodilý Pražan. Byl jediným dítětem svých rodičů. Přestože byl jedináček, nebyl rozmazlován. Byl vychováván důsledně, ale s láskou. Vzdělání má základní s následným dvouletým učebním oborem – obchodní příručí. Během života vystřídal několik zaměstnání a za 2. světové války byl totálně nasazený. Po válce pracoval několik let v textilním průmyslu na více pracovních pozicích od pomocníka až po mistra výroby a jako asistent v pojišťovně. Jeho poslední a nejdelší zaměstnání byl garážmistr a řidič. Pan J. se ženil v roce 1946 a jak sám s úsměvem komentoval: „Nemusel jsem.“ Má dvě děti - dceru a syna. Manželství bylo dlouhé a velice šťastné, manželka byla velice mírné a hodné povahy. Dobře se doplňovali a pan J. na své manželství rád a často vzpomíná a rád o své paní hovoří. Bohužel je již pět let vdovcem.

Pan J. žije v současné době v Domově pro seniory Kobylisy. V dubnu 2016 to budou již dva roky. Přestěhoval se sem z bytu, ve kterém žil do té doby od smrti manželky sám. Společně se synem tuto možnost prodiskutovali a pan J. se sám rozhodl, že je vhodná doba byt opustit. Dcera pana J. žije trvale v Kanadě a na návštěvy jezdí pouze 1x ročně. Syn bydlí v Praze, bohužel již i jemu je 69 let a naneštěstí nepatří mezi aktivní část seniorů. Péči o otce již nezvládal a pan J. sám už o celou domácnost pečovat nedokáže.

Pohyblivý je pan J. velice dobře, pouze ve výjimečných případech si na delší procházky bere vycházkovou hůl. Tráví hodně času v zahradě Domova pro seniory, vždy měl kladný vztah k přírodě. Na delší vycházky mimo areál Domova chodí pouze v doprovodu syna nebo vnoučat, když ho přijdou navštívit. Na prohlídky u lékaře má jako doprovod některého z pracovníků obslužné péče. Mohl by se po Praze pohybovat sám, ale je si vědom své nemoci a občasných potíží s orientací.

Pan J. rád čte, sleduje různé dokumentární filmy. Zpočátku pobytu v Domově se se synem věnovali lepení modelů letadel. V současnosti již chybí trpělivost, protože se zhoršila motorika i zrak.

Nemoc se u pana J. začala projevovat teprve nedávno. Asi tři roky zpět začal pan J. i jeho okolí vnímat první drobné výpadky paměti, občas dezorientaci, která po chvilce zmizela. Po návštěvě lékaře se potvrdil předpokládaný výsledek. Alzheimerova nemoc v počáteční fázi. Při testu MMSE získal 21 bodů, což odpovídá pásmu lehké kognitivní poruchy. Nezúčastněný člověk by ani nemusel zaznamenat nějaký výrazný problém. Při delším kontaktu se bohužel ani panu J. nevyhýbají projevy jeho nemoci (občasné zapomínání, zmatenost v denním řádu – v 15:00 hod přijde do jídelny a očekává večeři, ukládání věcí na různá místa a následné usilovné hledání). Mimo Alzheimerovy nemoci se pan J. léčí pouze s hypertenzí, která je medikamentózně korigovaná.

Nemoc pana J. je v počátečním stádiu, tudíž se zatím plně neprojevily všechny příznaky. Občas má potíže s orientací v čase nebo prostoru, ale sám, s pomocí pracovníka obslužné péče nebo někoho z rodiny je schopen situaci přehodnotit a nahlížet na ni správně. Osobou je orientovaný skvěle, tam se zatím známky nemoci neprojevily. Je velice rád, když si s ním někdo povídá. Je komunikativní a oceňuje, pokud někdo sdílí jeho lásku k přírodě a ostatní zájmy. Syna a blízkou rodinu při návštěvách poznává bez obtíží. Má rád své pohodlí. Pokud je mu narušeno, je mrzutý a odmítá spolupracovat (např. je zvyklý ráno si děle pospat, koupat a sprchovat se večer, odpoledne si zalévat kávu – pokud jsou mu tyto rituály a zvyky narušeny, je naštvaný a mnohdy i lehce vulgární).

