

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Problematika institucionální péče o seniory
s Alzheimerovou chorobou**

The issue of institutional care for the elderly with Alzheimer's disease

Vedoucí práce: MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor: Bc. Monika Jírová

Praha 2013

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé práce paní MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D. za její cenné rady a čas, který mi ochotně věnovala. Děkuji jí také za její profesionální a zároveň laskavý přístup, za toleranci a za to, že mi pomohla se vším, s čím jsem pomoci potřebovala. Dále bych chtěla poděkovat všem osobám, díky kterým mohla vzniknout výzkumná část práce. Jedná se o rodinné příslušníky a odborníky z daných institucí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Problematika institucionální péče o seniory s Alzheimerovou chorobou vypracovala samostatně, všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury a souhlasím s případným použitím své práce pro potřeby školy.

V Praze dne

Bc. Monika Jírová

Anotace

Diplomová práce s názvem „Problematika institucionální péče o seniory s Alzheimerovou chorobou“ zahrnuje informace týkající se jednotlivých typů demencí, mapuje současnou situaci v České republice a ve světě, charakterizuje základní otázky v oblasti sociální politiky a představuje vybrané metody nefarmakologické léčby. Výzkumná část analyzuje podmínky života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v různých typech ústavních zařízení. Zaměřuje se také na rodinné příslušníky. K ucelenému pohledu na dané téma přispívají názory odborníků z daných institucí. Cílem práce je stručně charakterizovat a porovnat systém péče v jednotlivých ústavních zařízeních a pomocí statistických informací poukázat na aktuálnost tématu.

Annotation

Thesis entitled "The issue of institutional care for the elderly with Alzheimer's disease" includes information about different types of dementia, charts the current situation in the Czech Republic and in the world, characterized fundamental questions of social policy and presents some methods of non-pharmacological treatment. The research analyzes the conditions of life of seniors with Alzheimer's disease who live in different types of institutions. It also focuses on family members. For compact view on the topic contribute opinions of experts from relevant institutions. Aim of this study is to describe and compare the system of care in individual and institutional facilities using statistical information to point to the timeliness issue.

Klíčová slova

Demence, Alzheimerova choroba, institucionální péče, statistické informace, komunikace, sociální politika, domovy se zvláštním režimem, nefarmakologická léčba.

Keywords

Dementia, Alzheimer's disease, institutional care, statistical information, communication, social policy, homes for elderly with special regime, non-pharmacological treatment.

Obsah

Úvod	7
1. Demence	9
1.1 Rizikové faktory demence	11
1.2 Diagnostika a vyšetřovací metody u demencí	12
1.3 Typy demencí	12
1.3.1 Alzheimerova choroba	13
1.3.2 Demence s Lewyho tělísky	16
1.3.3 Frontotemporální demence	17
1.3.4 Demence u Huntingtonovy choroby	17
1.3.5 Demence u Parkinsonovy choroby	18
1.3.6 Vaskulární demence	18
2. Statistické informace	19
2.1 Situace v České republice	20
3. Sociální péče	24
3.1 Sociální politika	24
3.2 Legislativní rámec	25
3.3 Domovy se zvláštním režimem	26
3.4 Pracovník v sociálních službách, sociální pracovník	26
3.4.1 Komunikace s demenčním pacientem	27
3.4.2 Syndrom vyhoření	28
3.5 Systém péče o seniory	29
4. Vybrané techniky aktivizace, nefarmakologické metody	32
4.1 Reminiscenční terapie	33
4.2 Arteterapie	35
4.3 Animoterapie (zooterapie, pet-terapie)	35
4.3.1 Canisterapie	36
4.3.2 Felinoterapie	36
4.4 Kinezioterapie	37
5. Výzkumné šetření	39
5.1 Cíle výzkumného šetření, metodologie, stanovení hypotéz	39
5.2 Stručná charakteristika jednotlivých zařízení z výzkumného šetření	40
5.3 Kazuistické studie	43

5.4 Komunikace s odborníky z jednotlivých zařízení.....	56
5.5 Závěry výzkumného šetření.....	65
5.5.1 Závěry šetření z pohledu rodin – shrnutí nejdůležitějších poznatků	65
5.5.2 Závěry šetření z pohledu odborníků z jednotlivých institucí – shrnutí nejdůležitějších poznatků.....	67
5.5.3 Vyhodnocení stanovených hypotéz	68
Závěr	70
Seznam literatury.....	71
Resumé.....	76
Seznam tabulek	77
Seznam příloh.....	78
Přílohy.....	79

Úvod

Vzhledem k současné demografické situaci, kdy dochází ke konstantnímu stárnutí populace, lze předpokládat i nárůst počtu seniorů trpících Alzheimerovou chorobou. Nejnovější statistické informace celosvětově uznávaných společností zabývajících se danou problematikou to jednoznačně potvrzují. Na tento fakt budou muset jednotlivé země reagovat zvýšením počtu volných míst v zařízeních ústavní péče, či výstavbou zcela nových institucí. Rodin, které se o svého příbuzného budou schopny starat v domácím prostředí, ubývá. Tato nejrozšířenější forma demence postihuje především osoby starší 65ti let. Vzhledem k nejasným symptomům v počátku nemoci je její správná diagnostika velmi obtížná. Přesná příčina tohoto onemocnění stále není zjištěna.

Výše zmíněné údaje mě vedly k sepsání diplomové práce právě na toto téma. Domnívám se, že i přes všechna fakta ukazující na potřebu věnovat problematice institucionální péči o seniory s Alzheimerovou chorobou více pozornosti, tomu tak alespoň v rámci České republiky stále není.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola charakterizuje pojem demence, vymezuje rizikové faktory jejího vzniku, nastiňuje problematiku včasné diagnostiky a stručně popisuje nejrozšířenější typy demencí. Blíže je zde popsána Alzheimerova choroba a její jednotlivá stádia.

Druhá kapitola se věnuje statistickým informacím. Zahrnuje aktuální čísla (počet osob s demencí, náklady na péči) z celosvětového hlediska. Kapitola dále mapuje současnou situaci v České republice a charakterizuje důležité dokumenty, které v tomto roce, v souvislosti s daným tématem, projednává vláda ČR.

Třetí kapitola se zabývá sociální péčí. Popisuje systém péče o demenční pacienty, vymezuje pojmy jako sociální politika, domov se zvláštním režimem, pracovník v sociálních službách, sociální pracovník. Vymezuje vlastnosti, které musí pomáhající mít a blíže nastiňuje i syndrom vyhoření. Dále charakterizuje a rozděluje jednotlivé typy ústavních zařízení.

Čtvrtá kapitola je věnována vybraným aktivizačním technikám a nefarmakologickým možnostem léčby demencí. Zahrnuje reminiscenční terapii, kinezioterapii, animoterapii a arteterapii.

V páté kapitole je popsáno výzkumné šetření zaměřené na zmapování podmínek života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v některém z typů ústavních zařízení na území České republiky. Obsahuje celkem čtyři kazuistické studie rodin, které musely svého

příbuzného umístit do některé z daných institucí, a dále zpracovává informace od odborníků z jednotlivých zařízení.

Cílem práce je shrnout problematiku seniorů s diagnózou demence, stručně charakterizovat a porovnat systém péče v jednotlivých ústavních zařízeních a přinést pohled na dané téma od zainteresovaných rodin a odborníků.

1. Demence

Nezákladnějším rysem, kterým lze charakterizovat pojem demence, je úbytek kognitivních funkcí, zejména pak paměti a intelektu. Tyto změny jsou způsobeny určitým onemocněním mozku. Demence, jakožto syndrom zahrnující různé symptomy, má za následek celkový úpadek duševních činností postiženého jedince. Jedná se především o ubývající schopnosti při každodenních aktivitách, což vede k omezování člověka (sec. cit. Jirák, Koukolík In: Holmerová a kol., 2007, s. 9). Jak uvádějí Pidrman a Kolibáš (2007, s. 9-10) jsou narušeny vyšší korové funkce, hlavně paměť, myšlení, řeč, zhoršuje se orientace. Dalšími závažnými symptomy jsou poruchy chování, chápání, emotivity, osobnosti, ztráta soběstačnosti. Diagnózu demence stanovíme na základě neuropsychiatrického a psychologického vyšetření. Podle Pidrmana a Kolibáše (2005, s. 109) je definicí pojmu demence více, rozdíl mezi nimi jsou však minimální. Všechny potom zdůrazňují, že v souvislosti s poruchami kognitivních funkcí nemluvíme o poruchách vědomí. Jak uvádí Zgola (2003, s. 20-21) je důležité mít na mysli to, že pokud hovoříme o demenci, hovoříme o nezvratitelnosti pacientova stavu. V určitých situacích se pacientovi může dařit lépe, duševní nezpůsobnost však zůstává. V případě, že se podaří vytvořit přívětivé prostředí, schopnost fungovat se zvyšuje a naopak. Důležitým aspektem, prolínajícím se celou cestou nemocného je fakt, kdy bez přítomnosti jakéhokoli fyzického handicapu není postižený schopen zvládat každodenní zvyklosti, jako je příprava jídla, uspořádání šatníku, osobní hygiena apod. Postižený často ztrácí respekt, okolí jej označuje za pomateného.

Klinickými příznaky demence jsou:

- postižení kognitivních funkcí
- postižení aktivit každodenního života
- behaviorální a psychologické příznaky demence (Jirák a kol., 2009, s. 22).

K **postižení kognitivních funkcí** řadíme dle Jiráka a kol. (2009, s. 22) především **poruchy paměti**. Jedná se zejména o poruchy krátkodobé paměti, kdy postižený člověk opakuje jednu a tutéž věc, zapomíná, co se stalo a odehrálo před chvílí, není schopen zapamatovat si domluvené schůzky, ztrácí věci. Porucha dlouhodobé paměti je charakteristická pro pozdější stádium demence. Dále se jedná o **poruchy orientace**. Jde také o časný příznak nemoci. Jedinec se dezorientuje v čase, prostoru, později i sám v sobě. Nemocný si neuvědomuje jaký den v týdnu je, jaké je roční období apod. Zpočátku bloudí na jemu neznámých místech, později i na místech, která dobře zná. Často neví, kudy má jít do

obchodu, v domácím prostředí hledá toaletu, kuchyň. Při těchto potížích by měli blízcí nemocného vhodně upravit jeho byt (dům), s ohledem na jeho bezpečnost. Důležité jsou světlé místnosti bez zbytečných tmavých zákoutí. (Holmerová a kol., 2007, s. 18-19). Jak píše Zgola (2003, s. 27-42) další z řad deficitů v souvislosti s postižením kognitivních funkcí je porucha jazyka, pozornosti, vzhledu a abstrakce, deficity v oblasti motoriky. V oblasti **poruch řeči** má postižený často problémy s rozeznáním slov a porozuměním složitým větám. Doporučuje se využívat synonyma či slova vhodně popsat. Často se vyskytuje problém, kdy má postižený potíže s vyjádřením vlastních myšlenek (expresivní jazyk). Nemocný obtížně hledá slova, je pro něj složité tvořit smysluplné věty. Pro oblast **deficitů pozornosti** je typickým znakem, neschopnost člověka zůstat delší dobu u daného úkolu. Osoba neposedí u jídla, neustále odbíhá, hledá si něco k práci, ale u ničeho dlouho nesetrvá. Často se také stává, že člověk přeruší určitý úkol, například se obleče jenom z poloviny. Objevuje se snížená schopnost reagovat na dané podněty. Člověk, který má potíže s **poruchami vzhledu a abstrakce** se může jevit jako tvrdohlavý. Často odmítá pomoc a trvá na svých vzorcích chování. Charakteristická je také ztráta zábran a neschopnost chovat se podle společenských norem. Důsledkem bývá například odmítání pomoci pečovatelek, jelikož nemocný si potíže nepřipouští a nevidí tak důvod, proč by se o něj měl starat někdo druhý. Snahu okolí pomoci mu může vnímat jako ohrožení a zcela se tak izolovat od ostatních. Oblast **poruch motoriky** představuje automatické vzorce, které jsou zakořeněny v našem nervovém systému. U demenčních osob jsou tyto vzorce často narušeny a my tak můžeme vidět člověka, který si například obléká spodní prádlo přes svršky, aniž by věděl proč.

Do oblasti **postižení aktivit každodenního života** zahrnují Jiráková a kol. (2009, s. 22) běžné a profesionální dovednosti. Z počátku člověku vypadávají méně náročné profesní aktivity, později dochází k porušení obyčejných denních činností. U pokročilých demencí se setkáváme s bazálními potížemi, jako je například oblékání. V těžkých stádiích často pozorujeme inkontinenci moči a stolice.

Behaviorální a psychologické příznaky demence patří mezi nejobtížnější projevy. Většinou se rozvíjejí ve středních stádiích demence. **Změny chování** mívají různý charakter. Častým projevem bývá neklid, někdy může být spojen až s agresivitou. Příkladem jsou útoky z domova, napadení členů rodiny. V opačném případě se jedná o klidné, bezúčelné jednání, například přenášení věcí z místa na místo. **Poruchy emocí** bývají velmi časté. Vyskytují se zejména nekontrolovatelné návaly vzteku, v opačném případě afekty smutku s pláčem, které jsou výraznější u vaskulárních demencí. Mezi nejčastější **psychotické příznaky** řadí Holmerová a kol. (2007, s. 24) halucinace a bludy. Setkáváme se také s **poruchami spánku**,

především s nespavostí (Jirák a kol. 2009, s. 23-24). V této oblasti dochází dle Holmerové a kol. (2007, s. 25) k celkové poruše osobnosti až po její rozpad. Osobnost člověka prochází v jednotlivých stádiích nemoci určitou řadou změn, které vedou k celkovému oploštění a ztrátě motivace. Negativní vlastnosti se stávají dominantními (egocentrismus, agrese, žárlivost). Na druhou stranu mohou vystupovat i kladné rysy člověka (pokora, spolupráce s okolím).

1.1 Rizikové faktory demence

Podle Holmerové a kol. (2007, s. 12-14) zatím nelze přesně říci, které faktory demenci přesně způsobují, je zde však řada rizikových ukazatelů, jež definovat dokážeme. Jsou to především následující:

- **Věk:** Poměrně vzácně přichází demence před 60. rokem, dříve se však vyskytnout může. S přibývajícím věkem je výskyt onemocnění častější.
- **Pohlaví:** Podle některých studií jsou Alzheimerovou chorobu více ohroženy ženy, muže naopak ve větší míře postihují demence cévního původu. Ve většině studií však pohlaví nemá na výskyt demence větší význam.
- **Rodinný výskyt a genetické faktory:** V případě, že se demence vyskytne před 60. rokem, je to často z důvodu dědičně podmíněného onemocnění. Riziko onemocnění blízkých příbuzných (bratři, děti) trpících Alzheimerovou chorobou je až čtyřikrát větší, než u jedinců, kteří tuto genetickou predispozici nemají. Obdobné riziko platí i pro příbuzné lidi s Parkinsonovou chorobou a Downovým syndromem.
- **Vzdělání:** Některé studie ukazují na to, že demence, především pak Alzheimerova choroba, postihují méně lidi s vyšším vzděláním. Důležitým faktorem, v tomto ohledu, může být i míra psychické aktivity v průběhu lidského života.
- **Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění:** Je prokázáno, že se demence rozvine až u třetiny jedinců, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. K rozvoji demence jsou náchylnější lidé s vysokým tlakem, cukrovkou a onemocněním srdce.
- **Kouření:** Vzhledem k tomu, že kuřáci mají vyšší riziko ke kardiovaskulárním onemocněním, zvyšuje se u nich také riziko výskytu demence. Prvotní studie se zabývaly hypotézou, zda kouření působí jako prevence proti Alzheimerově chorobě. To se však neprokázalo, naopak je pravdou, že kouření toto riziko zvyšuje.
- **Alkohol:** Nadměrné pití alkoholu lidmi, kteří jej ve větší míře pijí delší dobu, může mít za následek onemocnění demencí, stejně tak jako jiným somatickým

onemocněním. Předmětem zkoumání také zůstává, zda malé množství alkoholu v pravidelných intervalech nemá na vznik demence naopak ochranné účinky.

- **Poranění hlavy:** Úrazy hlavy mají na vzniku demence poměrně vysoký podíl a jsou tak považovány za významný rizikový faktor. V tomto kontextu se poraněním hlavy rozumí stav, když člověk ztratí vědomí minimálně na 15 minut.
- **Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba:** Některé výzkumy upozorňují na to, že lidé užívající léky na artrózu, revmatoidní artritidu a další, mají nižší riziko Alzheimerovy choroby.
- **Deprese:** Starší depresivní lidé mají až čtyřikrát větší riziko demence.

1.2 Diagnostika a vyšetřovací metody u demencí

Na diagnostice demence se podílí několik složek. Provádí se rodinná, osobní, farmakologická, pracovní a sociální anamnéza. Dále se jedná o sérii somatických vyšetření jako EKG, laboratorní vyšetření krve, jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, vyšetření elektrické mozkové aktivity. Vyšetřuje se pomocí zobrazovacích technik – CT mozku, magnetická rezonance. V neposlední řadě člověk podstoupí orientační vyšetření poznávacích funkcí, při kterém se používají různé testy paměti, a dalších kognitivních funkcí, jako je kreslení hodin či celosvětově nejvíce používaný test **MMSE** (Mini-Mental-State-Examination). MMSE testuje orientaci osobou, místem i časem, zapamatování tří slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování věty. Další vyšetřovací metody jsou Wechslerova škála paměti, WAB, test řečové plynulosti, test kreslení dráhy, Stroopův test. **Wechslerova škála** poskytne informace o slovní a zrakové paměti. Testuje především logickou paměť a orientaci. **WAB** jsou testy řečových funkcí, sledující spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Při **testu řečové plynulosti** musí člověk vyjmenovat co největší počet slov podle určitého klíče (začínající na písmeno M, co nejvíce zeleniny apod.) **Test kreslení dráhy** ukáže schopnost plánování, koordinaci zraku a pohybu, pozornost, schopnost přizpůsobit se. K posouzení míry pozornosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž lze použít **Stroopův test** (Jirák a kol., 2009, s. 23-24).

1.3 Typy demencí

Dle Pidrmána (2007, s. 31-32) můžeme demence rozdělit následovně:

Primárně degenerativní demence:

- Alzheimerova choroba,

- demence s Lewyho tělísky,
- frontotemporální demence.

Sekundární a smíšené demence, na jejich vzniku se podílí řada příčin. Jedná se například o demence způsobené traumatem, infekčním onemocněním či epilepsií. Nejčastější bývají:

- vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická),
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingtonově chorobě,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích.

Do této skupiny patří také **smíšené demence**:

- smíšená Alzheimerova/vaskulární,
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
- ostatní smíšené demence.

1.3.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba byla poprvé popsána Aloisem Alzheimerem na začátku dvacátého století. Je nejčastější příčinou syndromu demence (sec. cit. Baštecký a kol., In: Holmerová a kol., 2007, s. 9). Jak uvádějí Holmerová a kol. (2007, s. 9) zpočátku byla Alzheimerova choroba veřejností chápána jako běžný důsledek stárnutí a větší pozornost si získávala, pokud byla diagnostikována u mladších osob. U seniorů byla často označována za „sklerózu“. V devadesátých letech minulého století byla prokázána úzká spojitost právě s narůstajícím věkem a výskytem choroby. Je důležité zmínit, že nemoc nepředstavuje normální příznak stáří a proto je důležité ji včas diagnostikovat a léčit. Pravděpodobnost onemocnění touto chorobou stoupá s přibývajícím věkem.

Pro Alzheimerovu chorobu je charakteristický nenápadný, plíživý začátek. Okolí si tak často prvních příznaků nemocí vůbec nevšimne. Typické jsou změny chování, návyků a osobnosti. Nemocný ztrácí zájmy, přestává být aktivní a tíhne k izolaci od okolí. Sexualita se dostává do pozadí zájmů, zřídka se objeví hyperaktivita v této oblasti. Kognitivní funkce mohou zaostávat již od samého počátku onemocnění či se objevit v jeho průběhu. Je běžné, že se nemocný snaží ze začátku maskovat. Poruchy orientace v prostoru bývají typické již

v raném stádiu onemocnění. Běžně se objevují poruchy schopnosti abstrakce a tak nejsou nemocní schopni vysvětlit například běžná přísloví. Z hlediska poruchy paměti je charakteristická porucha vstřípivosti, dlouhodobá paměť bývá zachována delší dobu. Myšlení je chudé, nemocný ztrácí schopnost logických úvah. Velmi často se vyskytují poruchy řeči – afázie, apraxie. Postižený nemocí často opakuje jedno slovo, vytrácí se slovní zásoba. Člověk ulpívá na jednom tématu, ke kterému se stále vrací. Mohou se objevit bludy nebo halucinace. U postiženého Alzheimerovou chorobou dochází velmi brzo ke změně osobnosti. Jedinec se stává egocentrický, podezřívavý, sobecký, přestává o sebe pečovat. Dochází k narušení etických a estetických hodnot. Nemocný ztrácí zájem o své koníčky a aktivity (Pidrman, 2007, s. 37).

Včasná diagnostika Alzheimerovy choroby je velmi důležitá, na jejím základě je poté možno doporučit a stanovit vhodnou farmakologickou léčbu. V tomto ohledu můžeme stále spatřovat problém v tom, že postižení lidé docházejí k lékaři poměrně pozdě, až v pokročilejším stadiu demence. Rodinní příslušníci, stejně tak i samotní nemocní, se často setkávají s odmítavým přístupem lékařů, kteří tvrdí, že tento stav je, vzhledem k věku pacienta, zcela běžný. Lékaři musí být informováni o možnostech farmakologických i nefarmakologických postupů léčby (Holmerová a kol., 2007, s. 30). Jak píše Holmerová a kol. (2004, s. 16-17) z hlediska symptomatické léčby existují různé léky, které napomáhají ke zmírnění nejobtížnějších příznaků Alzheimerovy choroby, jako jsou například neklid, agresivita atd. K dostání jsou výhradně na lékařský předpis, mimo jiné i z důvodu, že pokud by je pacient užíval svévolně, bez odborného dohledu, uvedené symptomy by se mohly zhoršit a také by mohly přibýt nové, například zmatenost či inkontinence. Základní léky jsou:

- antidepresiva,
- neuroleptika,
- anxiolytika,
- antiparkinsonika,
- trankvilizéry,
- barbituráty.

Základními léky jsou inhibitory cholinesterázy, obnovující v lidském mozku rovnováhu koncentraci neurotransmiteru acetylcholinu, která při Alzheimerově chorobě klesá. Hlavním přínosem těchto léků je jejich schopnost zmírňovat příznaky Alzheimerovy choroby, pomáhat zachovat kognitivní funkce pacienta a zachovat tak jeho soběstačnosti. Z hlediska

nefarmakologických postupů je hojně využívána terapie orientovaná na realitu a validační terapie (Holmerová a kol., 2004, s. 16-17).

Pacienti samotní vyhledají lékařskou pomoc většinou velmi pozdě. Člověk nepřikládá svým problémům velký význam, stydí se a nechce si připustit, že by mohl být nemocný. Duševní poruchu si každý z nás připouští jen velmi nerad, nejinak tomu je u lidí trpících Alzheimerovou chorobou. Problém může být také často v rodině, která jej, místo toho aby vyhledala lékařskou pomoc, maskuje. Pacient vyhledá lékaře většinou až za rok od prvních problémů. Ani tehdy, nemusí být vše jasné. Lékaři mohou tvrdit, že stav člověka, je vzhledem k jeho věku, zcela normální a běžný. Diagnostika se tak oddaluje zhruba na dalších šest měsíců. (sec. cit. Bayer, Reban In: Holmerová a kol., 2007, s. 30).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) udává diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu. Jedná se o vývoj vícečetného kognitivního deficitu, projevujícího se v obou následujících bodech:

- postižení paměti (zejména je postižena schopnost učit se nové informace),
- jeden či více znaků: afázie, apraxie, agnózie, narušení hodnotících funkcí (Pidrman, 2007, s. 36).

Stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby určíme klinických vyšetření na základě následujících kritérií:

- syndrom demence je přítomen - testy, psychologická vyšetření,
- jiné onemocnění, které by mohlo být příčinou syndromu demence, není přítomno,
- vyšetření mozku nebylo prokázáno jiné onemocnění - nádor, hematom (Holmerová a kol., 2007, s. 29).

Správná diagnóza nemoci je velmi důležitá jak pro samotného pacienta, tak pro jeho rodinu. Nemocný a rodinný příslušník by se měli dozvědět o postižení co možná nejvíce. Mělo by jim být sděleno, že se jedná o chronické a dlouhodobé onemocnění, které se v současné době nedá léky zcela vyléčit, průběh však lze, pomocí farmakologických postupů, zpomalit. Léky mohou také tlumit příznaky depresí, úzkostí, poruchy spánku (Holmerová a kol., 2007, s. 31).

