

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

**Zajištění a podpora kvality života klientů
v síti vybraných Alzheimercenter
v České republice**

Bakalářská práce

Autor: Eliška Dvořáková
Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Eliška Dvořáková

Studium: P20P0596

Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Název bakalářské práce: Zajištění a podpora kvality života klientů v síti vybraných Alzheimercenter v České republice

Název bakalářské práce AJ: Ensuring and supporting the quality of life of clients in the network of selected Alzheimercenters in the Czech Republic

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou zajištění a podpory kvality života klientů s Alzheimerovou chorobou v síti vybraných Alzheimercenter v České republice.

Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je přiblížit problematiku Alzheimerovy choroby, charakterizovat její příznaky, patofyziologii, průběh a způsoby její léčby. Seznámit se s sítí vybraných Alzheimercenter, která v České republice zajišťují péči o klienty s demencí. Popsat jejich strukturu a personální zajištění, představit jednotlivé speciálně pedagogické metody a techniky, které mohou být prostředkem a podporou při zajištění kvality života v průběhu péče o tyto klienty.

Cílem prakticky orientované části bakalářské práce je prostřednictvím interview s pracovníky v přímé péči a s klienty vybraných Alzheimercenter zjistit, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v těchto zařízeních využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou demencí v prostředí Alzheimercenter.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha : Portál, 2006. 132 s.

ISBN: 80-7367-081-X

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, 2019. 200 s.

ISBN: 978-80-271-1008-7

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. Praha : Portál, 2011. 120 s.

ISBN: 978-80-262-0010-9

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Zajištění a podpora kvality života klientů v síti vybraných Alzheimercenter v České republice vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 18. 5. 2023

Poděkování

Ráda bych tímto způsobem poděkovala všem, kteří mě podpořili při práci na této bakalářské práci. Především děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za její cenné připomínky, odborné rady a oporu, kterou mi poskytovala při psaní této práce.

Anotace

DVOŘÁKOVÁ, Eliška. *Zajištění a podpora kvality života klientů v síti vybraných Alzheimercenter v České republice*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 67 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou zajištění a podpory kvality života klientů s Alzheimerovou chorobou v síti vybraných Alzheimercenter v České republice, konkrétně pak na pracovišti centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.

V teoretické části bakalářské práce je definována problematika demence, následně pak Alzheimerovy choroby, charakteristika jejích příznaků, patofyziologie, průběh a způsoby její léčby. Představena je Česká alzheimerovská společnost. Popsána je síť vybraných Alzheimercenter, která v České republice zajišťuje péči o klienty s demencí. Představeny jsou jednotlivé speciálně pedagogické metody a techniky, které mohou být prostředkem a podporou při zajištění kvality života v průběhu péče o tyto klienty. Následně je přiblížena finanční podpora státu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.

V praktické části bakalářské práce je prostřednictvím interview s pracovníky v přímé péči a s klienty vybraného Alzheimercentra zjišťováno, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v tomto zařízení využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou demencí.

Tato bakalářská práce jistě přispěje k lepší informovanosti o prostředí vybraného pobytového zařízení, které se specializuje na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou, jehož podstata a smysl nemusí být dostatečně známa. Poukáže také na smysl nabízených aktivit vedoucích ke zkvalitnění života těchto klientů.

Klíčová slova: senior, Alzheimerova choroba, domov se zvláštním režimem, Alzheimercentrum, kvalita života

Annotatiton

DVOŘÁKOVÁ, Eliška. *Ensuring and supporting the quality of life of clients in the network of selected Alzheimercenters in the Czech Republic*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 67 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor's thesis deals with the issues of ensuring and supporting the quality of life of clients with Alzheimer's disease in the network of selected Alzheimercenters in the Czech Republic, specifically at the workplace of the Alzheimer Home, z. ú. center in Pardubice.

In the theoretical part of the bachelor's thesis, the issue of dementia is defined, followed by Alzheimer's disease, the characteristics of its symptoms, pathophysiology, course and methods of its treatment. The Czech alzheimer company is introduced. The network of selected Alzheimercenters that provide care for clients with dementia in the Czech Republic is described. Individual special educational methods and techniques are presented, which can be a means and support in ensuring the quality of life during the care of these clients. Subsequently, the state's financial support for the care of people with Alzheimer's disease is explained.

In the practical part of the bachelor's thesis, through interviews with workers in direct care and with clients of the selected Alzheimercenter, it is determined what special education methods and techniques are used in this facility and how they contribute to support and ensure quality of life during the care of people with Alzheimer's dementia.