Hlavní pečující osobou je v Domově pro seniory klíčový pracovník. S ním se pan J. seznámil při nástupu do Domova, sepisovali spolu vstupní formuláře a vypracovávali individuální plán. Společně s ním také řeší veškeré záležitosti týkající se jeho života a pobytu v Domově. Samozřejmě se o pana J. starají i ostatní pracovníci obslužné péče, klíčový pracovník je ovšem na pána víc soustředěn a zajímá se o něj hlouběji. Syn ani během pobytu otce v Domově není z péče vyřazen a stále za otce dochází obvykle třikrát týdně. Mohou si ovšem společný čas užít povídáním, sledováním TV nebo procházkami a ne starosti o běžné záležitosti a péči o domácnost.

6.5 Zhodnocení případových studií

Před zahájením psaní bakalářské práce jsem neměla bližší zkušenosti s režimem a chodem pobytových zařízení pro seniory. Měla jsem pouze možnost nahlédnout do života rodinných pečovatelů. Zjistila jsem, jaké nesnáze je provázely zpočátku nemoci jejich matky. Ve své práci zdůrazňuji důležitost včasné diagnostiky, ale bohužel i v tomto případě byla doba před diagnózou příliš dlouhá. Důvodem zde byl téměř laxní přístup ošetřujícího lékaře, který nepřikládal větší váhu příznakům a s odborným vyšetřením čekal příliš dlouho. Již pár let jsem svědkem, jak náročná je péče o nemocnou osobu v domácích podmínkách. Pečující neřeší otázku zaměstnání, neboť jsou již oba (syn i snacha nemocné) v důchodovém věku a těší se velice dobrému zdravotnímu stavu. I v tomto případě je celodenní péče náročná psychicky i fyzicky. Z mé strany jim patří veliký obdiv a úcta, neboť jsem toho názoru, že pokud jsou podmínky v rodině vhodné, péče v domácím prostředí je stále tou nejlepší možnou volbou s ohledem na psychický stav nemocného. Jejich situace je prozatím stabilizována, ale ani jim se nevyhýbají úvahy o budoucí vhodné péči o matku. Přímo v místě bydliště bohužel není vhodné pobytové zařízení, které by se specializovalo na péči o osoby s demencí. V příloze I. uvádím seznam registrovaných zařízení i pro okres Pelhřimov, která by byla v budoucnu vhodná pro převzetí břemene odpovědnosti za péči o jejich matku.

Během psaní bakalářské práce jsem měla možnost nahlédnout do chodu a vnitřní struktury domova pro seniory se zvláštním režimem v Praze – Kobylisích. Byla jsem mile překvapena, že jsem se nesetkala s jednotným přístupem ke klientům, ale naopak s velice vlídným a trpělivým způsobem jednání a péče. Pokud se rodiny dostanou do situace, kdy není možné starat se o nemocného v domácích podmínkách, zde jim byla poskytnuta nejlepší možná pomoc. Nemyslím tím pouze základní péči, že byli klienti v čistém prostředí a bylo postaráno o jejich stravování a hygienické potřeby. Žili v příjemném prostředí vlastních pokojů, které jim pracovníci pomáhali dotvořit dekoracemi, aby se v nich cítili příjemně. Přání a prosby byly plněny jako samozřejmost, bez sebemenšího náznaku obtěžování. Nejen klíčový pracovníci znali jednotlivé klienty i hlouběji, než jen jméno a číslo pokoje. Skvěle postaráno bylo i o

imobilní klienty, se kterými bylo polohováno a v rámci možností rehabilitováno. Spolupráce s rodinou zde byla velice hezky navázána a opravdu dobře v praxi fungovala.

Ráda bych věřila, že toto zařízení není jediné, které by mě svým fungováním mile překvapilo. Pokud by se postupem času většina zařízení blížila tomu v Kobylisích, nemusely by se rodiny bát situace, kdy již nebudou schopné poskytovat péči svému blízkému v domácím prostředí.

Věřím, že jsme v tomto na dobré cestě, přestože je před námi stále spousta práce.

7 Závěr

Na závěr bych ráda tuto problematiku shrnula. V dnešní době je určitě vhodné soustředit naši pozornost věkové kategorii seniorů. Jsou to osoby, které pokud mají štěstí, dožijí se důchodového věku bez závažnějších zdravotních obtíží, plně se věnují svým koníčkům a těší se z další etapy života, která jim právě započala. Velká část z nich bohužel takové štěstí nemá. Přes veškerou lékařskou péči a zlepšující se životní podmínky jim život znesnadňují přibývajících obtíže a onemocnění související s vyšším věkem. Jedním z těchto onemocnění je i Alzheimerova nemoc, které jsem se v této práci věnovala, zejména z pohledu péče o nemocného.

V úvodu práce jsem se věnovala demenci, projevům a zmínila jsem pár velmi častých typů demence.