U Alzheimerovy choroby rozlišujeme **tři stádia**. Každé stádium je charakteristické určitými problémy, přičemž některé z nich se mohou objevit v jakémkoliv stádiu, jiné nemusíme pozorovat vůbec.

U **prvního** pozorujeme zhoršování zejména krátkodobé paměti, přechodnou časovou dezorientaci (postižený neví jaký den v týdnu je, jaký je rok), prostorovou dezorientaci

(člověk kolikrát nepozná, že je u sebe v bytě), ztrátu důstojnosti, obtížné hledání slov (Holmerová a kol., 2004, s. 12). Jak se ve své další publikaci dále zmiňují Holmerová, a kol. (2007, s. 35) postiženého v této fázi nemoci trápí především zapomínání událostí, které se staly před krátkou chvílí. Zážitky, delší dobu minulé, se mu vybavují naopak velmi dobře. Nemocný člověk dokáže přednášet básně, které se naučil v dětství apod. Problémy v oblasti paměti si jedinec uvědomuje a často reaguje smutkem, strachem i vztekem. Vzhledem k tomu, že se ve společnosti necítí příliš dobře, omezuje postupně styky s přáteli nebo rodinou.

Pro **druhé stádium** jsou charakteristické obtíže, jež nemocnému znemožňují vykonávat každodenní aktivity. Jedná se o sníženou schopnost postarat se sám o sebe (člověk potřebuje pomoc s oblékáním), postižený kolikrát zabloudí na jemu známých místech, zhoršuje se řeč, objevují se halucinace (Holmerová a kol., 2004, s. 12). Holmerová a kol. (2007, s. 35-36) dále píší, že se u některých osob mohou začít projevovat další příznaky jako inkontinence či agresivita. Nemocný potřebuje celodenní dohled a péči. V tomto směru mohou být nápomocná denní centra, která zajišťují odbornou práci s nemocnými, lidé se účastní různých volnočasových aktivit, ale také tréninku soběstačnosti apod. Tato respitní forma péče je vhodná jak pro pacienty, tak pro jejich rodinné příslušníky, kteří mohou například dále chodit do zaměstnání.

Ke **třetímu stádiu** patří poruchy přijímání potravy, neschopnost poznat přátele, potíže s mobilitou, inkontinence moči a stolice, výrazné poruchy chování. Jedná se o stav úplné závislosti (Holmerová a kol., 2004, s. 14). V této fázi je velmi důležité, aby pečující osoba nepřestávala pacienta respektovat. Nemocný má právo rozhodovat například o tom, co a kdy bude jíst, ošetřovatel musí naslouchat jeho přáním. Podnětným je s člověkem neustále mluvit – o počasí, o událostech, které se staly apod. I když pacient nereaguje, neznamená to, že nerozumí. Při komunikaci s nemocným je potřeba využít i jiných smyslů, než pouze řeči. Postižený často velmi kladně reaguje na dotek, pohlazení. Někdy mu to příjemné není, z toho důvodu je třeba porozumět řeči jeho těla (Callone a kol., 2008, s. 79-85).

1.3.2 Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky (Dementia with Lewy Bodies – DLB) nese některé společné znaky s Alzheimerovou a Parkinsonovou demencí. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění. Název dostala po Friedrichu Heinrichu Lewym, německém internistovi a neurologovi. Jde o druhou nejčastější příčinu demence. Poprvé byla popsána v 60. letech dvacátého století. Roku 1912 popsal Lewy kulovitá tělíčka, která po něm byla později pojmenována, v mozkových buňkách u pacientů trpících Parkinsonovou chorobou.

Klinickými příznaky bývají často zrakové halucinace lidí a zvířat. U postižených se objevují poruchy spánku s nočními můrami. Pozorujeme kolísavou úroveň soustředění se, kvality vědomí a zvýšenou citlivost k neuroleptikům. Paměť bývá, na rozdíl od Alzheimerovy choroby, většinou zachována, poruchy mohou být patrné v pozdějším průběhu nemoci (Jirák a kol., 2009, s. 34-37). K dalším projevům DLB patří výrazné změny v pohybu – svalová ztuhlost, třes, šouravá chůze. Charakteristické jsou také projevy celkové nevěle, slabost a neočekávané pády. Onemocnění trvá zpravidla několik let (Holmerová a kol., 2007, s. 43).

1.3.3 Frontotemporální demence

Frontotemporální demence je méně častá forma demence. Jedná se o postižení čelních a spánkových laloků mozku. Příčina není jasná. Velmi často se však vyskytuje vícekrát v jedné rodině, předpokládá se tedy určitá genetická podmíněnost. Hlavní patologická změna je porucha tau-proteinů. Stejně jako Alzheimerova choroba, začíná i frontotemporální demence nenápadně a plíživě. Často se objevuje již velmi brzy, okolo 45. roku života (Jirák a kol., 2009, s. 43). Do této skupiny onemocnění zahrnujeme sémantickou demenci, primární progresivní afázii, Pickovu chorobu a jiná postižení, která jsou spojena s poruchami motoriky. Právě z důvodu heterogenosti tohoto souhrnu onemocnění, bývá obraz jednotlivých případů různý. Společné rysy však existují. Na začátku jsou typické změny chování, paměť zůstává neporušena poměrně dlouho. Hlavním problémem bývá chování a způsob vyjadřování postiženého ve společnosti. Často je hrubý, vulgární, má nemístné poznámky. Vyskytují se také poruchy sexuálního chování, agresivita, sobecké jednání. Postižený může ve větší míře požívat alkohol a utrácet za něj zbytečně vysoké částky. Dále pozorujeme úpadky v hygienických návycích, nedbalost v oblékání. Změny nálad, jako smutek nebo naopak nemístná veselá nálada, se objevují také (Holmerová a kol., 2007, s. 45-46). Pokud hovoříme o **Pickově chorobě**, nejčastějšími prvotními problémy, provázející nemocného, bývají narušená schopnost plánovat a myslet abstraktně. U pokročilejšího stádia je charakteristická porucha řeči. Nemocný má velmi často sklon ke konfabulaci (Stuart-Hamilton, 1999, s. 193).

1.3.4 Demence u Huntingtonovy choroby

Jedná se o vzácné dědičné onemocnění, které postihuje člověka již okolo 25. roku života. Příčinou je tvorba patologické bílkoviny, která se hromadí v mozku a již lidský organismus nezvládá odstranit. Nemoc velmi rychle progreduje a výrazně negativním způsobem ovlivňuje život postiženého a celé jeho rodiny. Na začátku se vyskytují především motorické obtíže jako mimovolní pohyby končetin nebo třes. Zhoršuje se psychický stav člověka, trpí

smutnou náladou, úzkostí, nedostatkem energie. Mohou se objevit i příznaky mánie – nadbytek energie, skvělá nálada, nebo naopak arogance, neschopnost spát. Pacient se špatně soustředí, což má za následky výpadky paměti, které nese subjektivně velmi špatně. Toto vše vede k postupnému rozvíjení se demence. Časté bývají poruchy spojené s příjmem potravy, kdy postižený nepocítuje potřebu jíst. Farmakologickou léčbu představují zejména neuroleptika, k utlumení mimovolných pohybů, a antidepresiva (Jiráček a kol., 2009, s. 48-51). Toto onemocnění trvá delší dobu než jiné formy demence a vyskytuje se i u dětí (Stuart-Hamilton, 1999, s. 194).

1.3.5 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje především mozkový kmen. Hlavními příznaky jsou poruchy hybnosti, zejména třes, poruchy rovnováhy, svalová ztuhlost. Dále se jedná o deprese, úzkost, monotónní řeč, závratě, schoulené držení těla. U demence při Parkinsonově chorobě pozorujeme zpomalené myšlení, neschopnost s myšlenkami pracovat a udržet si je, kolísavé soustředění. Typické jsou také poruchy nálady, bludy a zrakové či sluchové halucinace, které mohou být zapříčiněny užíváním vysokých dávek antiparkinsonik (Jiráček a kol., 2009, s. 40-41).

1.3.6 Vaskulární demence

Vaskulární demence jsou po Alzheimerově chorobě druhou nejčastější příčinou demence. Způsobují asi čtvrtinu všech případů demence. Jedná se o celou skupinu onemocnění a tak vaskulární demence nemají zcela typický klinický obraz. Hlavními příznaky jsou poruchy paměti, zhoršení intelektových funkcí, přítomnost kardio nebo cerebrovaskulárních onemocnění. Často se u pacientů vyskytuje emoční labilita, jako záchvatovitý smích nebo pláč. K demencím vaskulárního původu se řadí především: multiinfarktová demence, demence z hypoperfuze, demence v důsledku mozkové příhody, demence v důsledku mozkového infarktu, subkortikální demence (sec. cit. Braekhus, Engedal In: Holmerová a kol., 2007, s. 41).

2. Statistické informace

V roce 2012 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO), ve spolupráci s Alzheimer's Disease International a dalšími odborníky z celého světa, zprávu s názvem „**Dementia A Public Health Priority**“ (www.who.int) Vyplyvají z ní dále uvedené statistické informace. Alzheimerova choroba tvoří zhruba 60-70% všech případů demence. Další, hojně zastoupené typy, jsou demence s Lewyho tělísky a skupina onemocnění, přispívajících k frontotemporální demenci. V roce 2010 byl celosvětově vyčíslen počet lidí s demencí na 35,6 milionů. Do roku 2030 by se toto číslo mělo zdvojnásobit a do roku 2050 ztrojnásobit. Ročně evidujeme zhruba 7,7 milionů nových případů onemocnění v celém světě. I přes to, že demence postihuje především starší lidi, podle různých odhadů zaznamenáváme 2-10% výskytu před 65. rokem.

Tabulka č. 1: Počet osob s demencí, celosvětový výskyt

Kontinent	Počet osob starších 60 let (v milionech)	Počet osob s demencí (v milionech)		
		2010	2030	2050
Asie (včetně Austrálie)	406,55	15,94	33,04	60,92
Amerika	120,74	7,82	14,78	27,08
Evropa	160,18	9,95	13,95	18,65
Afrika	71,07	1,86	3,92	8,74
Celý svět	758,54	35,56	65,69	115,38

Zdroj: (www.who.int)

Vzhledem k nárůstu nemocných se zvyšují také náklady na zdravotní a sociální péči. V roce 2010 byly celosvětově odhadnuty na 604 miliard USD a stoupají rychleji než prevalence demence. Ve vyspělých zemích jsou ze 45% tvořeny náklady na neformální péči (nejčastější formou je péče poskytovaná rodinou). Další 40% poté představují náklady na profesionální sociální péči a zbylých 15% zastupují náklady na péči lékařskou. Faktem dále zůstává, že demence zkracuje lidem život. Doba přežití u pacientů s Alzheimerovou chorobou se odhaduje na 7,1 let, u vaskulární demence poté na 3,9 let (www.who.int).

Z uvedených 604 miliard USD bylo až 70% nákladů v roce 2010 vynaloženo na péči o postižené demencí v západní Evropě a Severní Americe. Vyplyvá to ze zprávy „**World Alzheimer report 2010**“ (www.alz.co.uk) společnosti Alzheimer's Disease International. Průměrné roční náklady na jednoho člověka postiženého demencí byly v roce 2010 vyčísleny

na astronomických 22 až 30 000 euro. Informuje o tom Medical Tribune CZ (www.tribune.cz). Dostupné statistiky o ročních výdajích na jednotlivce trpícího demencí ve vybraných evropských zemích shrnuje následující tabulka. Jedná se o data z roku 2008.

Tabulka č. 2: Náklady na jednoho pacienta s demencí v roce 2008

Země	Náklady (v eurech)
Velká Británie	40,938
Norsko	43,075
Estonsko	5,793
Francie	25,119
Německo	12,582
Švýcarsko	22,209
Chorvatsko	4,277
Řecko	27,058
Itálie	28,691
Bulharsko	3,359
Česká republika	8,419
Slovensko	6,219

Zdroj: (www.alz.co.uk)

Report z roku 2012, taktéž společnosti Alzheimer's Disease International (www.alz.co.uk), byl zaměřen na stigma a sociální vyloučení, se kterým bojují jak nemocní, tak jejich pečující. Odpovídalo více než 150 osob s demencí (55% osob trpělo Alzheimerovou chorobou) a přes 2000 pečujících. Šetření bylo provedeno v 54 zemích světa a výsledky jsou následující. Zhruba 75% postižených si myslí, že jsou společností vnímáni negativně. S tímto názorem se ztotožňuje na 64% pečujících a rodinných příslušníků. Dalších 40% nemocných zaznamenává jiné chování okolí ke své osobě a domnívá se, že jsou vyřazeni z každodenního života. Až 60% lidí s demencí pak, dle jejich slov, ztrácí kontakt se svými přáteli. Zhruba 24% postižených svou diagnózu proto zpočátku tajilo.

2.1 Situace v České republice

Podle posledních aktualizací, provedených na konci roku 2012, žije v současné době v ČR zhruba 130 000 lidí postižených Alzheimerovou chorobou. Informace shrnují například Česká televize (www.ceskatelevize.cz), nebo České noviny (www.ceskenoviny.cz).

Jak pro Zdravotnické noviny (www.zdravi.e15.cz) uvedl MUDr. Mgr. Daniel Hudečka z Centra pro poruchy paměti, systém zdravotnictví České republiky není v současné době

připraven na blížící se epidemii demencí. Hlavní problém vidí v tom, že u nás není dostatečně prováděna osvěta, chybí podpora pro výzkum. Dále poukazuje na pozdní diagnostiku nemocných a následnou neadekvátní léčbu. Za důležitý fakt také považuje to, že demence v naší zemi nepatří mezi priority zdravotní péče. Tyto, a další, otázky zahrnuje „**Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice**“ (dále jen „Návrh koncepce“).

Vláda České republiky (www.kormoran.vlada.cz) jej schválila dne 10. října 2012. Jedná se o usnesení vlády ČR č. 741. Návrh koncepce byl připraven Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s dalšími resorty, například s Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) a je podkladem pro vytvoření „Národního akčního plánu“, který se týká let 2014 -2017 a vládě má být ke schválení předložen do 31. října 2013. Návrh koncepce zatím nebyl publikován. Pro potřeby této práce byl na vyžádání poskytnut JUDr. Štefanem Čulíkem z MPSV e-mailem. Jsou v něm formulovány následující cíle:

- Zlepšení kvality života pro pacienty, zlepšení kvality života pro pečující, informovanost a prevence v rámci zdravotních služeb, informovanost v rámci široké veřejnosti (etický přístup společnosti), vzdělávání a výzkum. V rámci zlepšení kvality života pro pacienty se jedná především o včasnou a správnou diagnostiku choroby, možnosti nefarmakologické i farmakologické léčby, zajištění vhodné péče a její koordinace, podporu vzniku center pro pacienty s Alzheimerovou chorobou apod.
- Za důležité je považováno mít strukturovanou a dobře fungující síť pracovišť v oblasti institucionální péče. Spadají sem ordinace praktických lékařů, ambulantní služby neurologů, psychiatrů, gerontopsychiatrů, nemocniční stacionáře pro pacienty s demencí, specializovaná zdravotnická zařízení (rehabilitační služby, pomoc pro pacienty s poruchami chování), specializovaná zařízení v rámci sociální péče a dále například kontaktní místa pro problematiku demence.
- Z hlediska podpory pečujících, je nezbytné, aby tito lidé měli možnost konzultace s psychologem či důraz na vznik svépomocných skupin. Motivační je také vytváření částečných pracovních úvazků.
- Co se týká informovanosti a etického přístupu společnosti k pacientům s demencí, je jedním ze stanovených cílů výchova postojů ke stáří už u předškolních dětí. Důležitou roli by zde měla hrát i média, od kterých se očekává zařazování pořadů o problematice demence. V neposlední řadě se zde hovoří o zapojení České republiky do evropské spolupráce, především z pohledu výzkumu.

Z výzkumného šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (www.uzis.cz) „Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2011“, které zpracovala Blanka Nechanská, plynou dále uvedené informace. V roce 2011 bylo v rámci ambulantní péče léčeno v ČR celkem 14 932 pacientů s Alzheimerovou chorobou. Celých 67% tvořily ženy. Nejvíce nemocných (v přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno v Kraji Vysočina. 17 955 pacientů bylo za daný rok v ČR léčeno s diagnózou jiné demence. Co se týče lůžkové péče, bylo v témže roce v ČR evidováno 3 517 lidí s diagnózou Alzheimerova choroba. Z celkového pohledu všech demencí bylo hospitalizováno celkem 8 493 nemocných. K největšímu nárůstu počtu pacientů v lůžkových zařízeních došlo v letech 2007-2011 u Alzheimerovy choroby (nárůst téměř o 54%). Z důvodu demence byly nejčastěji hospitalizovány ženy. Zhruba polovina všech léčených byla umístěna v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.

Tabulka č. 3: Počet ambulantních pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba v roce 2011

Kraj	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina			Z celku nově zjištěná onemocnění
				0-14 let	15-19 let	20 let a více	
Hl. m. Praha	2 115	684	1431	-	2	2113	609
Středočeský	1 061	344	717	-	-	1 061	348
Jihočeský	750	237	513	-	1	749	219
Plzeňský	1040	329	711	-	-	1040	316
Karlovarský	586	170	398	-	-	568	229
Ústecký	1489	495	994	-	-	1489	473
Liberecký	293	102	191	-	-	293	74
Královéhradecký	1 011	313	698	-	-	1 011	209
Pardubický	603	185	418	-	-	603	196
Vysočina	1 051	328	723	-	-	1 051	275
Jihomoravský	1 420	413	1 007	-	-	1 420	538
Olomoucký	1 132	377	755	-	12	1 120	283
Zlínský	961	333	628	-	-	961	377
Moravskoslezský	1 438	583	55	-	-	1 438	442
Celkem	14 932	4 893	10 039	-	15	14 917	4 588

Zdroj: (www.uzis.cz)

Tabulka č. 4: Počet hospitalizovaných pacientů v rámci lůžkové péče s diagnózou Alzheimerova choroba

2007			2008			2009		
Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
678	1 606	2 284	780	1 865	2 645	894	1 894	2 788
2010			2011					
Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem			
983	2 165	3 418	1 115	2 402	3 517			

Zdroj: (www.uzis.cz)

Vzhledem k celkovému počtu pacientů s demencí v ČR je zřejmé, že pouze část z nich je léčena v odborných ambulancích či lůžkových psychiatrických zařízeních.

3. Sociální péče

V oblasti sociální péče o pacienty s demencí je potřeba dodržovat určité zásady. K nemocnému musíme přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jeho zdravotní stav, snažit se zjistit co potřebuje. Pečující by měl usilovat o to, aby byl pacient s demencí co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností. Nezbytným a základním krokem je včasná a správná diagnóza nemoci (Holmerová a kol., 2007, s. 60).

Osoby, které o dementního člověka pečují, by měly mít na paměti následující:

Ocenění: Člověk s demencí potřebuje být oceněn. Proto je vhodné přistupovat k němu tak, jak jsme se k němu chovali, když byl zdrav.

Zdvořilost: Nekritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky, mít klidný přístup.

Podpora dobré nálady: Vést takové aktivity, které ho těší a které zvládá. Nemocného je třeba neustále povzbuzovat, dávat mu najevo jeho důležitost.

Sociální schopnosti: Je vhodné podporovat vztahy a kontakty s okolím. Zmírňujeme tak možnost izolace a netečnosti.

Vytěžit z jeho dosavadních schopností co nejvíce: Dodáváme tak jedinci sebeúctu a posilujeme jeho sebevědomí (Holmerová a kol., 2007, s. 60-64).

3.1 Sociální politika

Tomeš (in Matoušek, 2001, s. 155) definuje sociální politiku jako „*soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení provozování (fungování) svého či jiného státního, samosprávného nebo nestátního sociálního systému.*“ Mühlpachr (2004, s. 16) za další specifický znak sociální politiky považuje zkoumání nerovností a jejich následné rozdělení v různých oblastech, například ve střední délce života, ve zdrojích peněz apod. Tomeš (in Matoušek, 2001, s. 156) dále charakterizuje formalizované a neformalizované sociální systémy. K neformalizovaným sociálním systémům řadí skupiny lidí, kteří mají společný zájem, ale nesestavili si formální strukturu k tomu, aby jej mohli uplatnit. Jedná se o vědomé či neuvědomělé uspořádání občanů. Ke skupině neuvědomělých řadí například obyvatele stejného domu, kolegy na pracovišti. Za vědomé poté považuje například účastníky demonstrace, lobbisty. Za formalizované sociální systémy označuje organizované skupiny, které vytvářejí určitou instituci. Nejvyšší institucí, v oblasti sociální politiky, představuje stát. Jak píše Krebs (2007, s. 71) stát má nejvýznamnější a

nezastupitelnou roli. Stát je reprezentován prezidentem, parlamentem, vládou, soudy a zároveň také státní správou a samosprávou, Tomeš (in Matoušek, 2001, s. 157-172). Krebs (2007, s. 72) vymezuje dva základní způsoby, jakými se v sociální politice stát angažuje. Vystupuje jako konceptor určující pravidla chování ostatním sociálním subjektům a na druhé straně jako přímý vykonavatel, poskytující například sociální dávky apod. V první roli je nezastupitelný, z hlediska vykonavatele se dle Krebse (2007, 72) mohou velmi úspěšně uplatnit nestátní subjekty. Jedná se především o nadace, církevní organizace, občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti apod. V demokratickém státě plní tyto subjekty důležité úkoly. Posilují povědomí občanské odpovědnosti a solidarity z hlediska řešení konfliktů v sociální sféře, zahrnují do sociální politiky etický kontext, jsou adresné a tím snižují náklady, Tomeš (in Matoušek, 2001, s. 173).

3.2 Legislativní rámec

Hlavním cílem Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., je poskytnout pomoc a podporu lidem, nacházejících se v nepříznivé sociální situaci. Pomoc je poskytována prostřednictvím sociálních služeb. Zákon stanovuje pravidla pro jejich využívání a usiluje o začleňování znevýhodněných občanů zpět do společnosti. Poskytovaná péče má být dostupná, efektivní, kvalitní, hospodárná a bezpečná (Cardová, Reiglová, 2009, s. 3-4). Sociální službu definuje Klíma (sec. cit. In: Mühlpachr, 2008, s. 90) jako „*službu, která je poskytována lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnosti chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny do nichž patří, případně zájmy širšího společenství*“. Zákon o sociálních službách (www.mpsv.cz) dělí jednotlivé služby na ty, které zahrnují sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Služby se poskytují jako ambulantní, pobytové nebo terénní. Pobytové služby poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb, kterých zákon vymezuje celkem 20. Pro účely této práce jsou uvedena pouze některá. Jedná se o centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální poradny. Poskytovatelé sociálních služeb mají na povinnost především zajišťovat dostupnost informací o službě, kterou nabízejí, informovat zájemce o službu o povinnostech, které pro něj vyplývají, vytvářet takové podmínky, jež vedou k naplnění lidských a občanských práv uživatele, dodržování standardů kvality a dále například vedení evidence uchazečů.

3.3 Domovy se zvláštním režimem

Dle zákona o sociálních službách (www.mpsv.cz) jsou v této instituci poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, která je způsobena chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách a dále lidem, kteří jsou postiženi stařeckou, Alzheimerovou demencí nebo ostatním typem demencí. Tato služba je poskytována za úhradu. PhDr. Eva Jarolímová (e-mailová komunikace) spatřuje právě v tomto ohledu velmi aktuální problém. Dle jejích slov rodiny žijící v České republice často svému příbuznému nemohou zajistit kvalitní péči v rámci domova se zvláštním režimem, jelikož na ní finančně nedosáhnou. Náklady spojené s péčí o klienty v domovech se zvláštním režimem shrnuje zpráva MPSV „Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči“ (www.mpsv.cz). Jedná se o údaje z roku 2010.

Počet lůžek, v rámci celé České republiky, byl v tomto roce 8 396, náklady na jedno lůžko za měsíc - 26 340 Kč, náklady na jedno lůžko za rok - 316 082 Kč, přičemž celkové náklady na péči za rok byly vyčísleny na částku 2 653 824 935 Kč.

Zpráva dále udává **přehled o počtu zaměstnanců v sociálních službách**. Jedná se o sociální pracovníky, zdravotnické pracovníky, pedagogické pracovníky, manželské a rodinné poradce a další odborníky. V roce 2008 jich na plný úvazek v sociálních službách pracovalo 54 652, v roce 2009 se číslo zvýšilo na 59 557 a v roce 2010 počet klesnul na 55 986 zaměstnanců. V rámci domovů se zvláštním režimem jsme v tomtéž roce evidovali celkem 5 599 pracovníků na plný úvazek.