This bachelor's thesis will certainly contribute to better information about the environment of the selected residential facility, which specializes in the care of clients with Alzheimer's disease, the essence and meaning of which may not be sufficiently known. It will also point out the meaning of the offered activities leading to the improvement of the quality of life of these clients.

Key words: senior citizen, Alzheimer's disease, home with a special regime, Alzheimer center, quality of life

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
1 Uvedení do problematiky osob s demencí	15
1.1 Definice pojmu	15
1.2 Příznaky demence	16
1.3 Klasifikace demence	17
1.4 Shrnutí	18
2 Problematika osob s Alzheimerovou chorobou	19
2.1 Alois Alzheimer	19
2.2 Příznaky Alzheimerovy choroby	19
2.3 Patofyziologie Alzheimerovy choroby	21
2.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby	22
2.4.1 Anamnéza	22
2.4.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí	23
2.4.3 Zobrazovací metody	23
2.5 Průběh Alzheimerovy choroby	23
2.5.1 Lehké stadium	24
2.5.2 Střední stadium	24
2.5.3 Těžké stadium	25
2.6 Léčba Alzheimerovy choroby	25
2.6.1 Nefarmakologická	25
2.6.2 Farmakologická	26
2.7 Shrnutí	26
3 Česká alzheimerovská společnost	28
3.1 Projekty České alzheimerovské společnosti	29
3.2 Služby České alzheimerovské společnosti	29

3.3 Shrnutí	30
4 Vybraná síť Alzheimercenter v České republice	31
4.1 ALZHEIMER HOME, z. ú. – představení společnosti	31
4.2 Poslání a cíle služby	32
4.3 Struktura a personální zajištění.....	33
4.4 Shrnutí	34
5 Speciálně pedagogické metody a techniky práce s klienty s demencí	36
5.1 Arteterapie	36
5.2 Muzikoterapie.....	37
5.3 Ergoterapie.....	38
5.4 Tanečně pohybová terapie	38
5.5 Dramaterapie	38
5.6 Kognitivní trénink	39
5.7 Snoezelen terapie.....	39
5.8 Reminiscence.....	40
5.9 Validace	41
5.10 Práce s životním příběhem klienta	41
5.11 Orientace v realitě.....	42
5.12 Zooterapie.....	42
5.13 Bazální stimulace.....	43
5.14 Shrnutí	44
6 Finanční podpora státu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou	46
6.1 Dávky sociální pomoci poskytované státem při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.....	46
6.1.1 Příspěvek na péči.....	47
6.1.2 Příspěvek na mobilitu.....	48
6.1.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku	48

6.1.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením	49
6.2 Shrnutí	50
7 Uvedení do praktické části bakalářské práce	51
7.1 Vymezení cíle a dílčích cílů praktické části bakalářské práce.....	51
7.2 Charakteristika výzkumného vzorku	56
7.3 Výzkumná strategie	57
7.4 Zvolená výzkumná metoda.....	58
7.5 Zvolená výzkumná technika.....	59
7.6 Organizace vlastního výzkumného šetření, způsob záznamů kvalitativních dat.....	60
8 Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením.....	61
8.1 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 1	61
8.2 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 2	66
8.3 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 3	71
8.4 Zhodnocení naplnění cíle a dílčích cílů praktické části bakalářské práce	75
Závěr.....	78
Seznam použité literatury a ostatních zdrojů	80
Zákony	82
Elektronické zdroje.....	82
Seznam tabulek.....	84
Seznam příloh.....	84
Příloha A	85

Seznam použitých zkratek

ACH – Alzheimerova choroba

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČALS – Česká Alzheimerovská společnost

ČR – Česká republika

et al. – a kolektiv

MHD – místní veřejná hromadná doprava osob

MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize

MMSE – Mini mental state exam (Krátký test kognitivních funkcí)