Nejčastějšímu typu demence – Alzheimerově nemoc jsem se věnovala v následujících kapitolách. Nastínila jsem projevy nemoci, její příčiny, možnosti prevence a shrnula i proces diagnostiky této nemoci. Tato část by mohla být jistě obsáhlejší, ale to nebylo cílem mé práce.

Můj hlavní záměr pro bakalářskou práci byl podrobně se věnovat a popsat dva možné způsoby péče o osobu s Alzheimerovou nemocí. Jedním typem byla péče v domácím prostředí, kdy je hlavní pečující osobou někdo z rodiny. Uvedla jsem prvotní příznaky nemoci, zásady správné komunikace s nemocným a možné projevy problémového chování. Laickému pečujícímu může chvíli trvat, než se zorientuje v celé problematice. Zejména otázka finanční pomoci zůstává dlouho nevyřešena a často na úkor pečujících. Druhý typ péče byla péče v pobytovém sociálním zařízení s odborně proškoleným personálem. Stručně jsem shrnula péči v minulosti a navázala systémem péče v dnešní době. Podrobněji jsem popsala pobytové zařízení, specializované svou péčí o osoby s demencí. Zařadila jsem popis klíčového pracovníka jako osoby, která by měla mít ke klientovi vybudován bližší vztah, než ostatní pracovníci zařízení. Klient má možnost v těchto zařízeních kromě vlastních činností možnost výběru i z nabízených aktivit. Nabídka terapií a činností je individuální pro každé pobytové zařízení. Cílem mé práce byl popis dvou způsobů péče, který by mohl sloužit k základní orientaci

v komplexní problematice péče o osobu s Alzheimerovou nemocí. Myslím, že tohoto cílu bylo dosaženo.

V závěrečné fázi jsem zařadila dvě případové studie, každou jako zástupce jednoho způsobu péče o nemocného.

Použitá literatura

ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. Praha, Karolinum, 2011, 600 s., ISBN 978-80-246-1852-4

BORZOVÁ, C., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., a kol.: *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Grada, Praha, 2009, 164 s., ISBN 978-80-247-2454-6

BRAGDON, A., D., GAMON, D.: *Nedovolte mozku stárnout*. Praha, Portál, 2002, 112 s., ISBN 80-7178-567-9

BUIJSSEN, H.: *Demence: průvodce pro rodinné příčníky a pečovatele*. Portál, Praha, 2006, 132 s., ISBN 80-7367-081-X

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha, Grada Publishing, 2015, 648 s., ISBN 978-80-247-4826-9

DVOŘÁČKOVÁ, D., HOLCZEROVÁ, V.: *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha, Grada, 2013, 100 s., ISBN 978-80-247-4697-5

DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M.: *Sociální péče o seniory*. Praha, Grada, 2013, 192 s., ISBN 978-80-247-4139-0

GENOVA, L.: *Still Alice*. Simon and Schuster, New York, 2014, 400 s., ISBN 978-1-5011-0773-3

GLENNER, J. et al.: *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. Portál, Praha, 2012, 135 s., ISBN 978-80-262-0154-0

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Portál, Praha, 2009, 776s., ISBN 978-80-7367-569-1

HOLMEROVÁ, I.: *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014, 176 s., ISBN 978-80-247-5439-0

KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V.: *Změny jednání seniorů* Galén, Praha, 2005, 189 s., ISBN 80-7262-363-X

MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada, Praha, 2011, 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3

MATOUŠOVÁ, M.: *Stáří a demence*. Univerzita Karlova, Praha, 2011, Bakalářská práce

MATOUŠOVÁ, M.: *Alzheimerova choroba*. Univerzita Karlova, Praha, 2013, Diplomová práce

PIDRMAN, V.: *Demence*. Praha, Grada, 2007, 184s., ISBN 978-80-247-1490-5

REGNAULT, M.: *Alzheimerova choroba – průvodce pro blízké nemocných*. Portál, Praha, 2011, 119 s., ISBN 978-80-262-0010-9

RŮŽIČKA, E.: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Galén, Praha, 2003, 175 s., ISBN 80-7262-205-6

ZGOLA, M.: *Něco dělat!* Občanské sdružení za důstojné stáří, Praha, 2013, 127 s., ISBN 978-80-254-9338-0

Ostatní zdroje

Domovní řád Domova pro seniory Kobylišy

Internetové zdroje

Česká alzheimerovská společnost, [online]. [cit. 2016-03-20].

Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online]. [cit. 2016-03-01].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2016-03-15].

Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1459842527549_1