3.4 Pracovník v sociálních službách, sociální pracovník

K tomu, aby mohl člověk pracovat v sociálních službách a vykonávat tak pomáhající profesí, potřebuje mít odborné vzdělání a určité osobnostní předpoklady. Důležité v tomto ohledu je, dojít k sebepoznání. Metodami, kterými toho lze docílit jsou sebereflexe, zpětná vazba od okolí, rozbor vlastní činnosti, rozhovor s odborníky, dotazníky a testy. Poznat sám sebe je nezbytné, člověk si musí uvědomit své silné a slabé stránky, musí vědět, v jakých ohledech se potřebuje zlepšit. Pro pomáhajícího je důležité, aby dokázal hovořit o svých potřebách, představách a potížích. Za stěžejní jsou považovány sociální dovednosti a schopnosti pracovníka. Zahrnují sociální percepce – schopnost vnímání potřeb druhých lidí. Z části se jedná o talent a z části o zkušenosti z praxe. Dále přívětivost, komunikativnost – otevřenost vůči lidem, přátelskost. Lidé, kteří dokáží s ostatními snadno komunikovat, mají v pomáhajících profesích jistou výhodu. Spadá sem i schopnost naslouchat. Řešení konfliktů – pomáhající má osvojeny určité strategie, kdy se snaží najít vhodný kompromis. Existují také

vlastnosti, které práci pomáhajícímu ztěžují. Jedná se například o přehnaný perfekcionismus, přecitlivělost, značná soutěživost nebo workoholismus (Venglářová a kol., 2011, s. 13-18). Jak uvádějí Dlabalová, Klevetová (2007, s. 98-99) je důležité stanovit si vzájemné role. Profesionál nevystupuje jako rodič, životní partner, ani jako soudce, má svou roli jasně vymezenou. Přijímá a zpracovává pravdivé informace o životě klienta a v tom je jeho opravdovost. Dokáže přiznat, že nemá jiné možnosti, pravdivě sděluje svou lítost, umí přiznat strach a bezmoc. Zároveň musí umět na tyto situace adekvátně reagovat a poskytnout potřebnému pomoc. Hledá se seniorem naději. Profesionál má zodpovědnost za identifikování správných problémů a nacházení možných cest. Snaží se v seniorovi vzbudit motivaci k tomu, aby na sobě pracoval a udělal tak radost nejenom sobě, ale i své rodině a také pomáhajícímu.

Sociální pracovník vykonává svou profesi na nejrůznějších úrovních sociální práce. Škála jeho působení je velmi široká. Zahrnuje například sociálně-správní činnosti, sociálně-právní poradenství, sociální diagnostiku, sociální prevenci, sociální management, nebo výzkum v sociální práci (Gulová, 2011, s. 35).

3.4.1 Komunikace s dementním pacientem

Při komunikaci s člověkem trpícím demencí je potřeba především trpělivosti, profesionál musí trvale reflektovat jeho stav a snažit se pátrat po tom, co potřebuje a co si přeje. Musí být empatický, respektující klientovu důstojnost, schopný komunikovat nonverbálně. Především je zásadní uvědomovat si a mít na paměti, že klient je cenná lidská bytost zasluhující kvalitní péči. V případě, že pečující dobře porozumí tomu, čím pacient prochází, snáze pochopí i to, proč se v určitých situacích chová tak či onak. Každý klient má svůj vlastní životní příběh, své zájmy a koníčky. Kontakt s rodinou je v tomto ohledu nezbytný, jelikož rodinný příslušník nám může poskytnout důležité informace o celkové osobě pacienta. Klient by měl být co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností. Schopnost komunikovat je významná především z toho důvodu, aby se člověk mohl zapojit do sociálního prostředí a udržoval tak vztahy s ostatními. Tato schopnost je u dementních pacientů velmi omezena, zpravidla bývá nejdříve poškozena verbální složka komunikace (Jiráček a kol., 2009, s. 108). Zgola (2003, s. 124-127) dále poukazuje špatnou nebo žádnou paměť, kterou trpí především lidé s Alzheimerovou chorobou. Tito pacienti jsou fyzicky a emocionálně závislí na ostatních. Jelikož pro osobu s vadou paměti je každé setkání novou zkušeností a novým zážitkem, musí být pečující obezřetný k tomu, jakým způsobem reprodukuje svá sdělení. Pokud v sobě sdělení skýtá pocit bezpečí a lásky, bude se tak pravděpodobně i nemocný cítit. Jestliže sdělení vyvolává pocit znepokojení nebo provokace, může být osoba s demencí podrážděná a

také se může cítit nepříjemně. Pečující je zodpovědný za to, aby mu pacient porozuměl, k tomu mu mohou sloužit například objasňující otázky, na které lze odpovědět pouze ano nebo ne. U počínající demence se podle Dlabalové, Klevetové (2007, s. 113) snaží pečující nemocného vrátit do reality tím, že mu sdělí skutečnost. Udržuje informace o tom, kde se klient momentálně nachází, s jakými lidmi žije. Často s ním procvičuje právě paměť. Přínosné je použití nástěnky, na níž se nacházejí aktuální data – den v týdnu, měsíc, rok, počasí apod. Profesionál nemocného opakovaně oslovuje jménem, sděluje mu, co právě dělají a proč. Klient si svou ztrátu paměti často uvědomuje, nicméně se bojí přiznat to okolí. Pečovatel mu může pomoci připomenutím, například: „Dnes je pátek, nacházíte se v nemocnici, jste po operaci kolena“. U pokročilého stádia pomáhající nemocnému nikdy nevyvrací jeho prožitky a vzpomínky. Obecné zásady komunikace s osobou trpící demencí shrnuje Jiráček a kol. (2009, s. 110-115). Pečující má být zdvořilý, laskavý, má podporovat dobrou náladu a paměť, využívat fyzický kontakt, komunikovat jednoduše, dát nemocnému dostatek času k vyjádření se a dále například udržovat dobré vztahy s rodinou.

3.4.2 Syndrom vyhoření

Pracovníci v pomáhajících profesích se často setkávají s mimořádnou zátěží. Ta je dána dvěma zdroji: objektivním (faktická péče o pacienta), subjektivním (zrcadlí se v něm emoční reakce pečujícího na péči o klienta). Objektivní zdroj zátěže představuje řadu projevů nemocného, na které musí pečovatel reagovat. Do této kategorie spadají projevy chování pacienta. Za ty, které pečovatele nejvíce obtěžují lze označit: výčitky a verbální útoky nemocného, fyzickou agresi, bloudění, deprese, úzkost, pasivitu nemocného při každodenních úkonech, podezřívavost a obviňování. Subjektivní zdroje zátěže poté zahrnují především: negativní zkušenost pečovatele, pohlaví (žena je více stresována než muž), vysoké požadavky na pacienta, špatný tělesný stav pečovatele (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 44-46). Pracovníci jsou ohroženi syndromem vyhoření. Charakteristické je, že se syndrom nejdříve projevuje v psychice postiženého, fyzické znaky přichází později. Příznaky lze rozdělit do tří kategorií: na **psychické vyčerpání** (pracovník pochybuje o smyslu své profese, je cynický, negativistický, pesimistický), **fyzické vyčerpání** (chronická únava, svalové bolesti, tělesná slabost, změny tělesné hmotnosti) a **vyčerpání emocionální** (pocity beznaděje, bezmoci) (sec. cit. Bartošíková In: Venglářová a kol., 2011, s. 23-25). Za základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření považuje Venglářová (2007, 82-83) přítomnost stresorů, frustraci, negativní vztahy mezi kolegy, vliv prostředí a pracovních podmínek. Syndrom má několik fází, Kraska-Lüdecke (sec. cit. In: Venglářová a kol., 2011, s. 30) je dělí následovně. **1. fáze**

nadšení, kdy jsou v popředí ideály a jasný cíl. Pracovník hýří nápady a tím dochází k přetěžování se. **2. fáze stagnace**, při níž počáteční nadšení upadá. **3. fáze frustrace**, ve které se pracovník zabývá otázkou smyslu jeho profese a začíná se cítit osamělý, okolní svět se pro něj uzavírá. **4. fáze apatie**, kdy profesionál vnímá své povolání pouze jako zdroj obživy a vykonává pouze to nejnnutnější. **5. fáze vyhoření**, pomáhající je vyčerpaný, negativistický a lhostejný. Rheinwaldová (1999, s. 82) tvrdí, že stresu může pracovník předejít tím, že nebude mít nerealistická očekávání a nebude se rozčilovat v případě, že se pacient nebude chovat přesně tak, jak si on přeje. Důležité je, aby si profesionál uvědomil, že mu klient nedělá naschvály, nýbrž je v takovém stavu, kdy nad svým jednáním často nemá kontrolu. Stejná autorka, v téže publikaci, vidí často problém ve vedoucích pracovnících určitého zařízení. Podle jejích slov si často neuvědomují, jaká psychická i fyzická zátěž spočívá na pomáhajících. Za důležité považuje, aby vedení bylo schopno snížit stres například tím, že dokáže pracovníky za jejich práci dobře ocenit a dále, aby jim umožňovalo potřebnou rekreaci. Rheinwaldová (1999, s. 81) předkládá také charakteristiku dobrých pracovníků. V tomto směru definuje následující vlastnosti, schopnosti a hodnoty. Dobrý pracovník stojí pevně na zemi, je vyrovnaný. Nikdy nepoučuje, neužívá slov „měl byste, musíte“, nezastrašuje, nevyvolává strach, nepotlačuje v druhých city, neodsuzuje, nebo například nikdy nevnučuje druhému svou realitu. Venglářová a kol. (2011, s. 33-40) uvádějí několik preventivních opatření, jak syndromu vyhoření předcházet. Než člověk, nastoupí do zaměstnání, měl by si uvědomit rizika, která s sebou jeho budoucí profese ponese. Každý pracovník by měl znát hranice svých možností. Musí být empatický, ale ne přehnaně. Neměl by se neustále srovnávat s ostatními a klást si nereálné cíle. Také by si měl uvědomit, že požádat o pomoc druhého, není známkou osobního selhání. Pomáhající by měl mít blízké přátele, rodinné příslušníky, kteří mu budou oporou, měl by dbát na svůj osobní život, věnovat se svým koníčkům a zájmům. Důležité je mít na paměti, že práce patří do práce a domov je pro člověka místem klidu a odpočinku. V neposlední řadě by měl dodržovat zdravou životosprávu, posilovat svou fyzickou kondici, dbát na dostatek spánku.

3.5 Systém péče o seniory

V důsledku stárnutí populace evidujeme i nárůst pacientů, trpících demencí. V této souvislosti je třeba zmínit i nutnost zvyšujícího se počtu kvalifikovaného zdravotnického personálu, počtu volných míst ve stacionářích a dalších zařízeních určených takto nemocným seniorům (Stuart-Hamilton, 1999, s. 178).

Základním článkem primární péče o seniory je **praktický lékař** pro dospělé. Stanovuje diagnózu, koordinuje terapii, určuje léčbu, rozhoduje o hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že praktický lékař své klienty sleduje delší dobu, může snáze vytipovat rizikové seniory. Součástí primární péče je také **péče domácí**, tzv. home care. Často bývá doplněna sociálními službami, především pečovatelskou službou, (Zavázalová a kol., 2001, s. 60-61). Hlavní zásady, v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí, shrnují například Holmerová a kol. (2004, s. 56-59). Za nejdůležitější považují to, aby pečující dělal v bytě seniora co nejméně změn, respektive pouze změny, jež souvisejí s bezpečností pacienta. V kuchyni by měl vyměnit plynový sporák za elektrický, případně vypínat plyn před spaním a nepoužívat zápalky, pouze jiskrový zapalovač. V koupelně je zapotřebí odstranit ze dveří zámek, odstranit předložky, do vany umístit protiskluzovou vrstvu, nezanechávat zde aviváže, prací prostředky, které by mohl nemocný sníst. Na schodiště je potřeba nainstalovat zábradlí a taktéž je potřeba potáhnout protiskluzovým materiálem. Dalším typem je **ústavní péče**, u níž spatřují Zavázalová a kol. (2001, s. 63) hlavní problém v nedostatku míst v zařízeních dlouhodobé péče. Formy ústavní péče rozlišuje Habart (sec. cit. In: Burešová, Řezáčová, Stehlíková, 2009, s. 27-29) následovně:

- **Lůžková oddělení nemocnic** – jedná se o následnou péči, například po operaci. Je velmi nákladná, a proto se od ní ustupuje.
- **Geriatrická oddělení nemocnic** – od roku 1990 vznikají v nemocnicích a jsou určeny pacientům nad 70 let se specifickým režimem. Otázkou zůstává, zda nedochází ke zhoršení stavu pacienta, vzhledem k tomu, že se ocitá mezi nesoběstačnými lidmi s různými zdravotními komplikacemi.
- **Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)** – jsou financovány ze všeobecného zdravotního pojištění. Existují v různých formách – státní, nestátní, soukromé, při nemocnicích. Z pohledu pacientů jsou hlavními nedostatky – malá důstojnost, lidé se často cítí osamoceni, jsou úzkostliví. Častým problémem je také nedostatek kvalifikovaného personálu, chybí fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ošetřovatelé.
- **Domovy pro seniory** – jsou určeny pro osoby, které dosáhly věku pro přiznání starobního důchodu, nepotřebují speciální lékařskou pomoc, ale zároveň se o sebe nemohou sami postarat. Jsou zde poskytovány ubytovací, zdravotnické, sociální a kulturní služby. Klientem se může stát také senior v tíživé sociální situaci, člověk s bytovou krizí nebo senior, u něž se předpokládá zhoršení zdravotního stavu.
- **Domy s byty zvláštního určení s pečovatelskou službou** – jedná se o objekty se samostatnými bytovými jednotkami, ve kterých žijí lidé s nárokem na starobní nebo

plně invalidní důchod, kteří mají buď sociální problémy, nevyhovuje jim stávající byt, nebo se cítí izolováni.

- **Zařízení komunitní péče** – v Praze například Gerontologické centrum (Praha 8). Zařízení umožňuje seniorům žít v prostředí, na něž jsou zvyklí, a zároveň reflektuje a reaguje na možné změny v životě člověka. Gerontologické centrum v Praze 8 nabízí lůžkové oddělení a denní stacionář.
- **Geriatrický stacionář** – častý název bývá také „domovinka“. Jedná se o formu poloinstitucionální péče, kde jsou poskytovány služby léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační po dobu 6-12 hodin. Stacionář může být denní i týdenní.
- **Hospic** – zařízení pro nevléčitelně nemocné, které jim umožňuje důstojný odchod. Kromě fyzické stránky člověka se zaměřuje především na oblast duchovní a spirituální.

Jiráček a kol. (2009, s. 121-134) dále nastiňují problematiku **ústavní péče o seniory s demencí**. Hlavní nedostatek vidí v nedořešené legislativě, která by jednoznačně upravovala podmínky pro zajištění adekvátní péče o tyto klienty. Vytvoření kvalitních oddělení dlouhodobé zdravotně sociální péče pro klienty s demencí je nezbytné. Oddělení by také měla být schopna poskytovat respitní služby rodinám, které mají v péči dementního člověka. Tato oddělení by měla mít kapacitu 15 až 20 klientů. V případě, že se jedná o větší zařízení, mělo by být rozděleno na několik menších se samostatným personálem. Zvláště důležitý je individuální přístup k jednotlivci, který vychází z jeho specifických potřeb a zvyků. Vzhledem k tomu, že senioři trpící demencí bývají často dezorientováni a jsou postihováni blouděním, musí být, vždy s důrazem na co největší respekt k zachování lidských práv, chráněni a tím pádem i omezeni. Jedná se například o instalaci atypických klik na dveře oddělení, nebo číselný kód určený ke vjezdu personálu a návštěv do areálu zařízení. Omezující prostředky mají své pevné zásady, které je třeba vždy a plně respektovat. Klient nesmí být nikdy zamykán a nesmí být dlouhodobě násilně imobilizován. Do ústavní péče o seniory s demencí spadá také **péče paliativní**. Stejný kolektiv autorů ji ve své publikaci charakterizuje jako péči zaměřenou na kvalitu života u pacientů, trpících nevléčitelnou chorobou, péči úlevnou a podpůrnou. Potřebují ji klienti v terminálních stádiích Alzheimerovy choroby a dalších demencí. Profesionální pečující musí určit, zda některé nepříjemné výkony opravdu přispějí ke zlepšení kvality života daného člověka, musí se soustředit na možné náznaky komunikace, které u klienta existují. Člověk v terminálním stádiu nemoci je velmi křehký, nikoliv však bez svých potřeb a prožitků, které však nedokáže adekvátně sdělit.

4. Vybrané techniky aktivizace, nefarmakologické metody

Jak píše Holmerová a kol. (2007, s. 136) motivovat seniora s demencí k různým činnostem, bývá často velmi obtížné. Starší lidé mají oploštěné emoce a jsou celkově spíše pasivní. Jejich fantazie je ochuzena a nabízené aktivity často považují spíše za přítěž. Spousta klientů žijících v ústavních zařízeních tráví veškerý čas ve svých pokojích, ze kterých vychází jen málokdy. Na aktivity dochází minimum seniorů, většina má strach z neznámého, bojí se, že neobstojí před ostatními. Personál by proto měl vždy všechny klienty obejít a snažit se je tak získat na svou stranu přímým osobním kontaktem. Tento názor zastává i Zgola (2003, s. 151), která dále poukazuje na fakt, že senioři trpící Alzheimerovou chorobou, nebo jinou demencí, nesledují nástěnky, na kterých bývá rozpis nabízených aktivit a téměř nikdy se nedostaví dobrovolně sami od sebe. Potřebují takovou činnost, která přichází za nimi a vychází z jejich každodenního života. Rheinwaldová (1999, s. 34-35) za úspěšné činnosti považuje takové, při kterých se pracovník dokáže zasmát sám sobě a ukáže tím klientům, že ani on není dokonalý. Senioři se často stydí, například za své tělo – někteří mají nadváhu, jiní problémy s inkontinencí. Důležité je zjistit konkrétní důvody neúčasti při aktivitách. Pracovník musí klienty vždy informovat o průběhu jednotlivých činností. Je potřeba popsat prostředí, kde se vše bude dít, vysvětlit, co může senior získat – pobaví se, protáhne si tělo apod. Profesionál klienta vždy motivuje chápavým postojem a ujišťuje ho, že bude v bezpečí. Zgola (2003, s. 153-155) dále uvádí zásady jednotlivých činností. **Musí mít jasný účel**, který bude jasný a přijatelný pro všechny zúčastněné. **Každá aktivita musí být dobrovolná**, dotýčný se musí aktivity zúčastnit vždy dobrovolně. U klientů na vozíku se občas stává, že jsou na aktivitu zkrátka „dotlačeni“, což však není smysluplná účast. **Každá činnost musí být příjemná**. Pokud se klientovi cokoli nelíbí, musí se s aktivitou přestat. Zde je potřeba bedlivě sledovat řeč těla, neverbální projevy bývají častokrát přesnější než ty slovní. **Činnost nesmí vést k neúspěchu**. Aktivita musí seniorovi přinést pozitivní zkušenost. Během života se klienti s neúspěchem setkali jistě vícekrát, čemuž je nyní potřeba zamezit. Činnosti se musí pohybovat v rámci klientových schopností a terapeut se na ně musí koukat z pohledu účastníka. Cíle aktivizace shrnují Holmerová a kol. (2007, s. 140) na následující. Udržení klientových stávajících dovedností (motorika, soběstačnost), smysluplné využití volného času, eliminace poruch chování, pozitivní vliv na emoční stránku člověka, pravidelný režim a udržení verbální a neverbální komunikace mezi klientem a personálem.

4.1 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscence vychází z latinského slova *reminiscere* – vzpomenout si, obnovit v paměti. V českém jazyce je používán jako synonymum k výrazu vzpomínka nebo vzpomínání. Sousedství reminiscenční terapie obvykle charakterizuje rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho cestě životem, prožitých zkušenostech, dřívějších zájmech a aktivitách. Velmi často je využíváno různých pomůcek, především fotografií, starých předmětů, různých pomůcek užívaných v domácnosti, módní doplňky apod. Právě u osob s demencí je využívání reminiscenční terapie zvláště vhodné, kdy jsou oživovány staré, především pozitivní vzpomínky jako například svatby nebo jiné významné události v rodině (Janečková, Vacková, 2010, s. 21-22). Reminiscenční terapie má různé formy a podoby, které se mohou vzájemně překrývat. Jedná se o následující. **Diskuse o minulosti, která je organizovaná a koordinovaná.** Účastníci se při ní shromáždí a prohlíží si například fotografie, nebo jiné staré předměty, poslouchají hudbu, sledují filmy. To vše za účelem navodit určité vzpomínky. Tato setkání jsou formální, s předem vybranou skupinou seniorů. **Vytvoření prostředí, které lidem co nejvíce připomíná domov.** V tomto případě jde o neformální interakci mezi pečujícím a seniorem. Probíhá v závislosti na různých činnostech, například při koupání. Pracovník se může klienta ptát na to, jak se u nich doma koupali, když byl malý apod. Při tomto přístupu je vhodné, aby mezi sebou měl pečovatel a senior kladný vztah, aby se vzájemně dobře znali. **Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného.** U této formy jde o to, aby účastníci něco vytvořili – složili báseň, napsali svůj příběh, vyrobili určitý předmět (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 25-26).

Reminiscenční terapii můžeme rozdělit podle počtu osob na individuální a skupinovou, kterou dále dělíme na formální a neformální. **Individuální terapie** je velmi dynamická, terapeut se věnuje pouze jednomu účastníkovi. Senior si může vybavit široké spektrum vzpomínek, které jsou blízké právě jemu. Zároveň se prohlubuje důvěra mezi ním a pečovatelem. Tento typ terapie dává klientovi pocit součinnosti a potvrzuje jeho jedinečnost (sec. cit. Špatenková, Králová In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 27-28). Podle Holmerové a kol. (2007, s. 182) je určena zejména těm pacientům, kteří se straní společnosti. Je časově náročná a proto je potřeba, aby při ní byl přítomen i rodinný příslušník, který v ní poté může pokračovat. **Neformální skupinová reminiscence** je taková, k níž dochází spontánně, nenuceně. Může se tak stát například při podávání jídla, kdy si senioři začnou sami povídat o minulosti. Zapojit se smí každý – personál, návštěvy. Hlavním cílem je přinést radost a potěšením klientům žijících v instituci. **Formální skupinová reminiscence** je předem naplánovaná a zaměřená určitým směrem (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 28). Výhody

skupinové terapie spatřují například Holmerová a kol. (2007, s. 182) v její účelnosti, v efektivnosti (vzpomínky jiných vyvolávají vzpomínky druhých), ve zlepšování komunikace mezi účastníky.

Skupina musí být uzpůsobena tak, aby vyhovovala každému klientovi. Člověk s demencí bývá často osamocen a společný zážitek je pro něj velmi cenný. Ve skupině, kde jsou lidé stejně nemocní jako on sám, nalézá podporu a má tak možnost něco změnit (Zgola, 2003, s. 168). Členství v dané skupině má pro dementního seniora velký význam. Jedinec je součástí společenství, ale přesto zůstává sám sebou a je respektován, není k ničemu nucen. Získává určitou moc, má svou roli. Nachází nová partnerství (Janečková, Vacková, 2010, s. 102). Smysluplná skupina seniorů s Alzheimerovou chorobou, či s jinou demencí, je taková, v níž se daný klient cítí dobře a která mu umožňuje podílet se pouze na těch aktivitách, na něž stačí. Přijatelný počet členů ve skupině je šest nebo sedm. V institucích vznikají skupiny většinou tak, že pečovatel přivede klienty do místnosti. Tím se společenství automaticky nevytvoří. Lidem musí být sděleno, že jsou zde proto, aby byli v okruhu svých přátel, což je potřeba opakovat při každém dalším setkání. Na začátku každého sezení je nezbytné jednotlivé účastníky představit (Zgola, 2003, s. 168-170). Vnímání skupiny seniorů s demencí může personál podpořit dodržováním zavedených rituálů – společné jídlo, zpěv, společenské hry apod. Protože lidé s demencí mívají často velmi dobře zachováno právě smyslové vnímání, je třeba s ním dále pracovat na základě speciálních vzpomínkových podnětů. **Vůně.** Nejčastěji se používá čerstvě namletá káva, bylinky (levandule, mateřídouška), smažená cibulka, topinky, sušené houby. **Hmatové podněty.** Jedná se o vzpomínky především z dětství a mládí. Senior se může brouzdat ve vodě, procházet se mokrou trávou, hladit kočku. Hmatovým podnětem jsou také koupele, masáže, pohlazení. **Sluchové podněty.** Zvuky jako štěkání psa, cinkot zvonků, přátelský hlas, zpěv ptáků, hvízdání vlaku vyvolávají v lidech jejich zážitky z minulosti. **Zrakové podněty.** Dívání se na běžné situace jako jsou hrající se děti na hřišti, sáňkující děti, rybičky v akváriu, staré fotografie, prohlížení starých časopisů a knih, promítání filmů. **Chutě.** Jídla jako lékořicové tyčinky, vánoční cukroví, brambory na loupačku, nebo nudle s mákem, dokáží vyvolat vzpomínky na dětství. **Pohyby.** Houpání se na houpačce, tanec, tleskání, bubnování. Myšlenky na minulost může vyvolat jakýkoliv i stereotypní pohyb (Janečková, Vacková, 2010, s. 103-105).