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

např. – například

PAS – porucha autistického spektra

TP – osoba těžce postižená

ZTP – osoba zvlášť těžce postižená

ZTP/P – osoba zvlášť těžce postižená s potřebou průvodce

Sb. – sbírka

tj. – to jest

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaně

Úřad práce ČR – Úřad práce České republiky

vyd. – vydání

WAB – Western Aphasia Battery (nástroj pro hodnocení jazykových funkcí u dospělých)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

z. ú. – zapsaný ústav

Úvod

Ve společnosti velmi často slyšíme, a jsme i sami osobně účastni vtípkování, vtipy či jiné úsměvné bonmoty týkající se zapomnětlivosti, senility, demence nebo přímo Alzheimerovy choroby. Bohužel, mnohdy nám věcný obsah těchto rádoby vtipných poznámek a jejich kruté naplnění v realitě nedochází až do doby, kdy se s tímto problémem potkáme osobně, buď přímo ve vlastní rodině nebo ve svém blízkém okolí a staneme se tak účastníkem v „přímém přenosu“. Je proto nezbytné, abychom si, v této souvislosti, uměli odpovědět na otázky, zda jsme dostatečně připraveni na tyto situace, zda nám dochází, v širších souvislostech, že pouhé stanovení diagnózy nemoci se nedotýká jen konkrétního člověka, ale že zahrnuje, v případě dobře fungujících rodinných vztahů, i další členy rodiny nemocného, zda jsme připraveni na to, abychom stáli při tomto člověku s láskou a porozuměním, snažili se mu poskytnout co nejlepší péči a podporu s tím, že k tomu všemu budeme potřebovat notnou dávku trpělivosti a pokory. Co víc můžeme poskytnout svým blízkým, než, že je v tomto případě budeme ze všech svých sil v nelehkém boji s touto nemocí doprovázet a snažit se jim poskytnout podmínky k tomu, aby přes všechna úskalí této choroby svůj zbývající život prožili, pokud možno, naplno a kvalitně.

Na téma Alzheimerovy choroby bylo v minulosti zpracováno mnoho závěrečných vysokoškolských prací a také nespočet děl z oblasti lékařských, psychologických, sociologických a jiných oborů a odvětví, jichž se tato problematika dotýká a s nimiž více nebo méně souvisí. Zdálo by se tedy, že k tomuto tématu již nelze nic více sdělit, co nového, inovativního, čtenářům předložit, tak, aby měli následně pocit, že se o již dříve prozkoumané oblasti dozvěděli opět něco nového a třeba i zajímavého.

Výběr tématu mé závěrečné práce byl motivován osobními, rodinnými prožitky, kdy mohu v průběhu času progres této nemoci sledovat a účastnit se péče o svého blízkého. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 2021 trpělo různými formami demence ve světě téměř 55 miliónů lidí, přičemž prognózy do budoucna hovoří o odhadovaném počtu 78 miliónů lidí do roku 2030, v roce 2050 pak 139 milionu lidí, kteří budou postiženi určitou formou demence. Důvodem vzrůstajícího počtu lidí s demencí je prodlužující se věk dožití vlivem zdravého životního stylu oproti předchozím generacím a také rozvojem léčebných metod v medicíně, které prodlužují délku lidského života. Léčba pacientů s demencí je složitá, náročná, jak časově,

tak finančně, a proto také klesá zájem o vývoj léků na demenci. Jen málo států vytváří ucelené strategie podpory pacientů s demencí a jejich rodin. Česká republika v roce 2021 schválila Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro období 2020-2030, který předkládá soubor specifických opatření, jejichž využitím může dojít ke zvýšení povědomí o problematice demence ve společnosti, k podpoře těchto osob a také větší podpoře rodin, které o tyto nemocné pečují. Vzhledem ke každoročnímu narůstajícímu počtu osob trpících různými formami demence je zatím prognóza na vývoj účinné léčby, včetně účinných farmak, nejistá a časově v horizontu daleké budoucnosti.

Cílem této bakalářské práce je zjistit prostřednictvím interview s pracovníky v přímé péči a s klienty vybraného Alzheimercentra, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v tomto zařízení využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou.

V teoretické části bude popsána prostřednictvím na sebe navazujících kapitol problematika Alzheimerovy choroby a dalších témat, které s touto chorobou souvisí. V první kapitole se bude text zabývat pojmem demence, jejími příznaky a klasifikací. Druhá kapitola přiblíží Alzheimerovu chorobu, prvního objevitele, který tuto chorobu popsal a podle kterého nese svůj název, její příznaky, patofyziologii a její diagnostiku, průběh a možné cesty její léčby. Třetí kapitola seznámí s Českou Alzheimerovskou společností, jejímž cílem je pomoc a podpora lidem s demencí a těm, kteří o ně pečují. Čtvrtá kapitola popíše vybranou síť Alzheimercenter v České republice, konkrétněji pak centrum Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Seznámí s jeho historií, strukturou a personálním zajištěním. Pátá kapitola popíše speciální pedagogické metody a techniky práce s klienty s demencí, které mohou pomoci ke zkvalitnění života osob postižených Alzheimerovou chorobou. Šestá kapitola popíše možnosti finanční pomoci státu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou prostřednictvím poskytovaných dávek a dalších výhod ze systému sociálního zabezpečení České republiky.