Reminiscenční terapie u osob s demencí je prokazatelně velmi účinná a měla by být součástí péče v každé instituci (Holmerová a kol., 2007, s. 188).

4.2 Arteterapie

Šicková-Fabrici (2002, s. 30) arteterapii v širším slova smyslu chápe jako léčbu uměním a to včetně hudby, poezie, divadla, tance a výtvarného umění. Pokud člověk vnímá určité umělecké dílo a nechává jej na sebe působit, hovoříme o arteterapii receptivní. V případě, že sám něco vytváří (maluje, modeluje, píše), jedná se o arteterapii produktivní.

Veselovská (sec. cit. In: Holmerová a kol., 2007, s. 212) uvádí charakteristické rysy výtvarných projevů u osob s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o výrazně prodloužené tvary objektů, chaotické uspořádání objektů, ornamentalizace, větší úspěchy v kolážových technikách.

Následují arteterapeutické postupy, užívané při práci se seniory s demencí, jak je ve své publikaci zmiňují Holmerová a kol. (2007, s. 212-221).

Výtvarné techniky. Malování na porcelán, malování na květináče, malování vodovými barvami, malování na šátky a šály. Při malování na porcelán senioři vyrábějí věci, které poslouží dalšímu užitku.

Textilní techniky. Výroba polštářů, textilní koláž, batikování textilu. Výroba polštářů je poměrně nenáročná činnost, která má však velmi záslužný výsledný efekt, polštáře mohou posloužit například ležícím klientům.

Práce s papírem. Papírové koláže, vystřihování z papíru. Papírová koláž je kolektivní, každý senior se tak může zapojit podle svých možností – někteří vytrhávají z časopisů stránky, jiní je lepí na určenou podložku apod.

4.3 Animoterapie (zooterapie, pet-terapie)

Jak píše Neranedžič (2006, s. 15-17) jedná se o léčbu pomocí zvířecích miláčků, kterými mohou být kočky, psi, koně, ale také třeba sloni, v závislosti na regionálních zvyklostech. Galajdová (1999, s. 114-120) uvádí, že zvířata dokáží lidem zcela nezištně nabídnout své přátelství a pocit vzájemné potřeby. Zvíře také člověku poskytuje příjemný prožitek při hmatové stimulaci, nechá se hladit, přitulí se, mazlí se. Vzájemný dotek je pro seniory prostředkem k vyjádření emocí, přívětivě působí proti úzkosti, strachu, psychickému strádání. Zvířata také snižují vnímání stresu u seniorů. Přítomnost zvířete v instituci navozuje příjemnou atmosféru, což působí pozitivně jak na klienty, tak i na personál a předchází tím syndromu vyhoření.

U osob s demencí je zvíře výborný prostředek ke komunikaci. Lidé se o zvířatech velmi rádi baví a tak může být spouštěčem konverzací. Zvíře zvyšuje pocit sebevědomí, snižuje úzkost a může být skvělým námětem pro arteterapii (Holmerová a kol., 2007 s. 229-230).

Lacinová (www.kognice.cz) také píše, že na animoterapii se klienti s demencí většinou velmi těší a i proto, je účinná. U některých dementních seniorů je zooterapie jediným způsobem, jak navázat komunikaci. Stejná autorka charakterizuje metody animoterapie.

Animal assisted activities (AAA). Proškolený pracovník navštěvuje spolu se zvířetem instituce, v nichž senioři žijí. Z hlediska uplatnění zvířete se dále dělí na AAA pasivní a interaktivní. Při pasivní AAA nevykazují zvířata směrem ke klientům žádnou aktivitu, navozují pohodové klima a tím přispívají ke zlepšení psychického stavu seniora. Příkladem mohou být například morčata, andulky, nebo akvarijní rybičky. Interaktivní AAA představuje přímý kontakt zvířete a člověka, při němž dochází ke komunikaci, senior zvíře hladí, pečuje o něj. Tento druh AAA můžeme rozčlenit na návštěvní a rezidentní. Rezidentní znamená, že zvíře v instituci trvale žije, což s sebou přináší nutnost splnit určité podmínky jako je zajištění dostatečné hygieny či veterinární péče. Při návštěvním typu AAA dochází pracovník do zařízení ve smluvených termínech. Klienti to většinou vítají a považují za zpestření života v instituci.

Animal assisted therapy (AAT). Jedná se o cílené zásahy, při nichž vyškolený profesionál posiluje žádoucí či utlumuje nežádoucí chování klienta. Tato metoda se uplatňuje například při nácviku chůze nebo mluvení.

4.3.1 Canisterapie

Canisterapií označujeme léčebné metody, při nichž se využívá pozitivního působení psa na člověka. Spektrum osob, kterým pomáhá, je velmi široké – autistické děti, mentálně postižení, citově deprimované děti, senioři s Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí (Galajdová, 1999, s. 24-25). Jak uvádí Lacinová (www.kognicecz), jedním z novějších léčebných postupů, s využitím přítomnosti psa u dementních klientů, je tzv. polohování, které vzniklo v naší republice. Při této metodě se pes těsně přitiskne k jedinci a zahřívá ho svým tělem, což vede k prohřátí a uvolnění svalů. Dojde tak k navození pocitu klidu a bezpečí. Efekt je prokazatelně měřitelný a velmi účinný.

4.3.2 Felinoterapie

Tímto pojmem označujeme léčebné působení koček. Kočka není tak náročná na chov jako pes, na druhou stranu je přenašečem různých onemocnění jako například tasemnice nebo toxoplazmóza. Musí být proto pravidelně odčervovány a očkovány. Při práci seniory kočka dokáže zmírňovat nepříjemné pocity při adaptaci klienta na nové prostředí dané instituce, do které se přistěhoval. Díky jejímu vlivu se také člověku upravují hodnoty krevního tlaku,

stimulují se paměťové funkce, povzbuzuje se jemná motorika rukou (Nerandžič, 2006, s. 64-66).

4.4 Kinezioterapie

Kinezioterapie je cílené působení pohybu na psychiku člověka, na jeho duševní procesy a funkce. Provádí se prostřednictvím předem určených cviků a pohybových her (Hátlová, Suchá, 2005, s. 29). Je to somatická aktivita, která využívá modelové pohybové programy, jejichž provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta. Zahrnuje biologickou i psychickou a sociální složku osobnosti (sec. cit. Dessantiová In: Holmerová a kol., 2007, s. 189). Jako jedna z možností nefarmakologické léčby demencí má kinezioterapie svá teoretická východiska. Lidé s Alzheimerovou chorobou bývají většinou v dobrém fyzickém stavu. Kinezioterapie zde tak představuje možnost jak pracovat s nahromaděnou energií a předejít pak například nočnímu neklidu při nemožnosti usnout. Probíhá pravidelně, v určenou dobu a tím zlepšuje koncentraci nemocných. Napomáhá komunikaci mezi klienty, jelikož spousta cviků probíhá například ve dvojici. Pozitivně přijímaná zátěž odbourává stres a působí proti depresi. U lehčích forem demence se často využívá relaxačních programů s gymnastickými či tanečními prvky (Hátlová, Suchá, 2005, s. 30-35). Tanec dokáže u klienta s Alzheimerovou chorobou navodit pocit bezpečného prostředí, nehodnotí kdo je dobrý a špatný. Tyto rozdíly jsou smazány. Po fyzické stránce jsou nemocní udržováni v prostoru a čase, což podporuje jejich kognitivní organizaci. Tanec dává prostor pro vyjádření všech emocí a pracuje s myšlenou potěšení ze života (Dosedlová, 2012, s. 114-115). U těžších forem demencí jsou doporučovány především nenáročná gymnastická a dechová cvičení, doprovázená automasážemi (Hátlová, Suchá, 2005, s. 35). Důležité je dýchat nosem, kdy sliznice zachycuje nečistoty a ničí mikroby. Klidný dech navozuje celkové uvolnění organismu a má prokazatelné účinky při odbourávání stresu (sec. cit. Strnad In: Štílec, 2004, s. 56). Dechová cvičení také podporují aktivitu a posilování svalů, krevní oběh a celkovou činnost dalších orgánů (Matouš a kol., 2002, s. 105).

Doporučené formy cvičení pro jednotlivá postižení u seniorů s Alzheimerovou chorobou podle Hátlové, Suché (2005, s. 37-39).

- **Úbytek jednotlivých funkcí a apraxie.** Cvičení je zaměřeno na opakování a znovuvybavování zachovaných dovedností, které souvisejí s pohyblivostí člověka vedoucího k jeho soběstačnosti. Jedná se o pohyby rukou, nácvik chůze a správného držení těla.

- **Úbytek dalších kognitivních funkcí (především myšlení, schopnosti rozhodovat se, plánovat).** Cvičení obsahuje různé úkoly, které má skupina seniorů (3-8) vyřešit. Jsou podávány formou hry. Cílem je motivace k další činnosti, důraz je kladen na pozitivní prožívání zadaného úkolu.
- **Poruchy vnímání.** Nemocnému jsou předloženy různé předměty, které se liší tvarem, barevností, hmotností, zvukem, který vydávají. Senior s nimi provede předem zadaný jednoduchý pohybový úkon.
- **Poruchy emotivity.** Senioři trpící Alzheimerovou chorobou jsou často emočně a citově labilní, což vede k tělesnému neklidu až celkové apatii. Doporučovány jsou cviky mírně až střední fyzické zátěže. U mužů jsou vhodné sportovní prvky, u žen taneční motivy za doprovodu hudby.
- **Poruchy motivace.** Většinou se jedná o ztrátu iniciativy a zájmu o cokoli. Cvičení probíhá ve skupině, kdy je vždy potřeba připomenout příjemné zážitky z minulých setkání. Důležité je navodit pocit sounáležitosti. Vhodné jsou zahřívací a relaxační techniky.
- **Agresivní chování.** Zařazovány jsou relaxační cviky v kritických denních dobách tj. po ranním probuzení, po odpoledním odpočinku, před spaním.

Podle Holmerové a kol. (2007, s. 190-191) je důležité, aby kinezioterapeut nebyl příliš puntičkářský, co se opravování chyb týče. Na klienty to působí negativně a odrazuje je to od další účasti. Cílem je oprostít dementsního seniora od negativních zážitků a neúspěchů. Opravovat je vždy potřeba pohyb, při kterém by si klient mohl ublížit, například záklon hlavy. Samozřejmostí je pochvala. Kinezioterapeut by měl být člověk, kterého klienti dobře znají a ke komu mají důvěru.

5. Výzkumné šetření

5.1 Cíle výzkumného šetření, metodologie, stanovení hypotéz

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit podmínky života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v některém z typů ústavních zařízení na území České republiky. Zaměřila jsem se také na jejich rodinné příslušníky a nejčastější obavy a problémy, které musí řešit. K ucelenému pohledu na danou problematiku přispěly názory odborníků z jednotlivých institucí.

Primární výzkumnou metodou byl řízený rozhovor. Probíhal jak s příbuznými, tak se zaměstnanci zařízení. Ne všichni odborníci souhlasili s osobním rozhovorem. Na jejich žádost jim proto byly otázky potřebné ke zpracování studie, zaslány prostřednictvím e-mailu. Seznam otázek pro ně určených se nachází v příloze č. 3. Jedná se o stejné otázky, které byly pokládány při rozhovoru. Otázek je celkem dvacet, šestnáct z nich je otevřených, čtyři jsou uzavřené. Na základě informací zjištěných rozhovorem s rodinným příslušníkem byly zpracovány kazuistické studie (celkem čtyři). V jednom případě se jednalo o rodinu, která čeká na umístění svého příbuzného do jednoho ze státních domovů se zvláštním režimem. Ostatní rodiny již svého blízkého umístěného mají. Prostřednictvím komunikace s odborníky jsem porovnávala služby ve čtyřech základních typech ústavních zařízení – státní domov se zvláštním režimem, soukromá instituce, církevní zařízení, psychiatrická léčebna. Původní záměr byl mít vždy z každého zařízení i rodinu, jejíž kazuistickou studii bych zpracovala. U církevního zařízení se mi však nepodařilo oslovit rodinného příslušníka, který by nám poskytl potřebné informace. V případě klienta D se mnou naopak vedení společnosti (státní domov se zvláštním režimem), v níž čeká na umístění, odmítlo i přes opakovaný kontakt komunikovat. Důvodem byla velká zaneprázdňenost zaměstnanců. Aby byl pohled na problematiku ucelený, oslovila jsem proto jiný státní domov se zvláštním režimem – Domov se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ v Nejdku.

Toto šetření je svou povahou kvalitativního charakteru. Nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

Časový harmonogram

Leden - únor 2013: zpracování osnovy rozhovoru s rodinným příslušníkem a odborníky.

Únor – březen 2013: oslovení rodinných příslušníků, oslovení odborníků z jednotlivých institucí. Vlastní rozhovory s příbuznými a odborníky, případně e-mailová komunikace s odborníky.

Březen – duben 2013: zpracování kazuistických studií, zpracování informací od konkrétních odborníků z institucí.

Duben – květen 2013: zpracování závěrů a výsledků výzkumného šetření.

Stanoveny byly tyto hypotézy

Hypotéza 1: Klienti jsou do jednotlivých institucí umístováni více z důvodů sociálních než zdravotních.

Hypotéza 2: Instituce se snaží, aby v nich klienti důstojně dožili, a většinou je nepřemísťují do dalších zařízení.

Hypotéza 3: Rodinní příslušníci si svého nemocného příbuzného neberou většinou příliš často domů, jelikož se obávají, že by se museli potýkat s problémy, jako jsou agresivita, inkontinence nemocného apod.

5.2 Stručná charakteristika jednotlivých zařízení z výzkumného šetření

Instituce, ve kterých žijí klienti z následujících kazuistických studií, popř. čekají na umístění (klient D).

Alzheimercentrum

Společnost Alzheimercentrum je zastřešující organizací pro všechny instituce, které jsou provozovány v České republice a v zahraničí. Nabízí odbornou, kvalitní a nadstandardní péči především starým, nebo dlouhodobě nemocným lidem. Věk klientů není omezen. Zařízení může přijmout i mladého člověka, který utrpěl například závažné poranění mozku. Alzheimercentrum se specializuje především na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí. Disponuje nejmodernějšími terapeutickými postupy, vysoce kvalifikovaným personálem, poskytuje poradenství rodinám. Komplexní péče zahrnuje: péči sociální, zdravotní, dále ubytování, rehabilitaci, fyzioterapii, taneční terapii, reminiscenční terapii, arteterapii, canisterapii, hypoterapii, muzikoterapii, aromaterapii apod. Všechna zařízení pracují na konceptu bazální stimulace klienta. Pod Alzheimercentrum spadají tyto instituce: Zlosyň, Průhonice, Filipov, Loucký Mlýn, Písek a Piešťany. Každé zařízení je samostatnou společností s vlastními identifikačními údaji. Návštěvy jsou možné kdykoliv, neomezeně. Klient si s sebou může přinést i malé domácí zvíře. Příspěvek na péči nelze v institucích Alzheimercentra použít na úhrady za pobyt klienta (www.alzheimercentrum.cz).

Zlosyň se nachází zhruba 20 km od centra Prahy směrem na Teplice. Jedná se o klidnou lokalitu na kraji obce. Budova nabízí čtyři podlaží s dvoulůžkovými pokoji s vlastním sociálním zařízením. Kapacita je 100 lůžek. Každý pokoj je vybaven televizí. Klienti mají k dispozici terapeutické a společenské prostory, dále velkou terasu a zahradu. Prostředí působí velmi příjemným dojmem (www.alzheimercentrum.cz).

Alzheimercentrum **Průhonice** je situováno ve stejnojmenné části Prahy – Průhonice. Zařízení bylo otevřeno na počátku roku 2010. Jedná se o moderní čtyřpatrovou budovu s výtahy a několika společenskými a terapeutickými místnostmi. Pokoje jsou prostorné, jde o bytové jednotky s vlastním sociálním zařízením, kuchyňkou i obývacím pokojem. Kapacita je 150 míst (www.alzheimercentrum.cz).

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Psychiatrická léčebna Kosmonosy (dále jen PL) se nachází na severní hranici Mladé Boleslavi, na níž navazuje obec Kosmonosy. V současné době disponuje šesti sty lůžky a pěti sty zaměstnanci. Byla založena roku 1869 a řadí se tak k nejstarším psychiatrickým léčebnám v České republice. Personál je začleněn do systému kontinuálního vzdělávání, což vede k prohlubování kvality poskytované péče. Pacienti jsou léčeni na šestnácti odděleních. Následuje přehled oddělení, na kterých byla klientka B hospitalizována.

Gerontopsychiatrické příjmové i chronické oddělení ženy – je určeno pacientkám nad 65 let, především se syndromem demence, ale také pacientkám s psychotickými poruchami, poruchami osobnosti či nálady. Oddělení zajišťuje diagnostickou, léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Dále canisterapii, pracovní terapii, členem týmu je i psycholog. Návštěvní hodiny: pondělí až pátek 13-17 hodin, sobota a neděle (plus svátky) 9-11 hodin a 13-16 hodin. Pacientky nosí ústavní oblečení. Vzhledem k možné ztrátě či poškození, nejsou povoleny cenné předměty, peníze ani mobilní telefony.

Gerontopsychiatrické oddělení ženy – zde je kladen důraz na každodenní pracovní terapii (což klientka B nezvládala). Oddělení disponuje 39 lůžky (čtyři sedmilůžkové pokoje, dva čtyřlůžkové, jeden trojlůžkový) pro pacientky s vleklými psychosomatickými potížemi či demencemi. Denně probíhá rehabilitace a dále trénink kognitivních funkcí. Je zavedena canisterapie a reminiscence. Klientky nosí své civilní oblečení. Návštěvy jsou od 9,30 do 11 hodin a od 13 do 17 hodin.

Gerontopsychiatrické ženské oddělení – není zde takový důraz na aktivizaci. Pokoje jsou pěti až šestilůžkové o celkové kapacitě 26 míst. Probíhá zde cílená rehabilitace dementních klientek, nebo pacientek s psychotickými potížemi. Klientky mají své vlastní oblečení, návštěvy jsou od 9 do 11 hodin a od 13 do 17 hodin (www.plkosmonosy.cz).

Domov pro seniory Černožice - Domov se zvláštním režimem (státní zařízení)

Domov se zvláštním režimem v Černožicích nabízí ubytování pro 64 seniorů starších 60 let, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, nebo jiným typem demence. Nachází se v Královehradeckém kraji, poblíž města Jaroměř. Zařízení přijímá klienty ve středně těžkém, těžkém nebo terminálním stádiu nemoci. Domov má určitá specifika v ubytování – společenské místnosti jsou výrazně označené, ostatní prostory jsou barevné, přičemž barvy se nemění, což zachovává stálost prostředí. Zařízení není uzavřeno, personál má o každém klientovi přehled, k většímu bezpečí slouží i recepce u vchodu. Zaměstnanci absolvují pravidelná školení, jak pečovat o demenční pacienty. Klienti mohou pobývat mimo Domov po dobu, která nesmí přesáhnout 6 měsíců za rok. Klientovi je pak vrácen přeplatek za služby (ubytování, strava, úkony péče). Návštěvy jsou možné po celý den, do 19,30 hodin (www.doduce.cz).

Instituce, s jejichž zaměstnanci probíhala komunikace, ale nebyla provedena kazuistická studie rodiny.

Diakonie českobratrské církve evangelické - středisko v Krabčicích, Domov se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem se nachází na Litoměřicku v obci Krabčice na úpatí hory Říp. Diakonie českobratrské církve evangelické je druhou největší neziskovou organizací poskytující sociální služby v České republice. Historie Domova v Krabčicích sahá až do roku 1862 a je spjata s postavou evangelického faráře Václava Šubrta, který roku 1872 stál u zrodu dívčího vzdělávacího ústavu. Po druhé světové válce byl ústav přebudován na Domov odpočinku ve stáří a tuto funkci plní dodnes. V roce 1959 byl církvi odebrán a do jejích rukou se znovu dostal až roku 1991. Domov se zvláštním režimem poskytuje služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Celková kapacita je 114 míst. Klienti bydlí na jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Péči klientům poskytuje profesionální personál, který své zaměstnání považuje za službu a je lidem vždy nablízku. Nedílnou součástí je doprovázení klientů, duchovní péče a soustavná práce s rodinou (www.krabcice.diakonie.cz).

Domov se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ v Nejdku.

Domove se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ se nachází v obci Nejdk v okrese Karlovy Vary. Jedná se o příspěvkovou organizaci, zřizovatelem je Karlovarský kraj. Služby poskytuje

osobám s chronickým a duševním onemocněním, zejména seniorům od šedesáti let věku (mohou být i mladší), kteří trpí Alzheimerovou demencí, stařeckou demencí nebo jiným typem demence. Celková kapacita je 105 míst. Klientem naopak nemůže být například mentálně postižená osoba, osoba závislá na alkoholu, nebo na jiné návykové látce, či agresivní osoba. Domov tvoří tři dvoupodlažní pavilony, klientům jsou k dispozici zimní zahrady, tělocvičny, ergoterapeutické dílny, okolní park, klubovny a rehabilitační místnosti. Převažují dvoulůžkové pokoje (celkem 38). Každý pokoj má své vlastní WC. Koupelny jsou na každém patře na jednotlivých odděleních, disponují nastavitelnými vanami. Návštěvy jsou možné každý den od 9 do 20 hodin (www.ddnejdek.cz).

5. 3 Kazuistické studie

Kazuistická studie, první klientka, paní A.

Klientka žije v Alzheimercentru Zlosyň.

Informace byly zpracovány na základě rozhovoru s její dcerou.

Rodinná anamnéza

Otec klienty se narodil roku 1900, pracoval jako obuvník. Až do roku 1948 vlastnil svou vlastní prodejnu, poté byla znárodněna. Zemřel nešťastnou náhodou v roce 1984, přiotrávil se plynem. Matka paní A se narodila v roce 1905, většinu života byla v domácnosti. V době, kdy její manžel vlastnil prodejnu s obuví, v ní pracovala jako prodavačka. Zemřela v roce 1968 na rakovinu. Oba rodiče byli silně nábožensky založeni. Bratr matky paní A trpěl Alzheimerovou chorobou. Klienta má jednu dceru (účastna rozhovoru). Narodila se roku 1961, po absolvování VŠE pracovala jako referentka ve státním podniku Tesla Strašnice a poté v Československé obchodní a průmyslové komoře. Nyní je zaměstnaná jako referentka státní správy na Ministerstvu průmyslu a obchodu. V letech 2006 – 2011 byla vyslána na Stálou misi České republiky při OSN v Ženevě. Roku 2011 dcera absolvovala hysterektomii. Současný zdravotní stav je uspokojivý, je sledována pro vyšší krevní tlak a zvýšenou hladinu cholesterolu. Paní A má jednu sestru, narozenou roku 1931. Celý život pracovala jako administrativní pracovnice ve velkoobchodu s potravinami. Je sledována pro srdeční arytmií a zvýšený krevní tlak, prodělala operaci šedého zákalu. Současný zdravotní stav je jinak velmi dobrý, je aktivní, zajímá se o aktuální dění, je naprosto samostatná. Žádné symptomy demence přítomny nejsou. Paní A má dva vnuky.

Osobní anamnéza

Paní A se narodila roku 1935 v Polsku ve městě Zelov, odkud pocházela její rodina. Absolvovala dvouletou obchodní školu. Pracovala jako zapisovatelka u soudu, dále jako administrativní pracovnice na Ministerstvu spravedlnosti, Úřadu pro patenty a vynálezy, obchodním oddělením ČSSR v Indii (v době vyslání manžela), později jako referentka na Ministerstvu zdravotnictví, na nakladatelství Merkur a naposledy v podniku zahraničního obchodu Unicoop. Do svých deseti let žila s rodiči v polském Zelově, v roce 1945 se rodina přestěhovala do Karlových Varů, kde s rodinou žila do osmnácti let. Poté se, z důvodu zaměstnání, přestěhovala do Prahy, kde poznala svého budoucího manžela. Manželství bylo uzavřeno roku 1955 a trvalo až do smrti klientčina muže. Žili spolu v bytě v panelovém domě v pražských Strašnicích. Paní A je delší dobu sledována pro vyšší krevní tlak, dříve trpěla dlouholetými potížemi klimakterického charakteru. Před smrtí manžela bylo zaznamenáno nadužívání alkoholu, po umístění do Alzheimercentra a stabilizaci rodinné situace tento problém vymizel. Klienta prodělala operaci štítné žlázy. Dříve jí bavilo vaření a věnovala se šití.

Sociální anamnéza

Paní A byla do Alzheimercentra ve Zlosyni přijata v srpnu roku 2008 na základě diagnózy Alzheimerova choroba. Lékařská zpráva ze soukromé psychiatrické ambulance z května 2008 udává MMSE 18/30, diagnóza – Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Test hodin z tohoto období – kruh uzavřený, čísla jenom čtyři, ručičky nenakreslí. Ve druhé polovině roku 2009 se klienta dostala do péče jiného psychiatra, který zaznamenal progres ve zdravotním stavu. MMSE bylo 25/30, test hodin – nakreslený ciferník, všechna čísla správně, ručičky nakreslí, ale jsou špatně umístěny. Aktuální výsledek MMSE je 22/30. Výsledky jsou ovlivněny klientčíným zdravotním a psychickým stavem. Psychiatrická vyšetření probíhají třikrát ročně. Dcera je s ošetřujícím lékařem v neustálém kontaktu, v současné době zaznamenali zhoršení zdravotního stavu. Paní A se špatně orientuje v dění, omezila své zájmy (přestala číst, televizi sleduje, ale neví, na co se dívá), začala si plést osoby v rodině, schovává věci, kam nepatří, přestala o sebe pečovat z hlediska hygieny. Paní A bydlí s jednou spolubydlící. Účastní se aktivit, které zařízení nabízí, jinak je pasivní. Křížovky, které pro ni představovaly oblíbenou zábavu, luští nyní velmi zřídka, spíše je apatická.

Rozhovorem s dcerou bylo zjištěno následující.

Dcera začala pozorovat problémy se zdravotním stavem matky na začátku roku 2008. Situaci komplikoval fakt, že dcera v tu dobu žila ve Švýcarsku, kam v rámci svých pracovních povinností odjela na dobu šesti let. Domů se v té době snažila jezdit minimálně jednou za 3 měsíce na víkend. Dle jejích slov, bylo těžké odhadnout, co se v domácnosti matky děje. Matka žila se svým manželem, a jak dcera konstatuje „vždy se na mojí návštěvu skvěle připravili. Uklidili, uvařili, snažili se vše zakamuflovat a zpočátku se jim to dařilo“. Za krátký čas dostala dovolenou a strávila v bytě rodičů celý týden. Začala si tak všimnout zásadních nedostatků – zašlá špína, ve skříních nacházela nádobí, v koši na prádlo nebo v botníku byly lahve od alkoholu apod. Za hlavní zlom považuje to, že se náhle zhoršil zdravotní stav jejího otce, který se stal závislým na péči druhé osoby. Paní A se o svého muže nedokázala postarat a začala s denní konzumací tvrdého alkoholu. Vzhledem k tomu, že se manželé během svého života pohybovali v diplomatických kruzích, kde bylo pití alkoholu vcelku běžné, paní A na to byla, dá se říci, navyklá. Jak konstatuje dcera „matka byla na otci celý život závislá, on vždy vše zařizoval, zajišťoval, ona se starala pouze o domácnost. Najednou se nedokázala postarat ani sama o sebe, natož o druhého“. Dcera se proto rozhodla najmout pečovatelku (březen 2008) a začala s hledáním ústavního zařízení, které by přijmulo oba její rodiče. V dubnu 2008 se poprvé dostala s matkou k praktickému lékaři, který doporučil psychiatrické vyšetření, jež potvrdilo těžkou degeneraci mozku, se stoprocentní jistotou zatím Alzheimerova choroba potvrzena nebyla, ale psychiatr o ní hovořil jako o nejpravděpodobnější možnosti. V postoji jednotlivých institucí k jejich případu spatřuje dcera i dnes velký problém. Na internetu si vyhledala nespočet zařízení, jak v Praze, tak v okolí Prahy. Oslovila instituce státní i soukromé, ovšem když řekla, jak jsou na tom její rodiče po zdravotní stránce, dostalo se jí vždy odmítnutí. Otec byl mentálně naprosto v pořádku, fyzicky však nesoběstačný, u matky tomu bylo naopak. Dcera stále sháněla příslušné zařízení bez úspěchu. Pečovatelka nejdříve do bytu rodičů docházela na 4 hodiny, později na 6 hodin denně, na víkendy ne, což byl další zásadní problém. Paní A se o manžela vůbec nestarala, když přišla pečovatelka v pondělí ráno, byl velmi často ve špatném stavu – dehydrovaný, opruzený, nenajedený. Dcera proto najala pečovatelku i na víkendy. Dcera také pořídila otci různé kompenzační a zdravotní pomůcky – polohovací postel, antidekubitní matraci, madla, protiskluzové podložky apod. Všechno řešila ze Švýcarska, kde stále žila, což bylo o to více komplikované. Vše hradila ze svých zdrojů, nepřemýšlela nad tím, zda může dostat na nějaké věci příspěvek od pojišťovny, jelikož na to, dle jejích slov, nebyl čas. Potřebovala mít pomůcky pro otce co nejrychleji. Jednalo se o desítky telefonátů ze Švýcarska do ČR, vždy

když našla něco, co chtěla otci pořídit, rovnou to zamluvila a zařídila převoz do bytu rodičů. Začátkem května dcera na internetu našla Alzheimercentrum Zlosyn, které se v té době nově otevíralo. Ihned podala přihlášku pro oba rodiče, bylo jí potvrzeno, že je přijmou oba. Otec v červnu nečekaně zemřel, přihlášená tedy zůstala pouze matka, která byla posléze přijata (srpen 2008). Krátce před tím, než paní A nastoupila do Zlosyně, se její stav začal rychle zhoršovat. Byla dezorientovaná, toulala se po domě, často si doma zabouchla klíče a zvonila pak na sousedy. Od sousedů požadovala například, aby ji došli na nákup, opravili skříň, vyměnili světlo apod. Dcera při návštěvě několikrát zjistila, že nechala zapnutý plynový sporák, poříдила ji proto elektrický dvouvařič. Když matce sdělila, že se bude stěhovat, bylo to velmi složité. Paní A nikam nechtěla, svou nemoc a problémy s ní spojené si vůbec nepřipouštěla. Dcera proto použila několik argumentů, a jak sama říká, použila i lži. Matce sdělila, že si její muž přál, aby se přestěhovala do Zlosyně a že tam vlastně jede jenom na krátkou dobu, že se jedná o dočasný pobyt (sdělila ji, že tam bude žít cca dva měsíce, což opakovala zhruba rok vkuse). Za čas si paní A v zařízení zvykla, našla si tam přátele. Dcera tvrdí, že si svou nemoc ani dnes nepřiznává a vůbec si nepřipouští, že jednou bude mít více problémů, bude např. inkontinentní, stále se cítí naprosto zdravá a v pořádku. Jednou za 14 dní si dcera bere matku na víkend k sobě domů. V poslední době si ji bere jenom na neděli, jelikož jak říká, nezvládá péči o ni celé dva dny, především po psychické stránce. Vždy se pak cítí velmi vyčerpaná a dělá ji obtíže soustředit se poté na svou práci. Matka se dle jejich slov každých několik minut ptá na tu samou věc, naprosto ztratila veškeré zájmy, dcera ji musí například říci „mami, tady máš časopis a chvíli si čti“. Ona to vydrží pět minut a pak opět chodí po bytě neustále za svou dcerou. Dcera ji musí, jak sama říká, do jakékoliv aktivity nutit, přemlouvat ji. Ve Zlosyni bydlí paní A na dvoulůžkovém pokoji. S první spolubydlící se velmi spřátelila, nedávno však zemřela. Od té doby se na jejím pokoji vystřídaly další tři klientky. Všechny tři, ale musel personál po krátké chvíli přestěhovat, jelikož se paní A, dle dceřiných slov „nelíbily“. Prý ji narušovaly soukromí, měly moc nahlas televizi apod. U první spolubydlící to pečovatelky dceři ani nesdělily, když se musela přestěhovat druhá, oznámily jí to a u třetí, se kterou se paní A také nepohodla, už pečovatelky dceři důrazně sdělily, aby si s ní rozumně pohovořila. V současné době žije paní A s další spolubydlící už 2 měsíce a zatím je vše v pořádku. Dcera je se zařízením v pravidelném kontaktu, často tam telefonuje a zajímá se o to, co je nového, na jakém vyšetření matka byla. Dle dceřiných slov se personál o klienty stará profesionálně, jejich služby považuje za velmi dobré. Vítá množství nejrůznějších akcí, které pro klienty organizují (navštěvují divadla, muzea, jezdí na výlety lodí, dvakrát měsíčně chodí do cukrárny apod.) Zároveň ji ale mrzí, že se akce konají především v týdnu, na což ona

kapacitně nestačí. Na spolupráci se zařízením se dcera podílí minimálně. Ocenila by, aby instituce poskytla prostor pro náměty rodin. Personál se prý neptá na to, co se rodinným příslušníkům líbí, co naopak ne, zda mají nějaká doporučení. Za dobu, co zde její matka žije, měla možnost vyplnit pouze jeden dotazník, o kterém se ale domnívá, že neměl žádný výsledný efekt. Jinak je velmi spokojena jak s ochotou a péčí personálu, tak s celkovou kvalitou celého zařízení. Se svoji matkou je v téměř každodenním (telefonickém) kontaktu, vždy se jí ptá, zda je vše v pořádku, jak se cítí, jaké jsou novinky a jak vychází se spolubydlíci. Matka měla možnost být v pokoji i sama, to ale odmítla, společnost druhého jí dělá dobře. Musí se ale jednat o někoho přizpůsobivého, jelikož jak dcera tvrdí „matka je trochu generál a když řekne, že se teď otevře okno, tak jde a rovnou ho otevře“.

Pobyt pro paní A stojí 17 400 Kč měsíčně. 10 000 Kč jde z jejího důchodu, 1000 Kč jde z „kapesného“, které jí dcera posílá, zbytek doplácí. V současné době zbývající 6 400 Kč platí z úspor, které paní A spolu s jejím manželem našetřili. Ty budou však brzy vyčerpány a poté je dcera bude muset hradit sama. Momentálně se proto dcera začala rozhlížet po jiném, státním zařízení. Našla novou instituci v Praze Malešicích pro klienty s Alzheimerovou chorobou a hned tam proto zavolala. Když však sociální pracovníci sdělila, že její matka je v současné době umístěna, pracovníce ji prý velmi razantně odmítla. Přestěhovat ji chtěla, a stále chce, z několika důvodů – finančních, ráda by ji měla blíže svému domovu, matka se ve Zlosyni někdy cítí osamocena a „odstrčena“. Dcera doufá a věří, že situaci brzy vyřeší takovým způsobem, který bude vyhovovat jak jí, tak především její matce. Prioritou pro ni je, aby jí bylo dopřáno kvalitní péče v prostředí, které se jí bude líbit.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Dcera paní A měla problémy sehnat vhodné ústavní zařízení pro oba své rodiče, které chtěla umístit dohromady. Otec byl fyzicky nesoběstačný, psychicky naprosto v pořádku, u matky to bylo naopak. Oslovila zhruba 20 státních i nestátních zařízení, všechna ji odmítla.
- Za hlavní přednost soukromého zařízení, v němž žije její matka, považuje kvalitní péči: příjemné prostředí, velmi dobré ubytování, profesionální personál, množství aktivit, fakt, že jeden pečovatel má na starosti maximálně dva až čtyři klienty a může jim tak věnovat maximální pozornost. Za mínus u této instituce považuje finanční stránku, avšak dodává, že vzhledem ke kvalitě služeb je jistým způsobem opodstatněna.

- U státních zařízení, se kterými přišla dcera paní A do styku, označuje za nedostatek vysokou kapacitu a s tím spojenou neuspokojivou péči – pečovateli má na starosti zhruba 10 klientů. Výhodou jsou podle ní finance – v zařízeních, která oslovila, stojí měsíční pobyt cca 10 000 Kč.
- Dcera podala přihlášku začátkem května 2008, matka byla přijata o dva měsíce později, v srpnu.

Kazuistická studie, druhá klientka, paní B.

Klientka žije v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

Informace byly zpracovány na základě rozhovoru s jejím vnukem.

Rodinná anamnéza

Otec paní B se narodil 4. 3. 1903, pracoval jako dělník a potýkal se s ischemickou chorobou srdeční, na jejíž následky dne 18. 8. 1981 zemřel. V závěru života se u něj projevíly symptomy Alzheimerovy choroby. Jednalo se především o zapomínání, problém s identifikací příbuzných, dezorientace ve vlastním domě. Matka paní B se narodila 31. 3. 1908, v pubertě prodělala operaci ledvinových kamenů, zaměstnaná nebyla, starala se o domácnost. Zemřela 11. 7. 1977. Příčinou smrti byl abdominální tumor. Paní B má jednu dceru, narozenou 17. 1. 1960, která je zaměstnána jako veterinární lékařka. Zhruba před patnácti lety prodělala hysterektomii, současný zdravotní stav je dobrý. Sestra paní B, ročník 1922, měla před deseti lety těžkou autonehodu a utrpěla vážný úraz hlavy, který vyvolal Alzheimerovu chorobu. Pacientka je již devátým rokem upoutána na lůžko, vyžaduje 24 hodinovou péči. Paní B má jednoho vnuka, ročník 1986, účastník rozhovoru.

Osobní anamnéza

Paní B se narodila 21. 12. 1929, má základní vzdělání, během svého života pracovala jako prodavačka, servírka v restauraci, pracovnice v zemědělství. Vdala se 31. 12. 1949, manžel zemřel v roce 2001 přirozenou smrtí. Paní B prodělala operaci ruky a úraz hlavy, který se stal zhruba v letech 1995 – 2000. S manželem žili v rodinném domě na malé vesnici poblíž Mladé Boleslavi. Během svého života se paní B starala především o dům a zahradu, jiné zájmy neměla. Velmi těžce nesla úmrtí ve své rodině – smrt rodičů a následně smrt manžela.

Sociální anamnéza

Do Psychiatrické léčebny Kosmonosy byla paní B přijata dne 4. 11. 2011 na základě diagnózy Alzheimerova choroba. Klientka byla zařazena na příjmové oddělení (4-5 lůžek), poté na gerontopsychiatrické oddělení (5-6 lůžek) a po několika měsících na oddělení, na němž probíhala rozsáhlejší aktivizace (3-7 lůžek). Činnosti však nezvládala, byla proto přeřazena zpět na oddělení gerontopsychiatrické. Zdravotní stav se postupně zhoršuje, klientka podstupuje pravidelná psychiatrická vyšetření. V současné době je zpět na příjmovém oddělení, kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Momentálně nemá žádné zájmy, jelikož pouze leží. Dříve často komunikovala s ostatními klienty, chodila na procházky, dívala se na televizi.

Rozhovorem s vnukem bylo zjištěno následující.

Zhoršování situace pozoroval vnuk delší dobu, situace trvala cca 15 let. Paní B byla velmi agresivní, vulgární, přehnaně pečovala o domácnost, sprostě nadávala sousedům, neustále je obviňovala, že jí něco ukradli nebo schovali. Často jim také vysypávala odpadky na zahradu. Asi před čtyřmi lety se situace začala stupňovat. Paní B nechávala zapnutý plynový sporák, ničila zařízení v domácnosti, rozdávala peníze lidem na ulici, nedodržovala základní hygienické návyky. Začala zapomínat, nepamatovala si ani životní události jako datum svého narození, nebo narození dcery. Nevěděla, kde se nachází, nepoznávala osoby ve svém okolí. Pokud se s ní vnuk, nebo jeho přítelkyně, snažili o celé situaci mluvit, byla vždy velmi agresivní a obviňovala je z krádeží. Paní B žila v té době v rodinném domě se svou dcerou, se kterou ale vůbec nekomunikovala, jelikož spolu měly nevyřešený konflikt z minulosti. V případě, že se dcera snažila s matkou promluvit, vždy to skončilo nadávkami a vyhrožováním ze strany klientky. I z toho důvodu se dcera, dle slov vnuka paní B, o celou situaci přestala zajímat. Do problému se vložila přítelkyně vnuka paní B, která upozornila na možnost přítomnosti Alzheimerovy choroby, či jiné demence. Všichni si poté na internetu začali zjišťovat různé informace. Dcera s ní došla k praktickému lékaři (zhruba červenec 2011), který doporučil okamžitý příjem do Psychiatrické léčebny v Kosmonosech (dále jen PL) a zároveň poslal paní B k psychiatrovi, který stanovil diagnózu – Alzheimerova choroba. Dne 28. 10. 2011 šla paní B vynést listí a následně se ztratila. Byla nalezena až po pěti hodinách v polích za sousední vesnicí. Tato událost, dle slov vnuka, všechny donutila k tomu, aby začali jednat. Nakonec mělo vše rychlý spád, již 4. 11. 2011 byla klientka do PL přijata. Rodina jí nesdělila, že se někam stěhuje, podle vnuka na to nebyl ani čas. Poté co přijeli do PL si paní B uvědomila, že se něco děje, začala plakat a chtěla, aby ji odvezli domů. Rodina

použila lež, řekla, že zde bude pouze dočasně, aby byla v bezpečí. Paní B se proto domnívala, že je pouze v nemocnici, absolvovala různá vyšetření a později si přestala zcela uvědomovat kde je a dá se říci, že si na prostředí zvykla. Rodina měla z celého přijetí do PL smíšené pocity, obávala se, jak bude klientka život mimo domov snášet, na druhou stranu věděla, že je o ní postaráno a že se začne s léčbou. Paní B se v novém prostředí velmi rychle adaptovala, zhruba po měsíci se její stav zlepšil, byla usměvavá, komunikativní, spokojená. Vnuk tyto příznaky přisuzuje medikamentům, které jí byly podávány. Rodina se podílí na spolupráci s PL – podporuje ji finančně a materiálně. Dcera navštěvuje paní B minimálně jednou týdně, vnuk se snaží alespoň dvakrát měsíčně. Vždy s ní hovoří o jejích pocitech, klientka prý vypráví jak se má, co měla k obědu, bývá poměrně veselá. V současné době se jí ale zdravotní stav zhoršil a pouze leží, je bez nálady. Při návštěvě ji příbuzní vždy drží za ruku, paní B je to prý velmi příjemné. Domů si klientku rodina nebere z důvodu jejího zdravotního stavu. Zpočátku rodina chtěla, aby paní B žila v některém z domovů pro seniory, představa psychiatrické léčebny je, dle slov vnuka, děsila. Nyní jsou rádi, že je klientka právě v PL Kosmonosy. Za velký přínos považují dobrou péči, hezké zrekonstruované prostředí, lesopark v areálu. Personál je milý, obětavý. Zvažovali možnost umístění do některého Alzheimercentra. Nakonec od toho upustili z finančních důvodů a také proto, že jsou od nich daleko a byl by větší problém s návštěvami. Za pobyt klientky rodina nic neplatí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o akutní případ a žádné jiné zařízení ji nemohlo přijmout, finanční náklady jsou i dnes stále hrazeny státem.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Rodina pozorovala změny v chování klientky poměrně dlouhou dobu, zhruba 15 let.
- Paní B byla velmi agresivní, vulgární, obviňovala ostatní (především sousedy) z krádeží.
- Pokaždé, když si s ní chtěl někdo o problémech promluvit, skončilo to hádkou a agresí ze strany klientky.
- Na závažnost situace upozornila až přítelkyně vnuka paní B.
- Impulsem pro umístění klientky do ústavního zařízení byl moment, kdy paní B odešla z domu a rodina ji našla až po pěti hodinách, několik kilometrů od jejího domova. Přijetí proběhlo jen několik dní od této události. Klientka měla doporučení k ústavní léčbě od praktického lékaře.
- S péčí personálu PL je rodina spokojena, klientka se rychle adaptovala, rodina PL podporuje finančně a materiálně.

- Rodina za pobyt klienty neplatí, náklady jsou hrazeny státem.

Kazuistická studie, třetí klientka, paní C.

Klientka žije v Alzheimercentru Průhonice.

Informace byly zpracovány na základě rozhovoru s její vnučkou.

Rodinná anamnéza

Otec paní C se narodil v roce 1895, netrpěl žádnými závažnými chorobami, zemřel přirozenou smrtí ve věku 72 let. Pohyboval se ve vyšších společenských vrstvách, hodně cestoval. Matka paní C se narodila v roce 1900, na konci života se u ní projevíly symptomy demence – dezorientace, útky z domu, zapomínání. Léčena nikdy nebyla, nebylo ani diagnostikováno žádné konkrétní onemocnění. Zemřela v roce 1988 v domácím prostředí. Paní C má tři děti. První syn se narodil v roce 1950, v současné době je závislý na konzumaci alkoholu. Dle slov vnučky u něj závislost propukla, když mu zemřel prvorozený syn na leukémii. Je nezaměstnaný. Druhý syn, ročník 1953, v dětství prodělal zánět mozkových blan, v současné době pracuje na pozici ředitele betonárky. Dcera paní C, narozena roku 1955, v šestnácti letech prodělala komplikovanou operaci slepého střeva, kdy byla v ohrožení života, jelikož střevo prasklo. Momentálně je zaměstnaná jako vedoucí přípravy ve stavební firmě. Paní C je jedináček. Má 5 vnoučat, dva vnuky, tři vnučky. Vnučka, se kterou byl veden rozhovor, je narozena roku 1982.

Osobní anamnéza

Paní C se narodila v roce 1929, vystudovala gymnázium, dva roky žila ve Švýcarsku, kde také studovala gymnázium a bydlela na internátě. V mládí prodělala několik zlomenin dolních i horních končetin, má šrouby v koleni a lokti. Před narozením dětí pracovala jako účetní. Vdala se v roce 1948, s manželem žili v rodinné vile v Praze. Byl jim zabrán majetek a oni byli přestěhováni do prvního patra, do zbytku domu se nastěhovali jiní lidé. Manžel trávil hodně času v zahraničí, ona se starala o děti.

Sociální anamnéza

Do Alzheimercentra Průhonice byla paní C přijata v srpnu roku 2011. Před tím žila 8 měsíců v Domově pro seniory Dřevčický park. Část toho zařízení má status domova se zvláštním režimem. Alzheimerova choroba ji byla diagnostikována ve druhé polovině roku

2010. V současné době je zdravotní stav klientky stejný jako při příchodu do Průhonic, vnučka neví přesný výsledek MMSE. Paní C žije na pokoji se třemi spolubydlíci. Jedná se o prostorný pokoj se dvěma samostatnými ložnicemi, kuchyňkou, koupelnou, malým obývacím pokojem. Paní C momentálně nemá žádné zájmy.

Rozhovorem s vnučkou bylo zjištěno následující.