Na teoretickou část naváže výzkumné šetření, které bude obsahovat metodologické ukotvení, formulaci dílčích výzkumných cílů a následně pak budou interpretována zjištěná data. Při zpracování zvoleného tématu bude využita indukce, kvalitativní výzkumná metoda, prostřednictvím které bude odvozen závěr z určitého tvrzení. Pomocí indukce bude vytvořena určitá teorie a následně bude dosaženo určitého tvrzení. Vzhledem k cíli své bakalářské práce a k charakteru řešeného úkolu je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, prostřednictvím které mohou být potvrzeny nebo

vyvráceny domněnky, zda jsou speciálně pedagogické metody a techniky ve vybraném zařízení péče o osoby s Alzheimerovou chorobou využívány, zda a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života těchto osob.

Empirická část se bude zabývat aplikovaným výzkumem, který je charakterizován bezprostředním významem pro praxi, což znamená, že jeho výsledky se mohou okamžitě aplikovat v praxi. Jeho prostřednictvím se hledají návody k řešení praktických problémů prostřednictvím otázek, na něž odpovídá. (Hendl, 2016) Ve výzkumném šetření bude zjišťováno, jaká je koncepce a nabídka aktivizačních metod a technik, které vedou k podpoře kvality života klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích (*dílčí cíl 1*). Současně se zaměřuje na zjištění, jak klienti centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích spolupracují s personálem tohoto centra při jednotlivých aktivitách vedoucích k podpoře kvality jejich života (*dílčí cíl 2*). Dále rozpoznává, jaké jsou reakce klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích na různé aktivizační metody a techniky, které přispívají k podpoře kvality jejich života (*dílčí cíl 3*).

1 Uvedení do problematiky osob s demencí

Alzheimerova choroba je jedním z typů demence, proto považuji za důležité uvést definici pojmu a klasifikaci demence. Pojem demence v mnoha lidech vyvolá představu starého člověka, který často zapomíná, neví, o čem mluví nebo netrefí domů. Osoby s demencí se ovšem často potýkají s mnoha dalšími problémy, které je ovlivňují jak po psychické stránce, tak po stránce sociální.

1.1 Definice pojmu

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. (Buijssen, 2006, s. 13)

Demence jsou dle Jiráka et al. (2009) takové poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení kognitivních funkcí (tj. takových funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování). Do těchto funkcí řadíme pozornost, vnímání, řečové funkce (tvorba řeči a schopnost porozumění řeči), výkonné (exekutivní) funkce (tzn. schopnost, díky které je člověk motivován vykonávat určitou činnost, tuto činnost naplánovat, provést a poté zpětně zhodnotit) a další funkce. Jsou ale postiženy i další funkce, zejména aktivity denního života, poruchy emocí, chování a spánku.

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) vymezujeme demenci takto: *„Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastrženo. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“*

Člověk postižený demencí tedy postupně upadá jak po psychické stránce, tak po stránce sociální a zdravotní. Nemoc je destruktivní a v její poslední fázi je člověk pouze schránkou člověka, kterým býval. Nemoc je progresivní a projevuje se postupně, takže v její první fázi si člověk nemoc ani neuvědomuje a funguje, jak byl zvyklý. První fáze nemoci je dlouhá a nepatrná, proto si většinou dotyčný svou nemoc ani neuvědomí.

V poslední fázi nemoci je už dotyčný většinou odkázán na pomoc druhé osoby, aby byly uspokojeny jeho potřeby. Člověk s demencí se tak stává skoro bezmocným a v konečném stádiu nemoci již nevnímá svět kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby. (Buijssen, 2006)

1.2 Příznaky demence

Demence dle Pidrmána (2007) vzniká následkem onemocnění mozku, který má progresivní a chronický charakter. Dochází tak k porušení paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku i přesto, že vědomí zůstává nezastřené. Tento stav je také doprovázen zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Příznaky demence dále dělí do tří základních skupin, které se prolínají:

- narušení kognitivních funkcí (C – cognition),
- narušení aktivit denního života (A – activities of daily life),
- poruchy chování (B – behavior).