V srpnu roku 2010 manžel paní C onemocněl a byl převezen do nemocnice. Když jej přišla spolu s dalšími členy rodiny navštívit, vůbec si neuvědomovala, co se děje. Dle slov vnučky jí to bylo jedno, byla apatická, bez zájmu o něj. Manžel delší dobou trpěl Parkinsonovou nemocí a ona po návštěvě v nemocnici začala být agresivní, říkala, že nechce, aby se vrátil domů, nechtěla s ním dále žít. Manžel nakonec v nemocnici zemřel. Zůstala doma sama a rodina začala pozorovat další problémy. Klienta se o sebe nedokázala postarat, neuklízela, nevařila, dle slov sousedů se toulala po okolí například v noční košili. Vnučka jí objednala dovoz jídla z Červeného kříže, ale i zde nastaly komplikace. Paní C dávala plastové nádoby na plynový sporák. Vnučka se tak spolu s dalšími příbuznými snažila navštěvovat klientku každý den. Zhruba v polovině roku 2010 se k ní nastěhoval její nejstarší syn, aby se o ni staral. Efekt byl ale opačný. Přistěhoval si totiž i svoji přítelkyni, což odstartovalo hádky. Paní C tak byla vystresovaná a její zdravotní stav se zhoršoval. Vnučka poté začala shánět pečovatelku, která by se k ní do vily přistěhovala a mohla se o ni tak starat 24 hodin denně, avšak bez úspěchu. Navštívili proto praktického lékaře, který podal doporučení k ústavní léčbě a dále k psychiatrickému vyšetření, při kterém byla diagnostikován Alzheimerova choroba. Dle slov vnučky, praktický lékař o problémech paní C věděl již delší dobu, sám jim to potvrdil, ale domníval se, že i oni situaci nějak řeší. Do jeho ordinace totiž docházela paní C dříve i s manželem, ale ten problémy své ženy před rodinou dokázal dobře krýt. Do Dřevčic byla paní C přijata v prosinci roku 2010, zhruba měsíc od podání žádosti. Vnučka se s klientkou několik týdnů před stěhováním bavila o tom, že bude muset žít jinde. Dle slov vnučky klientka chápala, že již nemůže být doma sama, uvědomovala si, že potřebuje celodenní péči, kterou ji však rodina, vzhledem k svému pracovnímu vytížení nemůže dopřát. Ten den, kdy ji do Dřevčic převážili ale podle vnučky paní C propadla zoufalství a zmatku, křičela, že se jí chtějí zbavit, že nikam nejede. V následujících dnech byla agresivní i vůči pečovatelkám a dalším klientům. Zhruba po měsíci si ale zvykla. Personál také upozorňoval na stížnosti spolubydlících, které říkaly, že klientka v noci často křičí, zejména jméno svého muže a neustále se ptá „kde je děda?“. Agresivita vůči ostatním se pak opět začala stupňovat a personál vnučce naznačil, že by měla být přemístěna jinam. Doporučil jim přímo

Alzheimercentrum v Průhonicích. Přihlášku do Průhonic rodina podala na přelomu dubna/května 2011 a již v srpnu 2011 byla paní C přijata. Když ji stěhovali, vůbec si podle vnučky neuvědomovala, že se přemísťuje jinam. Když žila v Dřevčicích, snažili si ji brát alespoň jednou měsíčně domů, minimálně na jeden den. Poté, co ji vozili zpátky, nevěděla, kam jede, nevěděla, že žije v nějakém zařízení a byla agresivní, vždy opakovala, že se jí chtějí zbavit. I proto rodina po čase od návštěv doma upustila. V současné době s ní v domácím prostředí tráví vždy Vánoce, více času ne. Také nyní je paní C občas nepříjemná na ostatní klienty, dle slov vnučky ji vadí hlavně ti, kteří jsou na tom zdravotně (především psychicky) hůře, než ona. Nemá ráda klienty, kteří bezcílně chodí po chodbách, prohlíží si ji, nejvíce ji prý vyprovokuje člověk, který vejde bez dovolení do pokoje, v němž bydlí. Často si také stěžuje na kvalitu jídla, vnučka to již projednávala s personálem a dle jejích slov, se v současné době v kuchyni velmi zlepšili. V tomto ohledu spatřuje vnučka nedostatek u tohoto zařízení. Dle jejích slov se personál nezajímá o názory příbuzných, pokud se s něčím nejsou spokojeni, musí to prý vždy důrazně sdělit přímo vedení. Problém je pak vyřešen, musí na něj však nejdříve upozornit. Podle vnučky má jedna pečovatelka na starosti zhruba 8 klientů. Paní C má v Průhonicích časté návštěvy. Vnučka za ní dochází minimálně jednou za čtrnáct dní, další příbuzní se také snaží. Vnučka se vždy ptá na její pocity, na to, co je nového, zda je vše v pořádku. Paní C si občas postěžuje, že jí to tam nebaví, nudí se, že to není pořádný život. Dle slov vnučky si dobře uvědomuje svůj zdravotní stav, ví, jaký má problém, ale nechce se smířit, že musí žít jinde než doma. Veškeré aktivizační programy odmítá s tím, že to je pod její úroveň. Výletů se zúčastňovat nechce (v současné době má problémy s pohybem), nemá žádné zájmy. Když přijde vnučka na návštěvu, často využívá neverbální komunikace. Vždy paní C hladí, maže ji ruce krémem, škrábe na zádech, což prý pokaždé vyžaduje a je pak velmi spokojená a milá. Také ji, podle svých slov, zkouší. Ptá se na to, jaký je den, jak se jmenuje, kolik má dětí, ukazuje ji jejich fotografie a vypráví, co je v rodině nového. V některých případech si paní C vzpomene rychle, jindy ji to trvá, ale jak vnučka říká, vždy se doberou ke správnému výsledku. Vnučka, ani její rodina, se nepodílí na spolupráci se zařízením. Vnučka oceňuje velkou zahradu, ve které mají ovce a slepice, celková stavba zařízení se jí líbí. Za negativní považuje zápach moči, který je, dle jejích slov, přítomen vždy, jelikož hodně klientů je inkontinentních a nosí pleny. Také by uvítala, kdyby se personál zajímal o názory příbuzných. Měsíčně rodina hradí 25 000 Kč.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Zlom nastal v roce 2010 po smrti manžela paní C, rodina začala pozorovat závažné problémy. Klientka nemohla žít doma sama, nedokázala se o sebe postarat, hrozilo nebezpečí poškození zdraví.
- Rodina sehnala Domov pro seniory Dřevčický park, jehož část má statut domova se zvláštním režimem. Klientka byla přijata začátkem roku 2011, ale převládaly agresivní stavy, personál rodině zhruba po půl roce sdělil, že by ji měli přestěhovat a doporučil Alzheimercentrum Průhonice.
- Do Průhonic byla paní C přijata v srpnu roku 2011, necelé tři měsíce od podání žádosti.
- Paní C je i nyní občas agresivní.
- Personál v Průhonicích, dle slov vnučky, nedává prostor rodinám pro jejich názor.

Kazuistická studie, čtvrtý klient, pan D.

Klient čeká na přijetí do Domova se zvláštním režimem Černožice.

Informace byly zpracovány na základě rozhovoru s jeho dcerou.

Rodinná anamnéza

Rodiče pana D se narodili v letech 1910-1915, přesná data si dcera nepamatuje. Otec klienta neměl žádné závažné choroby a zemřel přirozenou smrtí, matka se dlouhodobě léčila s cukrovkou, na komplikace s ní spojené zemřela. Demence diagnostikována nebyla ani u jednoho. Pan D má dva syny z prvního manželství narozené v letech 1970-1975, konkrétní data si dcera nepamatuje. Jeden je zcela zdravý, druhý trpí depresemi, užívá léky, je nezaměstnaný. Klient má dále dvě dcery (dcera, která se zúčastnila výzkumného šetření a rozhovoru – rok narození 1986, narozena s oční vadou, prodělala tři operace očí, jednu operaci dolní čelisti). Druhá dcera, narozena 1988 trpí od puberty poruchou štítné žlázy, stále studuje. Pan D měl jednoho bratra, který zemřel ve válce. Klient má čtyři vnuky.

Osobní anamnéza

Pan D se narodil v roce 1946, po základní škole nastoupil na vojenskou školu v Roudnici nad Labem, kterou nedostudoval. V minulosti netrpěl žádnými závažnými chorobami, má ochrnutý lícní nerv a prodělal operaci dolní končetiny po autonehodě (odhadem v roce 1992). Dlouho pracoval na poště, poté jako řidič kamionu a následně autobusu. Dvakrát se oženil,

poprvé počátkem 70. let, podruhé v roce 1986, v roce 2010 se s druhou manželkou rozvedli. Klient měl dříve velkou zálibu ve čtení různých záhad, rád se stýkal s kamarády. V současné době je bez jakéhokoliv koníčku. Zdravotní stav se panu D výrazně zhoršil po druhém rozvodu v roce 2010.

Sociální anamnéza

Klient se o sebe v rámci mezí dokáže postarat, často je však zmatený, nenachází slova, nepamatuje si názvy určitých věcí, nevzpomíná si na názvy míst. Běžné úkony, jako je například umývání nádobí, utírání prachu, mu trvají nepřiměřeně dlouho. V současné době žije sám v rodinném domě na Náchodsku, pravidelně dochází na lékařské prohlídky. Nynější výsledek MMSE je 20/30.

Rozhovorem s dcerou bylo zjištěno následující.

Zhoršení zdravotního stavu začala dcera pozorovat zhruba před čtyřmi lety. Pan D zapomínal, kam dal určité věci, konstantně něco hledal. Později se objevily drobné nehody spojené s výkonem povolání (v té době pracoval jako řidič autobusu). Občas urazil zrcátko, poškodil nárazník apod. Poté nastaly komplikace v rodině. Jeho manželka o něj přestala mít zájem, nikdy nikomu v podstatě neřekla, co se stalo a co bylo příčinou změny jejího chování. Celá situace vyústila v roce 2010, kdy dcera (účastna rozhovoru), odjela na rok do USA. V té době se rodiče rozvedli. Dcera toto považuje za velmi důležitý mezník a za bod, který vedl k rychlému zhoršení otcova zdravotního stavu. Manželka se od něj nakonec odstěhovala. Pan D přestal téměř jíst, odhadem zhubnul za rok o cca 15 kg. Za nejsilnější a zároveň nejhorší zážitek dcera považuje událost z roku 2011 na Vánoce, kdy si klient vůbec neuvědomil, že jsou. Nedošlo mu to ani při rozbalování dárků, celé situaci prý nerozuměl. Začátkem roku 2012 se proto dcera rozhodla zajít s otcem k praktickému lékaři. Dcera vše organizuje sama z Prahy, otec žije v Náchodě, i proto je to složitější. Lékař jim nedoporučil nic, předepsal pouze léky. Informace o Alzheimerově chorobě jim neposkytnul, nesdělil jim ani případný seznam ústavních zařízení. Dcera si vše vyhledala sama. Hlavním impulsem pro hledání instituce, kam by svého otce umístila, byl fakt, že se jeho zdravotní stav v posledních měsících prudce zhoršil a žil doma sám. Hlavními kritérii při snaze nalézt vhodné ústavní zařízení byly místo, kde se instituce nachází, a specializace na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Dcera hledala instituce v Praze a okolí a na Náchodsku, kde otec žije. Oslovila dvě státní a jedno soukromé právě na Náchodsku, jelikož Praha nabízela služby, dle jejích slov, dvakrát dražší. Momentálně je otec již přes čtyři měsíce na akutní čekací listině v Domově se zvláštním režimem Černožice, který má kapacitu 64 seniorů s Alzheimerovou chorobou, nebo

s jiným typem demence. Na čekací listině je před panem D jeden klient. Měsíčně bude pobyt pro otce stát zhruba 9000 Kč. Dcera oceňuje přístup personálu z Černožic. Na konci roku 2012 navštívily sociální pracovnice otce u něj doma (za přítomnosti dcery) a po rozhovoru jej okamžitě zařadily na akutní čekací listinu.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Výrazné zhoršení klientova zdravotního stavu nastalo na přelomu let 2011/2012. Žil doma sám, nezvládal se o sebe postarat.
- Dcera proto začala shánět ústavní zařízení, hledala v Praze a okolí a na Náchodsku. Nakonec se rozhodla pro Náchodsko, jelikož jsou tam instituce cenově přijatelnější.
- Celkem v této lokalitě oslovila tři zařízení. Momentálně je otec přes čtyři měsíce na akutní čekací listině v Domově se zvláštním režimem Černožice. Je před ním jeden klient.

5.4 Komunikace s odborníky z jednotlivých zařízení

Alzheimercentrum Zlosyň.

Rozhovorem s metodikem sociální práce bylo zjištěno následující.

V současné době eviduje Alzheimercentrum Zlosyň zhruba na 100 žádostí o přijetí. Někteří z čekatelů si přejí pouze zařazení do pořadníku, ale umístění rodinného příslušníka zatím nepožadují. Čekací lhůty pro přijetí jsou v rozmezí 3 až 6 měsíců od podání závazné žádosti. Alzheimercentrum Zlosyň má v současné době plně obsazenou kapacitu, uvolněná místa jsou zaplněna prakticky ihned. Nejčastějším důvodem pro umístění klienta je situace v rodině, kdy se o nemocného příbuzní nemohou z nejrůznějších příčin starat. Péči nezvládají vzhledem ke svému pracovnímu vytížení, často mívají psychické potíže, jelikož péče o člověka s Alzheimerovou chorobou je náročná po všech stránkách. Rodiny se často ocitají v bezvýchodné situaci, kdy umístění příbuzného do ústavního zařízení představuje nejpříjemnější řešení pro ně všechny. Nejčastěji se rodina bojí, zda si u nich jejich blízký brzy zvykne, jak přijme svůj nový domov. Nejvíce klientů je v době přijetí ve třetím nebo čtvrtém stádiu Alzheimerovy choroby, ale přijímání jsou i nemocní v nižších stádiích. Až 90% klientů tvoří lidé s diagnózou Alzheimerova choroba. Další, často se vyskytující postižení, jsou demence vaskulárního typu, nebo demence s Lewyho tělísky. Nejmladší klient Alzheimercentra Zlosyň je šedesátiletý pán, naopak nejstarší zanedlouho oslaví jubilejních sto

let. Instituce se snaží o to, aby zde klienti mohli plnohodnotně a důstojně dožít. Pokud tomu nebrání nejrůznější okolnosti, jako například finanční stránka rodiny, nebo případné neshody příbuzných, klient zde žije a také umírá. Pokud nějaký nemocný potřebuje 24 hodinovou lékařskou péči, musí se situace řešit jiným způsobem (přemístění do nemocnice apod.). Dle slov metodika sociální práce však taková záležitost nastala pouze jednou, u pacienta v terminálním stádiu Alzheimerovy choroby s přidruženými dalšími potížemi, které vyžadovaly nepřetržitý odborný lékařský dohled. Personál se všem klientům snaží zajistit ty nejpříjemnější podmínky pro důstojný život. Klienti si samozřejmě občas stěžují, problémy bývají podle metodika sociální práce mírnějšího charakteru a řeší se okamžitě. Nemocné často popudí detaily, jako například málo sladký čaj, čmouha na okně nebo hlasitost televize svého spolubydlícího. Pokud si klient přeje, může podat oficiální stížnost, která se dostane k vedení Alzheimercentra Zlosyň. Měsíční pobyt stojí 17 400 Kč. Management společnosti se snaží získávat různé sponzory a dary pro klienty, které by vedly ke zpříjemnění jejich pobytu, dle slov metodika sociální práce je to ale velmi složité. Oslovené firmy na jejich žádost kolikrát vůbec neodpoví, nebo ji zamítnou se slovy, že již delší dobu podporují jiné zařízení. Někteří rodinní příslušníci se v této záležitosti občas sami angažují a přinášejí do Zlosyně, například hygienické potřeby, nebo oblečení. Veškerou pomoc vedení velmi vítá. Alzheimercentrum Zlosyň spolupracuje například s městským nebo krajským úřadem. Úřady často zajišťují různé kulturní akce. Co se týká aktivizačních činností, metodik sociální práce zdůrazňuje, že u nich žádný klient nic nemusí. Veškeré aktivity jsou dobrovolné, nikdo není nikdy do ničeho nucen. V dopoledních hodinách si mohou klienti vybrat z pěti až šesti různých nabídek (například čtení denního tisku, povídání si nad kávou v rámci řízené reminiscence, arteterapeutická dílna, deskové hry). Odpoledne instituce poté nabízí tři až čtyři aktivity (procházka, pohybové cvičení, společné luštění křížovek). Pro skladbu jednotlivých aktivit je výchozí biografická anamnéza jednotlivých klientů, která je s každým zpracována a postupně doplňována. Na jejím základě mohou pečovatelé každému zvlášť poskytnout tu nejlepší a nejcílenější péči. Například: pokud pečovatel ví, že paní X má ráda vůni kávy, bude při reminiscenční terapii předkládat dané klientce kávová zrna apod. Personál pořádá nejrůznější výlety – do divadel, muzeí, na výstavy, do solné jeskyně, jednou měsíčně navštěvují cukrárnu. Časté jsou návštěvy dětí z mateřských a základních škol, které mají připravený určitý program, pravidelně je navštěvuje harmonikář a také farář, pro duchovní potřeby klientů. V současné době se snaží o zprovoznění cukrárny přímo v instituci. Časté bývají i různé oslavy – masopust, karneval, zabíjačka, květinový den, zahradní slavnost apod. Vše je samozřejmě vždy přístupno rodinám či přátelům. Mezi další služby patří pedikúra, manikúra,

kadeřník, služby lékaře, možnost donášení nákupů. Jednou za 14 dní do zařízení dochází psychiatr. Když má klient narozeniny, rodina si často přeje uspořádat oslavu, s čímž personál rád pomůže – zajistí občerstvení, nápoje, případně hudbu apod. Návštěvy rodin jsou možné neomezeně. Metodik sociální práce říká, že někteří příbuzní dochází za svými blízkými denně, jiní téměř vůbec. Rodin, které si berou příbuzného domů například na víkend je poměrně málo. Podle slov metodika sociální práce to některým z nich personál ani nedoporučuje, jelikož zdravotní nebo psychický stav nemocného to zkrátka nedovoluje. Velmi často se personál potýkal s problémy, kdy byl klient při návratu do Zlosyně zmatený, nerozuměl celé situaci a myslel si, že se ho rodina chce zbavit. Z těchto důvodů jsou, u určitých nemocných, rodinám doporučovány především návštěvy spojené s procházkami nebo kratšími výlety do okolí. Metodik sociální práce spatřuje v problematice ústavní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v České republice aktuální problém, dle jeho slov postižených tímto závažným onemocněním rychle přibývá a ústavních zařízení je málo. Alzheimercentrum Zlosyň označuje za moderní instituci s individuálním přístupem ke každému klientovi. Dostatek kvalifikované personálu, který se neustále vzdělává, považuje za velké plus. Dle jeho slov mají nemocní zajištěný volný pohyb v instituci i na zahradě, říká, že klienty „nedrží pod zámek“ jako tomu občas jinde bývá. Mají zde určité omezovací prostředky, které mají za hlavní cíl bezpečnost klientů (vstupní číselný kód, bez jehož zadání se neotevrou hlavní vchodové dveře). Alzheimercentrum Zlosyň má propagaci na internetu, byla o nich natočena televizní reportáž.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Instituce má téměř neustále plně obsazenou kapacitu, čekací lhůty jsou v rozmezí 3 až 6 měsíců. Momentálně evidují na 100 žádostí o umístění.
- Klientů s diagnózou Alzheimerova choroba je zhruba 90%.
- Rodinní příslušníci se nejčastěji obávají, zda si v zařízení jejich příbuzný zvykne a přijme ho za svůj domov.
- Personál se snaží, aby zde klienti dožili.
- Metodik sociální práce rodinám často nedoporučuje, aby si svého blízkého brali domů. Je to především z důvodu následné zmatenosti klienta.
- Návštěvy jsou možné neomezeně.
- Měsíční pobyt klienta stojí 17 400 Kč.
- Zařízení nabízí širokou škálu zájmových aktivit, výletů apod.

Diakonie českobratrské církve evangelické - středisko v Krabčicích, Domov se zvláštním režimem.

Rozhovorem s vedoucím pečovatelského týmu Domova se zvláštním režimem bylo zjištěno následující.

Domov se zvláštním režimem v Krabčicích (dále jen Domov) v současné době eviduje na 400 žádostí o umístění, přičemž celková kapacita je 114 lůžek. Momentálně mají volné 1 místo. Čekací lhůty jsou zhruba 2 roky, což vedoucí pečovatelského týmu označuje za alarmující a upozorňuje na skutečnost, že lidé trpící Alzheimerovou chorobou, nebo jinou demencí, by měli být přijati do jakéhokoliv ústavního zařízení co možná nejdříve. Jak dále říká, finanční situace v České republice v této sociální oblasti tomu však stále brání. Nejčastější důvod pro umístění člověka do Domova je klientova snížená soběstačnost, kdy o sebe postižený nevládá dále pečovat. Důležitou roli zde hraje i faktor rodiny, která se o něj také nemůže v domácím prostředí starat. Vedoucí pečovatelského týmu říká, že rodinní příslušníci jsou celou situací často velmi frustrováni, cítí se méněcenní, převládají u nich pocity selhání, bojí se, jak bude jejich okolí reagovat na fakt, že svého příbuzného „odložili“ do ústavu. Personál Domova proto s každou rodinou pracuje, důležité je prý sdělit rodinám, že udělaly vše, co mohly, nic nezanedbaly a že nyní jsou tu pro jejich blízké oni. Jak říká vedoucí pečovatelského týmu, s každou rodinnou je v úzkém, de facto v každodenním kontaktu, což velmi pomáhá jak příbuzným, tak samotným klientům. Další častý důvod pro umístění je úmrtí partnera. Nejčastěji jsou přijímáni senioři ve třetím nebo čtvrtém stádiu nemoci. Klienti s diagnózou Alzheimerova choroba tvoří zhruba 20% obyvatel Domova. Dalšími častými onemocněními jsou smíšené demence, demence u Parkinsonovy choroby, ale také alkoholové demence. Nejmladšímu klientovi je šedesát pět let, nejstarší zanedlouho oslaví své devadesáté čtvrté narozeniny. Senioři v Domově důstojně dožívají. Personál je nepřemisťuje do jiných zařízení, nýbrž je doprovází. I pro rodiny je toto velmi důležité a jsou za to vděчны. Samozřejmostí je stálá duchovní péče, kterou často vyhledávají právě příbuzní. Vedoucí pečovatelského týmu říká, že vyškolený personál provádí všechny úkony spojené s touto problematikou tj. doprovázení klienta, práce s rodinou, následná péče o tělo a jeho příprava k pohřebnímu obřadu. Několikrát již proběhlo rozloučení se zemřelým přímo v jejich kapli. Pracovník Domova proto musí být psychicky odolný a chápat své zaměstnání jako službu, nikoliv jako povinnost. Nestává se často, aby si klienti na něco stěžovali. Pokud ano, hlavním tématem bývá strava, párkrát se také stalo, že klient nechtěl v zařízení žít, což neustále opakoval. Pracovníci však dokáží tyto problémy poměrně rychle vyřešit šetrným individuálním přístupem a promluvou. Měsíční pobyt pro klienta, který nemá nařízenou

diabetickou stravu, stojí 10 200 Kč (jednolůžkový pokoj). Dvoulůžkový pokoj vyjde měsíčně na 9 900 Kč, třílůžkový na 9 600 Kč. V případě diabetické stravy je měsíční cena za jednolůžkový pokoj 10 800 Kč, dvoulůžkový 10 500 Kč, třílůžkový 10 200 Kč. Domov úzce spolupracuje s Českou Alzheimerovskou společností, Ústeckým krajem a Farním sborem Českobratrské evangelické církve v Krabčicích. V současné době nemá žádné sponzory, snaží se je shánět, ale dle slov vedoucího pečovatelského týmu je to nesmírně obtížné. Častými podporovateli jsou tak rodiny, které například zakoupí mixér, hygienické potřeby, donesou materiály na arteterapii apod. V Domově pracuje jedna aktivizační terapeutka, která má na starosti volný čas seniorů. Klienti mají k dispozici prostorný ateliér, v němž vytváří různé předměty (malují, navlékají korále, pracují s látkami). Dochází sem deset až patnáct seniorů. Reminiscence není řízená, probíhá nahodile při různých situacích, například při odpolední kávě, procházce apod. Lidem se často promítají staré filmy, což s radostí vítají. Každé pondělí a čtvrtek se konají biblické hodiny, v neděli potom bohoslužba s katolickým farářem. Vedoucí pečovatelského týmu zdůrazňuje, že klienti mohou být jakéhokoliv vyznání. Z dalších kulturních akcí zmiňuje slavnosti babího léta, zabijačky, akce v čase adventu, návštěvy z mateřských a základních škol, výlety, procházky po okolí. Všech aktivit se mohou zúčastnit rodiny či přátelé. V pondělí a ve čtvrtek je v Domově přítomen obvodní lékař (má zde svou ordinaci včetně čekárny), v úterý přichází psychiatr, jednou měsíčně je klientům k dispozici kožní lékař. Dále mají senioři možnost využívat služeb kadeřníka, holiče, fyzioterapeuta (pokud chtějí masáž, hradí si ji sami). V těsné blízkosti zařízení se nachází obchod se smíšeným zbožím. Rodinám jsou poskytovány pravidelné konzultace (mohou je využívat i rodiny, které nemají příbuzného v instituci umístěného, nýbrž o něj pečují doma). Od prvního setkání s rodinou až do posledního je s nimi personál v každodenním kontaktu, což vedoucí pečovatelského týmu vyzdvihuje a považuje za velmi přínosné a nezbytné. Dříve pořádali setkání rodin. Na základě velmi malé účasti (pouze dvě až tři rodiny) od toho ustoupili. Mezi nejčastější obavy příbuzných patří pocit z vlastního selhání, že se o svého blízkého již nedokáží postarat, strach z postupu nemoci a otázky, jak si v Domově člověk zvykne, popřípadě co se stane, když si nezvykne. Občas mívají rodiny připomínky k vícelůžkovým pokojům a personálním změnám (v loňském roce propouštěli pečovatelky). Návštěvy z řad rodinných příslušníků jsou v Domově intenzivní, rodiny prý své příbuzné navštěvují opravdu pravidelně. Deset rodin si seniora bere například na víkendy domů. Na rozdíl od metodika sociální práce v Alzheimercentru Zlosyň to personál Domova vřele doporučuje všem rodinám. Nikdy se nesetkali s tím, aby byl klient po návratu zmatený. I toto vidí jako důsledek každodenní péče o celou rodinu ze strany managementu Domova. Na otázku, zda si

vedoucí pečovatelského týmu myslí, že je ústavní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v České republice dostačující, odpovídá rezolutním ne. Za hlavní problém považuje fakt, že spousta dementních jedinců žije v psychiatrických léčebnách, které podle ní těmto lidem neposkytují takovou péči, jakou potřebují. Další nedostatek spatřuje v nepříznivé finanční situaci v celé naší zemi, která odsouvá tuto problematiku do pozadí. Při otázce jaké výhody Domov má zmiňuje tradici, kvalitu personálu a věhlas u široké veřejnosti. Mezi nevýhody řadí stáří budovy (1870), způsob financování (církvní nezisková organizace) a dopravní dostupnost. Propagaci mají na internetu.

Shrnutí důležitých informací, které byly rozhovorem zjištěny.

- Instituce v současné době eviduje na 400 žádostí o umístění. Momentálně mají jedno volné místo, čekací lhůty jsou zhruba 2 roky.
- Klienti s diagnózou Alzheimerova choroba tvoří asi 20% všech obyvatel.
- Personál si zakládá na individuálním přístupu ke každému klientovi, udržuje neustálý kontakt s rodinou. To, aby si příbuzní brali nemocného občas domů, výrazně doporučuje.
- Cena za měsíční pobyt se odvíjí v závislosti na počtu lůžek na pokojích a charakteru stravy (diabetická, normální). Rozdíly jsou však minimální, v rámci sto korun.
- Klienti zde dožívají.
- Vedoucí pečovatelského týmu upozorňuje na nedostatek dobře fungujících ústavních zařízení pro tyto klienty. Problémem podle něj je, že spousta z nich žije v psychiatrických léčebnách.
- Personál poskytuje klientům nepřetržitou duchovní péči, přijat může být člověk jakéhokoliv vyznání.

Domov se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ v Nejdku.

E-mailovou komunikací s ředitelkou bylo zjištěno následující.

Domov se zvláštním režimem „MATYÁŠ“ (dále jen Domov) eviduje v současné době cca 50 žádostí o umístění. Čekací lhůty jsou někdy v řádu týdnů, jindy měsíců. Dle ředitelky nelze přesně stanovit konkrétní čekací dobu, jelikož klienti průběžně umírají. Volné lůžko je potom ihned obsazeno. Kapacita je tak neustále plná (105 lůžek). Nejčastěji jsou klienti přijímáni na základě sociálních důvodů, kdy o sebe nedokáží pečovat v domácím prostředí a jejich rodina se o ně starat také nemůže. Přijímání jsou dementní senioři od 60 let věku

zejména ve třetím a čtvrtém stádiu nemoci. Může být přijat i mladší člověk. Nejmladšímu klientovi je nyní padesát pět let, nejstaršímu devadesát sedm. Senioři s diagnózou Alzheimerova choroba převažují, procentuálně ředitelka nedokáže vyčíslit, jelikož to takto nastavené nemají. Žijí u nich klienti s různými typy demence. Nikdy od nich žádný z klientů neodešel do hospice, snaží se o maximální péči o člověka pro všech stránkách. Co se týká klasických hospitalizací ve zdravotnických zařízeních, ty bývají vcelku běžné. Pokud se u klienta objeví jakékoliv zdravotní komplikace, vyžadující nepřetržitý lékařský dohled, je nezbytné, aby byl předán do adekvátního zařízení. Člověk se po vyléčení vrací zpět do Domova, kde jako ostatní klienti dožívá. Při úmrtí osoby poskytuje vyškolený personál rodinám poradenství. Klientům je často obtížné vysvětlit, že když si do Domova, po domluvě se zaměstnanci, vezmou i svého domácího mazlíčka, musí se o něj také sami starat a hradit náklady za péči o něj. Do Domova si také senioři nemohou nosit své vlastní elektrospotřebiče, jako například rychlovarné konvice nebo elektrické dečky. To některým vadí. Televizor nebo rádio si přinést samozřejmě mohou (platí za něj klasický konsekciónářský poplatek). Náklady na ubytování za den jsou v případě jednolůžkového pokoje 190 Kč, cena dvojlůžkového a třílůžkového je pak 180 Kč/den. Normální, nebo dietní strava stojí 140 Kč/den, diabetická 150 Kč/den. Pokud tedy počítáme, že klient žije na dvojlůžkovém pokoji (kterých je v Domově nejvíce) a má normální nebo dietní stravu, měsíčně jej pobyt stojí 9 600 Kč. Domov spolupracuje například s Českou správou sociálního zabezpečení, zdravotnickými zařízeními, krajským úřadem. Klientům je poskytována široká škála zájmových aktivit, z nichž si mohou vybrat ty, které je zajímají. Ředitelka zdůrazňuje, že žádné nejsou povinné. Domov nabízí ergoterapeutickou dílnu, v níž se pracuje s papírem, maluje se, modeluje apod. Personál dále poskytuje možnost pet-terapie a v rámci odborně vedené canisterapie jsou klientům k dispozici speciálně vycvičení psi spolu s odbornými lektory. Je zde také vedena muzikoterapie a reminiscence, promítají se filmy, organizovány jsou výlety do okolí a každodenní kratší procházky. Do Domova často dochází děti z mateřských a základních škol, což klienti vítají jako příjemné zpestření. Ředitelka říká, že zájmové činnosti jsou pro klienty velmi důležité, upevňují jejich fyzické i psychické zdraví, senior si tak uvědomuje, že je pro společnost nějakým způsobem stále důležitý (například když vyrobí nějaký předmět, který se potom vystaví, či jej může dále použít). Jedenkrát týdně je přítomen praktický lékař, který má v Domově svou ordinaci, psychiatr přichází zhruba dvakrát měsíčně, po dohodě přijede i dentista a gynekolog. Klienti mohou využívat služeb pedikérky, manikérky, kadeřníka a také odborného fyzioterapeuta, který každého obyvatele zná a může se tak soustředit na jeho individuální potřeby. Přímo v Domově je ve všední dny k dispozici kantýna, kde si klienti

mohou nakoupit základní občerstvení a minimálně jednou měsíčně probíhá přímo v zařízení burza oblečení. Rodinám je poskytováno poradenství po celou dobu, kdy jejich blízký v Domově žije. Personál si zakládá na individuálním přístupu, vychází jim vstříc v jejich požadavcích. Rodiny zde mohou být a podílet se na všech aktivitách, které instituce nabízí. Nejčastěji se příbuzní obávají toho, jak se klient adaptuje na život v jiném prostředí, zda mu bude poskytnuta opravdu individuální a cílená péče. Často si také neví rady s jednotlivými symptomy Alzheimerovy choroby, nerozumí tomu, proč se jejich blízký chová tak nebo tak. Právě proto je zde personál, který je celoživotně vzděláván, na což klade vedení instituce velký důraz. Některé rodiny navštěvují příbuzného pravidelně (minimálně jednou týdně), některé téměř vůbec. Podle ředitelky hodně závisí na tom, kde rodiny žijí. Ty, které bydlí poblíž Domova, navštěvují seniora poměrně často. Personál vede knihu návštěv, kdy se příbuzní vždy při příchodu a odchodu zapíše. Co se týká braní klienta domů, bývá to ze strany rodin velmi sporadické. Vzhledem k cílové skupině (třetí až čtvrté stádium demence) to dle ředitelky není ani moc dobře realizovatelné (zde opět vidíme odlišný názor od vedoucího pečovatelského týmu z Diakonie v Krabčicích). Na otázku dostatku/nedostatku ústavní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v České republice ředitelka odpovídá, že nemá o takto celoplošné situaci přehled. Hlavní výhody spatřuje ve vysoce kvalifikovaném personálu a individuálním přístupu. Sociální pracovnice nového klienta vždy po Domově provede a je mu k dispozici po celou dobu jeho pobytu. Propagaci mají na internetu.

Shrnutí důležitých informací, které byly e-mailovou komunikací zjištěny.

- V současné době evidují cca 50 žádostí o přijetí. Čekací lhůty bývají někdy v řádu týdnů, jindy měsíců.
- Cena za pobyt klienta se stejně jako u předchozího zařízení odvíjí od počtu lůžek na pokoji a typu stravy.
- Mezi klienty převažují lidé s diagnózou Alzheimerova choroba.
- Klienti zde dožívají.
- Instituce nabízí řízenou canisterapii a muzikoterapii. Dále pak spoustu dalších aktivit.
- Klient si může do zařízení přinést svého domácího mazlíčka, o kterého se pak musí sám starat.
- Málo rodin si bere svého příbuzného domů, ředitelka tvrdí, že vzhledem k vysokému stádiu nemoci, jímž trpí většina klientů, to často ani není možné a nedoporučuje to.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

E-mailovou komunikací s vedoucím lékařem dvou geriatrických ženských oddělení, na kterých jsou hospitalizovány klientky s diagnózou Alzheimerova choroba, nebo jinou demencí, bylo zjištěno následující. (Pokud bychom do výzkumného šetření zahrnuli i mužská geriatrická oddělení, odpovědi budou, až na výjimky týkající se například nejmladšího a nejstaršího klienta, identické).

Vzhledem k tomu, že na geriatrická oddělení jsou přijímány klientky výhradně z jiných oddělení léčebny, nevidují žádné žádosti o umístění. Kapacita je téměř neustále plně obsazena, zřídka se stává, že mají volné místo (klientka náhle zemře a místo je poté rychle obsazeno). Nejčastějším důvodem pro umístění pacientky je potřeba dlouhodobější odborné léčby, kterou geriatrická oddělení poskytují. Klientky jsou přijímány v lehkém, středně těžkém a těžkém stádiu demence. Alzheimerova choroba se vyskytuje zhruba u poloviny hospitalizovaných, dále zastoupené jsou demence fronto-temporální, smíšené a často také alkoholické. Nejmladší klientce s diagnózou Alzheimerova choroba je šedesát pět let, nejstarší osmdesát šest let. Je běžné, že pacientky z Psychiatrické léčebny Kosmonosy (dále jen PL Kosmonosy) odcházejí do léčeben dlouhodobě nemocných, nebo do hospiců. Nejčastějšími problémy, které u klientek personál eviduje, jsou problémy zdravotní – rychlý postup choroby, náhlé zhoršení zdravotního stavu, změny v psychice apod. Řešením bývá medikace. Platby za pobyt vyplývají z platné legislativy, tj. 100 Kč za den při hospitalizaci v ústavní péči. Sponzorů mají dle slov vedoucího lékaře minimálně. PL Kosmonosy spolupracuje především s řadou dalších zdravotnických zařízení v okolí a dále s institucemi FOKUS (sdružení pro péči o duševně nemocné). Co se týká aktivizace, v PL Kosmonosy využívají především skupinové aktivity – kognitivní trénink, hipoterapie, relaxační trénink. Typy činností jsou vybírány lékařem a psychologem podle zdravotního stavu jednotlivce. Jsou běžnou součástí léčby, a jak vedoucí lékař říká „v tomto smyslu jsou tedy povinné“. Pacientky mají možnost pedikúry, kadeřnice, občerstvení, samozřejmostí je celodenní přítomnost lékaře. Rodinní příslušníci si nejčastěji žádají informace týkající se nemoci samotné, dále je zajímá možnost léčby a aktuální průběh jak nemoci tak terapie. S tímto jsou také spojeny nejčastější obavy rodin – nejvíce se obávají vývoje choroby, jakým způsobem to jejich blízký zvládá a jak bude samotná nemoc pokračovat. V tomto směru jsou rodinám k dispozici konzultace z řad odborných pracovníků PL Kosmonosy. Návštěvy příbuzných jsou u každé pacientky jiné. Někteří je navštěvují jedenkrát až dvakrát týdně, jiní jednou měsíčně, někteří vůbec. Stejně je to i s bráním si příbuzné domů, například na víkend. Vedoucí lékař tvrdí, že se vše odvíjí od typu onemocnění a jeho závažnosti a stejně tak i od

možnosti rodiny. Aktuální číslo nedokáže sdělit. Vedoucí lékař se dále domnívá, že ústavní péče o pacienty s Alzheimerovu chorobou, nebo jinou demencí, není v České republice dostačující. Výhody PL Kosmonosy spatřuje ve vysoké koncentraci odborníků a v efektivní spolupráci s jinými zdravotnickými zařízeními. Za hlavní nevýhodu označuje ekonomickou situaci, která v naší zemi již několik let převládá a která brání dokonalejší péči o nemocné (nedostatek personálu, vícelůžkové pokoje v jednotlivých institucích, velmi špatné finanční podmínky lékařů a pečovatelů). Propagaci mají na internetu.

Shrnutí důležitých informací, které byly e-mailovou komunikací zjištěny.

- Instituce neviduje žádnou žádost o umístění, přijímány jsou klientky výhradně z jiných oddělení léčebny.
- Kapacita je téměř neustále obsazena.
- Zhruba polovina hospitalizovaných je postižena Alzheimerovou chorobou.
- Klientky často odchází do hospiců. (Rozdíl oproti všem třem předchozím institucím).
- Cena za pobyt je odvozena od platné legislativy.
- Aktivizační techniky jsou jednotlivým klientkám vybírány ošetřujícím lékařem a můžeme je označit za povinné.
- Vedoucí lékař upozorňuje na nepříznivou finanční situaci, která v České republice v souvislosti s touto problematikou převládá.

5. 5 Závěry výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na analýzu podmínek života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří jsou umístěni v některém z typů ústavních zařízení. Při komunikaci s odborníky z jednotlivých institucí jsem se soustředila především na otázky týkající se kapacity, čekacích lhůt, důvodů pro umístění, financí a také na informace týkající se rozsahu nabízených aktivit a spolupráce s rodinou. U konkrétních kazuistických studií jsem si všímala hlavně okolností, jež charakterizovaly začátek průběhu nemoci, jak se k nim rodinní příslušníci stavěli, jakým způsobem vybírali příslušnou instituci, které problémy nejčastěji zaznamenali a jak je řešili a také na současný stav – zda jsou v kontaktu s příslušným zařízením, jak často příbuzného navštěvují apod.

5.5.1 Závěry šetření z pohledu rodin - shrnutí nejdůležitějších poznatků.

- U všech sledovaných klientů se první příznaky Alzheimerovy choroby objevily v pozdějším věku nezávisle na jejich vzdělání. U tří klientů se Alzheimerova choroba,

či jiná demence vyskytla i u jejich přímého příbuzného. Všechny nemocné na začátku provázely stejné symptomy – zapomínání, zmatenost, nepoznávání blízkých, apraxie. U klientky B rodina pozorovala problémy dlouhých 15 let.

- Všichni příbuzní se shodují, že hlavním impulsem ke hledání ústavního zařízení byl především fakt, že postižený žil doma sám, nevládal se o sebe postarat a jeho zdraví tak bylo ohroženo. Dvě klientky vykazovaly před umístěním do instituce známky agresivity, jedna měla problémy s alkoholem. Ve třech případech rodina nejdříve navštívila praktického lékaře. Rodina klientky B to nestihla, nemocná byla přijata jako akutní pacient i bez předchozího vyšetření.
- Soukromé zařízení přijalo sledované do tří měsíců od podání žádosti, psychiatrická léčebna hospitalizovala pacientku ihned (klientka B, akutní případ), klient D přes čtyři měsíce čeká na umístění do státního domova se zvláštním režimem.
- Klientky A a C pocházejí z bohatších rodin, během svého života často cestovaly a žily v zahraničí. Ani jedna z nich si dle slov příbuzných svou nemoc příliš nepřipouští a odmítá přijmout fakt, že jednou bude mít stejné problémy jako ostatní, se kterými žije, například že bude inkontinentní. Obě zmiňované žijí v soukromé instituci. Klientka C se odmítá účastnit veškerých aktivit, které zařízení nabízí s tím, že je to pod její úroveň.
- Pouze dcera klientky A si ji bere pravidelně domů. Rodina klientky C to nedělá z důvodu, že se nemocná při odvozu zpět do zařízení chovala zmateně, jakoby tam jela poprvé. U klientky B to dle slov rodiny nedovoluje její zdravotní stav. Všichni příbuzní svého blízkého pravidelně navštěvují. Všichni jsou také ve stálém kontaktu s příslušným zařízením, často telefonují sociální pracovníci nebo lékaři a zajímají se o průběh nemoci a aktuální zdravotní stav příbuzného.
- Za zajímavé považuji to, že dle slov příbuzných klientek A a C (obě žijí v soukromém zařízení) neposkytuje instituce rodinným příslušníkům dostatek prostoru pro jejich názor. Pokud se jim něco nelíbí či s něčím nesouhlasí, musí to důrazně sdělit někomu z personálu.
- Další důležitý bod, který mohu označit za nedostatek v této problematice, je absence možnosti odborné celodenní péče o dementní pacienty v domácím prostředí. Vnučka klientky C se snažila sehnat pečovatelku, která by žila v domě spolu s ní a byla jí tak stále nablízku. Nepodařilo se jí to.
- Při hledání ústavního zařízení byly pro rodiny hlavními kritérii místo, profesionální péče o takto postižené jedince a také finanční stránka.

- Sledovaní klienti jsou momentálně bez jakýkoliv zájmů a koníčků.
- Dcera klientky A se v současné době snaží pro svoji matku sehnat ústavní zařízení v Praze. Zatím volala pouze do jedné instituce, když však sdělila, že její matka je nyní umístěna, sociální pracovnice ji rezolutně odmítla.

5.5.2 Závěry šetření z pohledu odborníků z jednotlivých institucí - shrnutí nejdůležitějších poznatků.

- Zaznamenala jsem široké rozpětí čekacích lhůt. Od několika týdnů až po několik let. Odborníci to vysvětlují tím, že místo se uvolní smrtí klienta, což samozřejmě nelze predikovat dopředu. Nejdelší dobu udává církevní instituce (2 roky), která taktéž uvádí nejvíce žádostí o umístění (400). U ostatních zařízení se počet žádostí pohybuje od 50 do 100. Psychiatrická léčebna je bez žádostí o umístění, jelikož přijímá pacienty ze svých jiných oddělení. Volná místa se u všech zaplní prakticky ihned.
- Mimo psychiatrickou léčebnu nabízejí ostatní instituce maximálně třílůžkové pokoje, většina je dvoulůžkových.
- Ve všech oslovených institucích, kromě psychiatrické léčebny, klienti dožívají. Zařízení si na tomto faktu zakládají a odborníci se shodují, že případů, kdy pacient odchází například do hospice, je velmi málo (zhruba jeden za dva roky). Naopak u psychiatrické léčebny je tento postup běžný.
- Hlavním důvodem pro umístění člověka bývá to, že o něj rodina nemůže z nejrůznějších důvodů pečovat v domácím prostředí. Příbuzní jsou celou situací velmi často frustrováni, bojí se, zda si jejich blízký zvykne na život mimo domov, jak se na nové prostředí adaptuje. S tím souhlasí všichni oslovení. Poradenství rodinám poskytují všechny instituce. Nejintenzivnější péči o rodinné příslušníky spatřuji u církevního zařízení, které se s nimi snaží být v téměř každodenním kontaktu.
- Psychiatrická léčebna přijímá klienty od prvního stádia Alzheimerovy choroby, ostatní zařízení většinou od stádia třetího.
- Žádná z organizací neuvádí jako hlavní problém, který u klientů evidují, například agresivitu, jež dokládají kazuistické studie. Všechny souhlasně tvrdí, že se většinou jedná o drobná nedorozumění, kterým lze přecházet. Psychiatrická léčebna za nejčastější komplikaci považuje zhoršení zdravotního stavu pacienta.
- Odborníci se shodují také na tom, že sehnat v dnešní době sponzory je velmi obtížné. Dary dostávají především od rodinných příslušníků. Co se týká návštěv z řad rodinných příslušníků, taktéž oslovení odpovídají prakticky stejně.

- Některé rodiny navštěvují blízkého pravidelně, jiné vůbec. Zajímavý bod spatřuji v názoru odborníků, zda je dobré, aby si rodiny braly příbuzného například na víkend domů. Až na vedoucího pečovatelského týmu z církevní instituce, to ostatní příliš nedoporučují. Argumentují tím, že klient bývá po návratu do organizace zmatený (což dokládá případ paní C). Dalším důvodem je pak často špatný zdravotní stav jedince. Na druhé straně, již zmiňovaný vedoucí pečovatelského týmu z církevního zařízení, rodinám vřele doporučuje, aby si příbuzného občas domů vzaly. Dle jeho slov se jim nikdy nestalo, aby byl člověk po návratu zpět zmatený. Přisuzuje to cílenému individuálnímu přístupu a péči, kterou všem příbuzným intenzivně poskytují.
- Všechna zařízení nabízejí širokou škálu zájmových činností a aktivizačních technik. Kromě psychiatrické léčebny organizují ostatní různé výlety, či každoroční akce jako masopust nebo zabíjačku. Vedoucí lékař z psychiatrické léčebny vidí v aktivizaci především zdravotní efekt pro klienty, a proto také říká, že z tohoto důvodu je u nich aktivizace povinná. U každého pacienta je potom zvolen takový postup, který mu dokáže nejlépe pomoci (kognitivní trénink, relaxační techniky). Zbylé organizace pak na otázku, zda jsou u nich některé činnosti povinné, odpovídají jednohlasným ne.
- Oslovení odborníci se shodují, že finanční situace v České republice je z hlediska dané problematiky velmi špatná a ústavní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou, či s jiným typem demence, nedostatečná.

5.5.3 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotéza č. 1: Klienti jsou do jednotlivých institucí umíst'ováni více z důvodů sociálních než zdravotních.

Z rozhovorů s rodinnými příslušníky a stejně tak z komunikace s odborníky z jednotlivých zařízení jsem zjistila, že nejčastější důvod pro umístění člověka do ústavní instituce je fakt, kdy se o něj rodina nedokáže z nejrůznějších důvodů postarat

Hypotéza č. 1 se potvrdila

Hypotéza č. 2: Instituce se snaží, aby v nich klienti důstojně dožili, a většinou je nepřemíst'ují do dalších zařízení.

Pouze z psychiatrické léčebny klienti běžně odcházejí například do hospiců. Ostatní instituce se snaží, aby v nich jejich klienti dožili, a odchodů jinam mají velmi málo.

Hypotéza č. 2 se z větší části potvrdila.

Hypotéza č. 3: Rodinní příslušníci si svého nemocného příbuzného neberou většinou příliš často domů, jelikož se obávají, že by se museli potýkat s problémy, jako jsou agresivita, inkontinence nemocného apod.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina rodin si svého příbuzného domů nebere, jelikož to nedovoluje jeho zdravotní stav, nebo to přímo instituce nedoporučují, kvůli případné zmatenosti klienta při návratu zpět do organizace.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Závěr

Diplomová práce, rozdělená do pěti kapitol, se věnuje problematice seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, charakterizuje základní typy demencí, popisuje systém ústavní péče a možnosti nefarmakologické léčby. Mimo rešerše statistických údajů obsahuje také informace z dosud nepublikovaného dokumentu „Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice“. Ten byl pro potřeby práce poskytnut JUDr. Štefanem Čulíkem z MPSV e-mailem. Toto považuji za zajímavý bod mé práce.

Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat podmínky života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v určitém typu ústavního zařízení na území České republiky. Dále jsem se také zaměřila na pohled rodin a odborníků, kteří jsou v této problematice zainteresováni. Na základě rozhovorů s rodinnými příslušníky jsem zpracovala celkem čtyři kazuistické studie. Ty zahrnují nejčastější problémy, které museli příbuzní řešit, zaměřují se na otázky týkající se začátku průběhu onemocnění, ptala jsem se, jakým způsobem vybírali příslušnou instituci, zda si blízkého berou domů apod. U každé kazuistické studie byla zároveň vypracována osobní rodinná a sociální anamnéza jednotlivého sledovaného klienta. S žádostí o rozhovor byli dále osloveni celkem čtyři odborníci z různých institucí – ze státního domova se zvláštním režimem, z církevního zařízení, z psychiatrické léčebny a ze soukromé instituce. Na základě získaných informací jsem porovnávala systém péče v daných institucích. Pracovník státního domova se zvláštním režimem a odborník z psychiatrické léčebny s rozhovorem nesouhlasili. Komunikace s nimi tak probíhala prostřednictvím e-mailu. Toto považuji za hlavní překážku mého výzkumného šetření. Odborníci odpovídali na otázky týkající se kapacity zařízení, v němž pracují, čekacích lhůt a také na to, jakým způsobem komunikují s rodinami, kolik příbuzných si nemocného bere domů, zda to oni sami doporučují apod. Poslední zmiňovaný bod považuji za zajímavý, jelikož pouze pracovník z církevního zařízení doporučuje rodinám, aby si příbuzného pravidelně domů braly. Ostatní toto nedoporučují. Jako argument uvádějí fakt, že je klient po návratu zpět zmatený. I toto tvrzení pracovník církevního zařízení vyvrací.

Domnívám se, že se mi alespoň částečně podařilo splnit stanovené cíle. Porovnávala jsem služby ve čtyřech základních typech ústavních zařízení, zpracovala informace od rodinných příslušníků a získala praktický pohled na danou problematiku. Námětem pro další šetření by mohlo být zmapování situace v určitých krajích případně srovnání se zahraničím.