Demence nejdříve ovlivňuje dotyčného v aktivitách denního života, zpočátku se může jednat pouze o složitější profesní aktivity, které se později rozšiřují a postupně postihuje i tzv. instrumentální aktivity denního života, jako například schopnost nakládat s penězi. (Jiráček et al., 2009) Dále se vyskytují deficity například při hygieně, přípravě jídel, oblékání, péče o domácnost a o svoji osobu, kdy dochází ke zhoršování těchto schopností podle stadia demence, ve kterém se dotyčný nachází. Člověk postupně není schopen vařit, dojet nakoupit nebo si vyprat. Později dochází i k úbytku dalších schopností, například přemístit se na lůžko nebo židli, schopnost se samostatně najíst nebo se vykoupat. V těžké fázi demence je člověk většinou odkázán na pomoc druhé osoby, neboť se může následkem degenerativních procesů stát inkontinentním a nesoběstačným.

Narušení kognitivních funkcí je z hlediska etiologického nejzávažnějším a pro demenci nejvíce charakteristickým rysem, jelikož dochází k narušení v oblasti paměti a intelektu. (Pidrman, 2007)

Nejobtížnější pro blízké, pečovatele, ale i pro klienta samotného, jsou poruchy chování a další behaviorální a psychologické příznaky demence, které se u této nemoci často vyskytují. Tyto příznaky se mohou objevit již na počátku onemocnění, ale častěji se rozvíjí ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích. Poruchy emocí mají zpravidla kolísavý a přechodný charakter. U jedinců se na základě nemoci mohou vyskytovat nekontrolovatelné afekty, zejména v podobě vzteku nebo naopak afekty

smutku s pláčem či deprese. Tyto afekty mohou být také doprovázeny bludy nebo halucinacemi, kterým dotyčný pevně věří. (Jiráček et al., 2009)

U klientů s demencí se často vyskytují poruchy spánku nebo posun cyklu spánku a bdění. Mnohdy se stává, že dotyčný později usíná a později se probouzí, někdy dochází i k inverzi spánku (v noci je bdělý a ve dne spí). (Jiráček et al., 2009)

1.3 Klasifikace demence

Klasifikace demencí je uváděna v různých publikacích nepatrně odlišně a měnila se také i v průběhu času, z tohoto důvodu je pro srovnání uvedeno více zdrojů. Jiráček et al. (2009) demence dělí, dle příčiny, do dvou skupin:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Tyto demence dále dělí na: demence vaskulární a ostatní symptomatické demence.

Atroficko-degenerativní demence je jednou z nejčastějších typů demencí. Dochází u ní k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Do této skupiny řadíme Alzheimerovu chorobu, která se vyskytuje v 60% případů. (Jiráček et al., 2009)

Vaskulární demence vznikají na základě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Poškození je způsobeno především mozkovými infarkty, kdy určitá část mozkové tkáně odumře z důvodu nedostatečného prokrvení. Demence může vzniknout na podkladě několika drobných mozkových infarktů ale i na podkladě jednoho rozsáhlého mozkového infarktu v oblastech důležitých pro paměť. (Jiráček et al., 2009) „*Vaskulární demence je následek mozkových infarktů, způsobených cévní chorobou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Infarkty jsou většinou malé, ale jejich vliv se kumuluje. Výskyt je obvykle v pozdním věku.*“ (MKN-10, 2023)

Ostatní symptomatické demence vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících mozek. Mohou tedy vznikat na základě intoxikace (otravy), infekcí nebo zánětů, úrazů mozku, nádorů a dalších. Do této skupiny proto řadíme demence infekční, prionové, metabolické aj. (Jiráček et al., 2009)

Pidman (2007) dělí demence na tři kategorie:

- Primárně degenerativní demence – jde o onemocnění, které poškozuje vlastní mozkovou tkáň. Do této skupiny řadí Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky a frontotempolární demenci.
- Sekundární demence – jde o onemocnění, kdy příčinou je celkové onemocnění organismu a poškození mozku je dalším symptomem nemoci. Mezi tyto typy demencí řadí vaskulární demenci (která je dále dělena na multiinfarktovou a mikroangiopatickou), metabolickou demenci, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatické demence a další.
- Smíšené demence.