Seznam literatury

- GALAJDOVÁ, Lenka a Jitka SUCHÁ. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. 1. vyd. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. Praha: Grada, 1999, 160 s., čb. obr. ISBN 80-716-9789-3.
- GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4733-791.
- HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. Vyd. 1. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. V Praze: Triton, 2005, 108 s. ISBN 80-725-4564-7.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. 5/2004. Česká republika: Pfizer spol. s.r.o., 2004.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-807-3675-813.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
- KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007, 503 s. ISBN 978-807-3572-761.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 100 s. ISBN 80-210-3323-1.

- MÜHLPACHR, Pavel. *Speciální pedagogika v interdisciplinárních a multidisciplinárních souvislostech*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 160 s. ISBN 978-802-1047-624.
- NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006, 159 s. Albatros Plus, 59. ISBN 80-000-1809-8.
- PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298 s. ISBN 08-044-81.
- PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-726-2363-X.
- R. CALLONE, Patricia, Connie KUDLACEK, Barbara C. VASILOFF, Janaan MANTERNACH a Roger A. BRUMBACK. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4723-204.
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Překlad Daniela Šimková. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-802-6200-109.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.
- RŮŽIČKA, Evžen a Jitka SUCHÁ. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8274-2.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-802-4741-079.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. Praha: Portál, 2002, 167 s. ISBN 80-717-8616-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-807-2627-110.
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-717-8920-8.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika, sociální služby a sociální práce* In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje

- Alzheimercentrum. [online]. [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>
- Alzheimerova choroba v primární péči. MEDICAL TRIBUNE CZ [online]. 2010, č. 30 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20521-alzheimerovachoro>
- BATSCH, Nicole L. a Mary S. MITTELMAN. World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia. Alzheimer's Disease International [online]. 2012 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
- BUREŠOVÁ, Anna, Lucie ŘEZÁČOVÁ a Zuzana STEHLÍKOVÁ. Sociálně zdravotní péče o seniory.[online].2009[cit.2013-03-10].Dostupné z: http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=166&format=raw&lang=cs
- CARDOVÁ, Zuzana a REIGLOVÁ. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. [online]. 2009 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://fse1.ujep.cz/download.php?idx=5980>
- ČR chystá svůj první Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc. Česká tisková kancelář [online]. 2012 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/cr-chysta-svuj-prvni-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc/849889>
- DANIEL, David. Alzheimerova choroba: Chybí osvěta i podpora výzkumu. Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN [online]. 2013, č. 1, 14.1.2013 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/alzheimerova-choroba-chybi-osveta-i-podpora-vyzkumu-468526>

- Dementia A Public Health Priority [online]. Geneva: World Health Organization, 2012 [cit. 2013-01-30]. ISBN 978-924-1564-458. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
- Domov důchodců Černožice: Domov se zvláštním režimem. [online]. [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <http://www.doduce.cz/index.php?nid=1904&lid=cs&oid=3049413>
- Domov se zvláštním režimem "Matyáš" v Nejdku. [online]. [cit. 2013-05-12]. Dostupné z: <http://ddnejdek.cz/page.aspx?id=uvod>
- E-mailová korespondence s PhDr. Evou Jarolímovou [online], 14. 1. 2013.
- LACINOVÁ, Jiřina. Nefarmakologické přístupy v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí - zooterapie. www.kognice.cz [online]. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/Lacinova.pdf>
- MPSV. Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Praha, 2012. Dosud nepublikováno, text zaslán na vyžádání JUDr. Štefanem Čulíkem e-mailem [online], 23. 1. 2013.
- NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2011. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2012, 66/12 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-lecene-pro-demence-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2007-2011>
- Počet Čechů s alzheimerem neustále roste. Česká televize [online]. 2012 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/199091-pocet-cechu-s-alzheimerem-neustale-roste/>
- Psychiatrická léčebna Kosmonosy. [online]. [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <http://www.plkosmonosy.cz/index1.html>
- USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 10. října 2012 č. 741: o Návrhu koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. In: 2012 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/DF733A1CF195E617C1257A9F0024B641/\\$FILE/741%20uv121010.0741.pdf](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/DF733A1CF195E617C1257A9F0024B641/$FILE/741%20uv121010.0741.pdf)
- Středisko Diakonie v Krabčicích - DIAKONIE ČCE. [online]. [cit. 2013-05-12]. Dostupné z: <http://krabcice.diakonie.cz/stredisko-diakonie-krabcice/>
- Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2010 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf

- WIMO, Anders, Linus JÖNSSON a Anders GUSTAVSSON. Regional/National cost of illness estimates: Cost of dementia. Alzheimer Europe [online]. 2009 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: [http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia/Regional-National-cost-of-illness-estimates/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia/Regional-National-cost-of-illness-estimates/(language)/eng-GB)
- WIMO a PRINCE. World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International [online]. 2010 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 2006 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Resumé

Problematika institucionální péče o seniory s Alzheimerovou chorobou

The issue of institutional care for the elderly with Alzheimer's disease

Autor: Bc. Monika Jírová

Diplomová práce je zaměřena na problematiku institucionální péče o seniory s Alzheimerovou chorobou. Uvádí přehled základních typů demencí, nabízí aktuální statistické informace jak z celosvětového pohledu, tak z pohledu v rámci České republiky, přibližuje systém sociální péče o dementní pacienty a charakterizuje vybrané metody aktivizace a možnosti nefarmakologické léčby. Výzkumné šetření je zaměřeno na zmapování podmínek života seniorů trpících Alzheimerovou chorobou, kteří jsou umístěni v některém z typů ústavních zařízení v České republice. Cílem práce bylo analyzovat životní podmínky těchto seniorů a přinést ucelený pohled na danou problematiku od rodinných příslušníků a odborníků pracujících v daných institucích.

Summary

This thesis is focused on the issue institutional care for the elderly with Alzheimer's disease. The thesis provides an overview of the basic types of dementia, provides current statistical information from the global perspective and from the perspective of the Czech Republic, describes the system of social care for dementia patients and describes some methods of activation and non-pharmacological treatment options. The research is focused on chart the conditions of life of seniors with Alzheimer's disease live in one of the types of institutions in the Czech Republic. The aim of the study was to analyze the living conditions of these seniors and to provide a global view on the issue of family members and professionals working in these institutions.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Počet osob s demencí, celosvětový výskyt	19
Tabulka č. 2: Náklady na jednoho pacienta s demencí v roce 2008	20
Tabulka č. 3: Počet ambulantních pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba v roce 2011	22
Tabulka č. 4: Počet hospitalizovaných pacientů v rámci lůžkové péče s diagnózou Alzheimerova choroba	.23

Seznam příloh

Příloha č. 1: Osnova rozhovoru s rodinným příslušníkem	79
Příloha č. 2: Osnova rozhovoru s rodinným příslušníkem, jehož příbuzný čeká na umístění do příslušné instituce (klient D)	80
Příloha č. 3: Osnova rozhovoru s odborníkem	81
Příloha č. 4: Přehled jednotlivých institucionálních zařízení pro osoby s demencí	82
Příloha č. 5: Klinický obraz Alzheimerovy choroby	85
Příloha č. 6: Test MMSE	86
Příloha č. 7: Přísloví, pranostiky, rčení, citáty	89
Příloha č. 8: Antonyma	90
Příloha č. 9: Hlavní města	91

Přílohy

Příloha č. 1: Osnova rozhovoru s rodinným příslušníkem

1. Kdy jste začali pozorovat zhoršení situace u příbuzného – co přesně se dělo, jak jste s příbuzným komunikovali, jaké nejzávažnější komplikace jste pozorovali (útoky, dezorientace, alkoholismus, agresivita, změny v sexuálním chování apod.)?
2. Žil v té době Váš příbuzný sám, nebo s další osobou?
3. Kde jste začali zjišťovat informace o možné diagnóze, navštívili jste praktického lékaře, co Vám bylo sděleno a doporučeno?
4. Co bylo impulsem pro hledání ústavního zařízení pro rodinného příslušníka?
5. Jak jste zařízení hledali – byla Vám některá doporučena od lékaře, co pro Vás bylo rozhodujícím aspektem pro vybrání daného zařízení, jaké jste měli pocity, když jste dostali vyrozumění o přijetí?
6. Jak jste příbuznému sdělili, že bude žít jinde než „doma“? Jaká byla jeho reakce?
7. Jak se příbuzný adaptoval na nové prostředí, byly nějaké závažné komplikace či přetrvávající problémy?
8. Podílíte se nějakým způsobem na spolupráci se zařízením?
9. Jak často navštěvujete rodinného příslušníka?
10. Berete si rodinného příslušníka domů? Pokud ne – proč, pokud ano – jaké nejčastější obavy máte, když jej máte doma (inkontinence, alkoholismus)?
11. Mluvíte s příbuzným o jeho pocitech, jak se v zařízení cítí?
12. Využíváte i neverbální komunikace (dotek, pohlazení – jak příbuzný reaguje)?
13. Jaký je Váš názor na zařízení, ve kterém Váš příbuzný žije? Máte nějaká doporučení, připomínky?

Příloha č. 2: Osnova rozhovoru s rodinným příslušníkem, jehož příbuzný čeká na umístění do příslušné instituce (klient D)

1. Kdy jste začali pozorovat zhoršení situace u příbuzného – co přesně se dělo, jak jste s příbuzným komunikovali, jaké nejzávažnější komplikace jste pozorovali (útěky, dezorientace, alkoholismus, agresivita, změny v sexuálním chování apod.)?
2. Žil v té době Váš příbuzný sám, nebo s další osobou?
3. Kde jste začali zjišťovat informace o možné diagnóze, navštívili jste praktického lékaře, co Vám bylo sděleno a doporučeno?
4. Co bylo impulsem pro hledání ústavního zařízení pro rodinného příslušníka?
5. Rychlý postup nemoci v posledních 2 letech a fakt, že žije úplně sám.
6. Jakým způsobem jste začali hledat ústavní zařízení, bylo Vám něco od někoho doporučeno?
7. Kolik zařízení jste oslovili? Byla to zařízení státní nebo soukromá?
8. Jak dlouho se již snažíte o umístění příbuzného?
9. Je v současné době v dohledu nějaké řešení – máte od nějakého zařízení konkrétní nabídku k umístění příbuzného?
10. Víte, kolik bude pobyt v zařízení stát? Pokud ano, můžete uvést částku?
11. Co považujete za největší problém (nedostatek) při snaze umístit příbuzného do zařízení? Objevily se nějaké komplikace/jaké?

Příloha č. 3: Osnova rozhovoru s odborníkem

1. Kolik žadatelů (čekatelů) v současné době evidujete?
2. Jaké jsou čekací lhůty?
3. Máte v současné době plně obsazenou kapacitu?
4. Jaké jsou nejčastější důvody pro umístění klienta?
5. V jakém stádiu demence jsou klienti nejčastěji přijímáni?
6. Kolik procent tvoří klienti s diagnózou Alzheimerova choroba, máte nějaké klienty s diagnózou jiné demence (jaké)?
7. Kolik let je nejmladšímu a kolik nejstaršímu klientovi s diagnózou Alzheimerova choroba?
8. Odcházejí od Vás klienti do jiných zařízení (LDN, hospic), nebo zde dožívají?
9. Nejčastější problémy, které u klientů evidujete a jak je řešíte?
10. Finanční stránka – kolik platí rodina, máte nějaké sponzory?
11. S jakými institucemi spolupracujete?
12. Jaké jsou formy práce s klienty – formy aktivizace, kulturní akce? Můžete říci, kolik klientů se aktivizačních programů účastní? Máte programy aktivizace, které jsou „povinné“ pro všechny klienty, nebo máte programy, ze kterých si mohou klienti vybrat takové, které je zajímají a kterých se chtějí zúčastnit?
13. Které jiné služby jsou klientům poskytovány (lékař, pedikúra, možnost občerstvení...)?
14. Jaké služby poskytujete rodinám?
15. Jaké nejčastější obavy, dotazy a připomínky mají rodinní příslušníci?
16. Jak často navštěvují rodinní příslušníci příbuzné?
17. Kolik rodin (a jak často) si bere svého příbuzného domů?
18. Myslíte si, že je ústavní péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v ČR dostačující?
19. V čem spatřujete výhody a nevýhody Vašeho zařízení?
20. Máte propagaci např. na internetu?

Příloha č. 4: Přehled jednotlivých institucionálních zařízení pro osoby s demencí

Jihočeský kraj

Alzheimercentrum Loucký Mlýn, Vodňany, kapacita 64 míst.

www.alzheimercentrum.cz

Alzheimercentrum Písek, Písek, kapacita 67 míst.

www.alzheimercentrum.cz

Domov se zvláštním režimem Rakovice, Rakovice, kapacita 60 míst.

www.domovrakovice.cz

Psychiatrická léčebna Lnáře u Blatné, Lnáře u Blatné, kapacita 70 míst.

www.pllnare.wz.cz

Jihomoravský kraj

Centrum služeb pro seniory Kyjov p.o., Kyjov, kapacita 30 míst.

www.centrumproseniorykyjov.cz

Domov pro seniory Věstonická p.o., Brno, kapacita 200 míst.

www.ves.brno.cz

Psychiatrická léčebna, Brno, kapacita 35 míst.

www.plbrno.cz

Karlovarský kraj

Sanatorium Saint Martel a.s. – Domov se zvláštním režimem, Karlovy Vary, kapacita 20 míst.

www.saintmarttel.cz

Domov pro seniory Vila Maria, Dolní Rychnov, kapacita 41 míst.

www.dop-hc.cz

Královehradecký kraj

Domov diakonie ČCE – Vážka, Dvůr Králové nad Labem, kapacita 10 míst.

<http://dvur-kralove.diakonie.cz>

Liberecký kraj

Domov pro seniory Jindřichovice pod Smrkem p.o., Jindřichovice pod Smrkem, kapacita 67 míst.

www.ddjindrichovice.cz

Domov pro seniory Jablonecké Paseky, Jablonec nad Nisou, kapacita 16 míst.

www.dd-jablonec.cz

Moravskoslezský kraj

Domov pro seniory Korýtko, Ostrava, kapacita 34 míst.

www.domovkorytko.cz

Domov pro seniory Vítkov, Vítkov, kapacita 106 míst.

<http://mujweb.cz/www/vitkov-domov/>

Olomoucký kraj

Domov pro seniory Radkova Lhota, Dřevohostice, kapacita 129 míst.

www.domovrl.cz

Psychiatrická léčebna Šternberk, Šternberk.

www.plsbk.cz

Pardubický kraj

Domov pro seniory Sloupnice, Sloupnice, kapacita 107 míst.

www.ddsloupnice.unas.cz

Geriatrické centrum Krajské nemocnice Pardubice, Pardubice, kapacita 70 míst.

www.nem.pce.cz/NemPce_info_klient.htm#geriatrie

Plzeňský kraj

Domov se zvláštním režimem sv. Aloise, Plzeň, kapacita 36 míst.

www.mchp.cz

Psychiatrická léčebna Dobřany, Dobřany.

www.pld.cz

Praha

Domov pro seniory Kobylisy, Praha, kapacita 221 míst.

www.ddkobylysy.cz

Gerontologické centrum, Praha, kapacita 31 míst.

www.gerontocentrum.cz

Domov pro seniory Zahradní Město, Praha, kapacita 146 míst.

www.ddp10.com

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha.

www.plbohnice.cz

Středočeský kraj

Domov „Na Terasách Rataje, Rataje nad Sázavou, kapacita 22 míst.

www.domovrataje.cz

Seniorpark, o.s., Pečice, kapacita 31 míst.

www.seniorpark-os.cz

Centrum seniorů Mělník, Mělník, kapacita 233 míst.

www.ssmm.cz

Ústecký kraj

Domov pro seniory Velké Březno, p.o., Velké Březno, kapacita 46 míst.

www.domov-brezno.cz

Domov zvláštní péče při stacionáři Naděje 2000, Chomutov, kapacita 45 míst.

www.stacionar.wz.cz

Domov pokojného stáří sv. Ludmily, Ústí nad Labem, kapacita 36 míst.

www.charitausti.cz

Vysočina

Diakonice ČCE – středisko v Myslibořicích, Myslibořice, kapacita 12 míst.

www.domovmysliborice.cz

Domov pro seniory Havlíčkův Brod, Havlíčkův Brod, kapacita 68 míst.

www.ddhb.cz

Domov pro seniory Ždírec p.o., Polná, kapacita 113 míst.

www.domovzdirec.cz

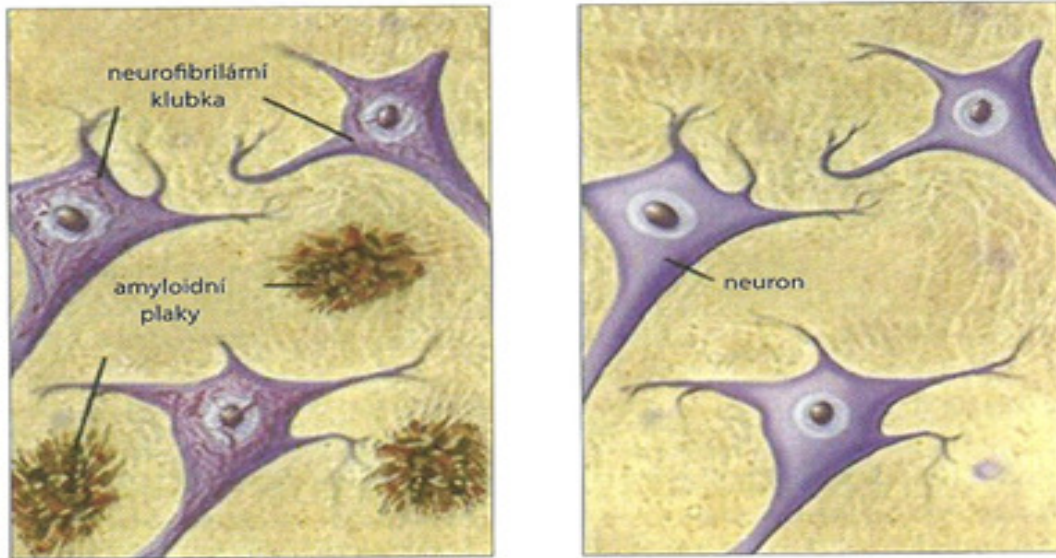
Psychiatrická léčebna Jihlava, Jihlava

www.plj.cz

Zlínský kraj

Domov pro seniory Lukov, Lukov, kapacita 217 míst.

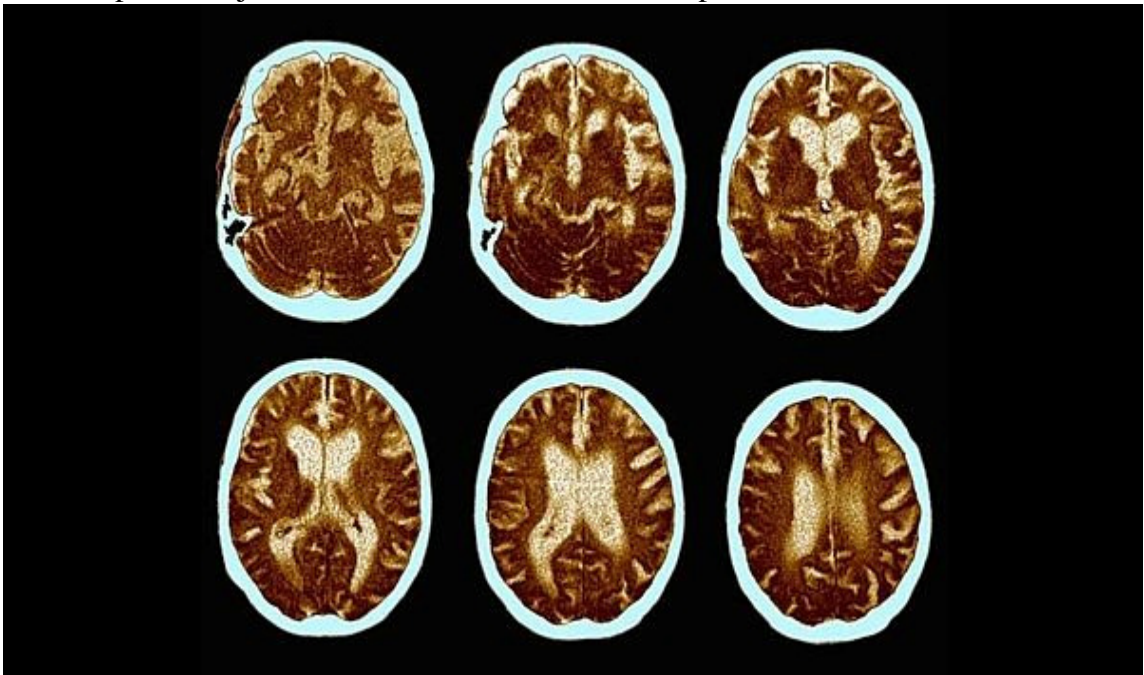
www.dd-lukov.cz

Příloha č. 5: Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Levý obrázek: mikroskopický obraz mozku pacienta s Alzheimerovou chorobou. Zvýšená koncentrace nadměrně fosforylovaného t-proteinu. Pravý obrázek: mikroskopický obraz zdravého mozku.

Zdroj: <http://www.psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/151-alzheimerova-choroba-pravdepodobne-priciny-a-prevence>

Bílá místa představují zmenšování a rozšiřování dutin u pacienta s Alzheimerovou chorobou.



Zdroj: <http://tema.novinky.cz/alzheimerova-choroba>

Příloha č. 6: Test MMSE

Orientační diagnostický test (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

- Které je roční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám."

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte vývary, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

"Nyní odečtěte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

4. VYBAVOVÁNÍ

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!:" "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň - položení papíru na zem (...)

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

9. PSANÍ

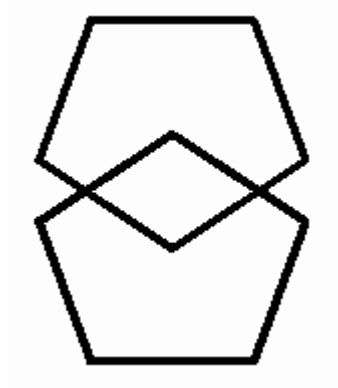
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek.

Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů.

- | | |
|---------------|--|
| 27 - 30 bodů | normální stav |
| 25 - 26 bodů | hraniční nález, možnost demence |
| 10 - 24 bodů | patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně |
| 6 bodů | demence středního až těžkého stupně |
| 6 a méně bodů | demence těžkého stupně |

Zdroj: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/mmse.htm>

Příloha č. 7: Přísloví, pranostiky, rčení, citáty

Nekupuj...zajíce v pytli.
Darovanému koni...na zuby nekoukej.
Sejde z očí...sejde z mysli.
Host do domu...Bůh do domu.
Každý svého...šťěstí strůjcem.
S chutí do toho...půl je hotovo.
Vlk se nažral...a koza zůstala celá.
Ráno...moudřejší večera.
Pořádek...dělá přátele.
Dočkej času...jako husa klasu.
V malé vodě...malé ryby.
Orel much...nelapá.
Rozumí tomu...jako koza petrželi.
Kdo maže...ten jede.
Pospíchej...pomalu.
Bližší košile...než kabát.
Sliby...chyby.
Koho chleba jíš...toho píseň zpívej.
Jiný kraj...jiný mrav.
Co se doma uvaří...to se doma sní.
Co na srdci...to na jazyku.
Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu...až se ucho utrhne.
Jak se do lesa volá...tak se z lesa ozývá.
Doma není nikdo...prorokem.
Důvěřuju...ale prověřuj.
Malé ryby...také ryby.
Proti gustu...žádný dišputát.
Všeho moc...škodí.
Kdo se bojí...nesmí do lesa.
Ženu ani květinou...neuhodíš.
Kdo nepracuje...ať nejí.
Bez práce...nejsou koláče.
Kdo si hraje...nezlobí.

Příloha č. 8: Antonyma

Zbabělý - statečný.

Radost – smutek.

Dovnitř – ven.

Stát – jet.

Slunce – měsíc.

Ráno – večer.

Údolí – kopec.

Jedlý - jedovatý.

Akce – reakce.

Dát – dostat.

Házet – chytat.

Mluvit – mlčet.

Stát – sedět.

Dříve – později.

Junior – senior.

Odměna – trest.

Legrační – vážný.

Průbojný – plachý.

Příloha č. 9: Hlavní města

Belgie – Brusel.

Dánsko – Kodaň.

Německo – Berlín.

Slovensko – Bratislava.

Rakousko – Vídeň.

Indie – Dillí.

Itálie – Řím.

Nizozemsko – Amsterdam.

Norsko – Oslo.

Portugalsko – Lisabon.

Egypt – Káhira.

Finsko – Helsinky.

Francie – Paříž.

Kanada – Ottawa.

Kuba – Havana.

Maďarsko – Budapešť.

Mexiko – Mexico City.

Polsko – Varšava.

Estonsko – Tallinn.

Turecko – Ankara.