1.4 Shrnutí

Alzheimerova choroba je jedním z typů demence, tedy poruchy, kdy dochází k podstatnému snížení kognitivních funkcí, kterými mohou být například pozornost, vnímání, řečové funkce (tvorba řeči a schopnost porozumění řeči), výkonné (exekutivní) funkce (tzn. schopnost, díky které je člověk motivován vykonávat určitou činnost, tuto činnost naplánovat, provést a poté zpětně zhodnotit) a další funkce. Zpravidla jsou postiženy i další funkce, zejména aktivity denního života, poruchy emocí, chování a spánku. Demence nejdříve ovlivňuje dotyčného v aktivitách denního života, zpočátku se může jednat pouze o složitější profesní aktivity, které se později rozšiřují a postupně postihuje i tzv. instrumentální aktivity denního života, jako například schopnost nakládat s penězi. Později dochází i k úbytku dalších schopností, například přemístit se na lůžko nebo židli, schopnost se samostatně najíst nebo se vykoupat. V těžké fázi demence je člověk většinou odkázán na pomoc druhé osoby, neboť se může následkem degenerativních procesů stát inkontinentním a nesoběstačným.

2 Problematika osob s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba je v současnosti jednou z nejčastějších onemocnění osob třetího a čtvrtého věku. Je také nejčastější formou demence, která postihuje 10% populace starší 65 let a téměř 20% populace starší 80 let. (Bryan, Maxim, 2006) Její prevalence v populaci je 1% a je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. (Zvěřová, 2017)

„Alzheimerova choroba je závažné progresivní onemocnění a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny. Charakteristickým rysem nemoci je nenápadný plíživý začátek, kdy si prvních příznaků povšimne spíše okolí než samotný pacient.“ (Zvěřová, 2017, s. 10)

2.1 Alois Alzheimer

Alzheimerovu chorobu a její příznaky poprvé popsal Alois Alzheimer, německý psychiatr a neuropatolog, v roce 1906. Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 v městečku Merkbreit, kde jeho otec působil jako notář. Studoval na lékařských univerzitách v Berlíně, kde v roce 1887 úspěšně ukončil své studium a získal lékařský titul. Od roku 1902 pracoval v Heidelbergu u profesora Emila Kraepelina, se kterým poté působil na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově. Alois Alzheimer zemřel v roce 1915 ve slezské nemocnici na srdeční selhání ve věku 51 let a je pohřben ve Frankfurtu nad Mohanem v Německu. (Zvěřová, 2017)

Podnět k popisu této nemoci Aloisi Alzheimerovi poskytla pacientka Auguste Deterová, která byla v listopadu roku 1901 přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem se známkami těžké demence. Po její smrti, v jejích 55 letech, Alois Alzheimer tento případ popsal a referoval o něm v roce 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu, následně byl případ v roce 1907 publikován. Tato publikace byla základním kamenem pro vznik pojmu Alzheimerova nemoc. (Koukolík, Jiráček, 1998) Změny mozkové tkáně, které Alois Alzheimer charakterizoval, byly na přímlovu profesora Kraepelina v roce 1910 pojmenovány po svém objeviteli. (Zvěřová, 2017)

2.2 Příznaky Alzheimerovy choroby

„Klinický obraz choroby je podmíněn kortikální degenerací, pro niž je typická porucha vštípivosti s výpadky paměti na nedávno proběhlé události.“ (Zvěřová, 2017, s. 10) Dle Koukolíka, Jiráčka (1998) se příznaky Alzheimerovy choroby vyvíjejí postupně a někdy je obtížné si příznaků všimnout. Rozlišit je od příznaků, které doprovázejí

normální stárnutí, není v některých případech jednoduché. Nejčastěji se uvádí, že prvním příznakem choroby bývají poruchy krátkodobé paměti, kdy je charakteristické zapomínání každodenních událostí (např. zda už obědval). V raném stádiu nemoci bývá zachována krátkodobá paměť měřitelná např. počtem číslic, které si dotyčný pamatuje. V rámci poklesu kognitivních funkcí existují určité důkazy, že rychlost jejich úbytku je v raných fázích onemocnění pomalejší. (Bryan, Maxim, 2006)

Mezi varovné příznaky choroby řadíme zejména poruchy paměti, které se ve vyšším věku objevují, dále potíže se zvládáním fyzických aktivit, které dotyčný vykonával vždy bez problémů nebo také bezcílné bloumání. Tyto příznaky nemoci nemusí být ze začátku pro blízké okolí dotyčného varováním, že osoba trpí Alzheimerovou chorobou, protože si jich vůbec nemusí všimnout. Často k této situaci dochází z důvodu, že se dotyčný snaží zakrýt fakt, že činnosti již nedokáže vykonat. (Regnault, 2011)

Dalšími typickými příznaky choroby jsou na počátku zapomínání a ztracení drobných předmětů denní potřeby, zapomínání telefonních čísel a jiných dat, také se může přidružovat nesoustředěnost nebo oslabení motivace – dotyčný ztrácí zájem o udržování své domácnosti nebo o koníčky, které ho předtím naplňovaly. Zejména těchto příznaků si nejdříve začne všimnat blízké okolí dotyčného. (Zvěřová, 2017)

Ve stupni vývoje nemoci, který je označován jako mírný, se začíná objevovat porucha vybavování čerstvě uložených paměťových dat (schopnost vybavit si informace dříve získané) a porucha konfrontačního pojmenování (postup, kdy je vyžadováno pojmenování předmětu, který byl prezentován vizuálně, např. na obrázku). Tyto změny lze zjistit příslušnými neuropsychologickými testy. (Koukolík, Jiráček, 1998)

„Jazyk je při vývoji Alzheimerovy nemoci zpočátku rovněž uchován. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná; význam slovních spojení je nutné hledat, nemocní sami často hledají slova.“ (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 89) Deficity v oblasti jazyka mohou výrazně ovlivnit diagnózu a prognózu Alzheimerovy nemoci. Pokud má dotyčný snížené jazykové schopnosti na počátku svého života, jeho kognitivní schopnosti bývají snižované v období stáří a může to také vést k Alzheimerově chorobě, která může mít u klienta i dřívější nástup. Omezena bývá sémantická, syntaktická i fonologická stránka řeči a jazyka a průběh deficitu je homogenní a progresivní. Ovšem projevy těchto deficitů jsou u každého odlišné, u někoho může být jazyková a řečová stránka ovlivněna více a u někoho méně. (Bryan, Maxim, 2006)

Časté jsou také situace, kdy osoby s touto chorobou začínají bloudit nebo odcházejí ze svého domova a mají pak problém s návratem zpět. Tento problém bývá

zapříčiněn poruchou vizuospaciálních funkcí, kdy se dotyčný nedokáže orientovat v čase a místě. (Koukolík, Jiráček, 1998) Často je také s těmito příznaky pozorována i ztráta schopnosti vykonávat koordinované a naučené pohyby, poruchu soudnosti a logického myšlení. Dochází poté také k degeneraci původního intelektu a celkovému úpadku osobnosti. (Zvěřová, 2017)

Další oblasti kognitivních funkcí, které bývají chorobou ovlivněny, jsou osobnost a chování jedince, ve kterých lze také pozorovat určité změny. Prvními změnami v počátečních fázích nemoci bývá změna povahových rysů, emotivních reakcí a ztráta kontroly nad svými emocemi. Dále se také může objevovat agresivita, podezřívavost, bloudění nebo agitovanost. Agresivita však nebývá typickým příznakem, objevuje se například jako reakce na určité situace, při prosazování vlastních zájmů nebo při nenadálých změnách (např. změna pečovatele). Tyto příznaky bývají dále doprovázeny také psychickými změnami, kterými jsou např. změny nálad, úzkosti či deprese. (Hauke et al., 2017)

Příznaky choroby pociťuje každý postižený individuálně. Jelikož nemoc postupuje svým vlastním tempem, příznaky choroby se u každého jedince projevují jinak a zhoršení stavu nepostupuje také stejně. (Callone et al., 2006)

2.3 Patofyziologie Alzheimerovy choroby

V předchozí kapitole byly popsány příznaky Alzheimerovy choroby zejména z pohledu psychologického a psychiatrického. Pro komplexní charakteristiku této choroby považují za vhodné definovat její příznaky, i s ohledem na odbornost níže uvedených lékařských pojmů, též z pohledu neurologického a neuropatologického.

Patogeneze vzniku Alzheimerovy choroby nebyla prozatím zcela objasněna, jelikož se na jejím vzniku podílí jak vnější, tak vnitřní příčiny. Za hlavní etiopatogenetický činitel se považuje pravděpodobně atrofie mozku, která je doprovázena řadou chorobných změn. (Zvěřová, 2017) Při této nemoci dochází k úbytku neuronů a také ke snížení synaptické plasticity mozku, kde hraje významnou roli beta-amyloid, který se ukládá v mozkové tkáni. Na makroskopické úrovni je patrné ztenčení mozkové kůry, rozšíření mozkové komory a také atrofie v oblasti hipokampů. Na mikroskopické úrovni lze pozorovat extracelulární a intracelulární změny. (Zvěřová, 2017)

Při Alzheimerově nemoci se změny v mozku v jisté míře překrývají se změnami spojenými se stárnutím, rozdíly se projevují hlavně u presenilních forem Alzheimerovy choroby, které jsou doprovázeny globální mozkovou atrofií na rozdíl od pozdní formy,

kteřá je charakteristická atrofií spánkového laloku. V průběhu Alzheimerovy choroby je těžce poškozena entorhinální kůra, kde je poznat úbytek neuronů. Také jsou postiženy pyramidové neurony hipokampu, atrofují cholinergní neurony bazálního telencefala, s čímž se pojí pokles korové acetylcholinesterázy a cholinacetyltransferázy. Další vývoj choroby doprovázejí změny dendritických systémů – synapse numericky atrofují, avšak postižení není rovnoměrné. (Rektorová et al., 2007)

Mezi klasické diagnostické znaky Alzheimerovy choroby řadíme senilní plaky a neuronální klubka. Senilní plaky se objevují na histologických řezech jako nepravidelně okrouhlé útvary, které obsahují amyloid a mohou být znázorněny řadou technik v mozkové kůře, podkorové šedi a mozkové kůře. V těchto plakách se nachází dystrofické neurity obsahující amyloidový prekurzorový protein a další látky. Plaky s těmito neurity se objevují během normálního stárnutí a pravděpodobně vlastnosti těchto dystrofických neurit určují události v okolí plak. Neuronální klubka jsou vlastně stejným pojmem jako Alzheimerovy změny neurofibril, jedná se o chumáče hrubších vláken v cytoplazmě neuronů (mohou se také podobat plaménkům či mohou mít tvar tenisové rakety) a po rozpadu perikarya jsou volně rozptýleny v neuropylu. Základní složkou vláken je protein tau a změny tohoto proteinu charakterizují Alzheimerovu chorobu, mimo dalších. (Rektorová et al., 2007)

2.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Demence, a tedy i Alzheimerova choroba, provází dotyčného od jejího vzniku až do konce jeho života. Toto onemocnění v současné době nelze vyléčit, do určité míry se mohou léčit pouze příznaky. Důležitá je samozřejmě včasná a správná diagnostika nemoci, jelikož mnoho osob bývá diagnostikováno pozdě, nejčastěji ve středním nebo těžkém stádiu nemoci. (Šátenková et al., 2021) Stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby se opírá o obecná kritéria pro stanovení diagnózy demence, ale je nutné vyloučit i jinou příčinu demence. (Zvěřová, 2017)

2.4.1 Anamnéza

Jak již bylo zmíněno výše, ze začátku může dotyčný s Alzheimerovou chorobou své příznaky skrývat, proto je důležité, aby si pečující nebo blízké okolí dotyčného všimlo prvních varovných signálů, jako např. změny chování, zapomínání nebo určitá neobvyklá agresivita. Pro přesné určení diagnózy Alzheimerovy choroby jsou však důležitá odborná vyšetření. (Regnault, 2011)

Při podezření na Alzheimerovu chorobu je nejvhodnější obrátit se nejdříve na praktického lékaře dotyčného, který provede první zhodnocení zdravotního stavu. Jelikož praktický lékař ne vždy dokáže správně zhodnotit příznaky a relevantně diagnosticky posoudit, zda se jedná o běžné potíže s pamětí nebo o patologii, měl by pacienta odeslat na příslušná odborná vyšetření. (Regnault, 2011)

2.4.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Vyšetření pacienta začíná podrobnou anamnézou, která zahrnuje psychosociální vývoj dotyčného, jeho profesní anamnézu a anamnézu jeho interpersonálních vztahů. Hodnoceny jsou kognitivní funkce jedince, které se provádí pomocí specializovaných testů a existuje pro ně mnoho formalizovaných škál. K odhalení prvních stádií demence se používá Clock drawing test (CDT), neboli test kreslení hodin, který se jeví jako diagnosticky účinný. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Psychologické a klinické testování je nezbytné pro posouzení kognitivních kategorií – paměť, pozornost, vnímání, řeč, prostorová orientace, schopnost normálního fungování a další. Pro posouzení těchto kategorií se využívá Addenbrookský test, který obsahuje známý test MMSE (Mini Mental State Examination). Tento test pomáhá orientačně rozlišit Alzheimerovu chorobu a frontotemporální demence. (Zvěřová, 2017)

2.4.3 Zobrazovací metody

Klienti s poruchami paměti by měli podstoupit vyšetření CT mozku a také magnetickou rezonanci, aby byly s jistotou vyloučeny jiné příčiny demence (např. nádory, vaskulární poruchy aj.), jelikož tato vyšetření poukazují na morfologické odchylky. (Jiráček et al., 2009)

Dostupným vyšetřením je v současnosti také metoda SPECT/PET, používaná pro detekci hypometabolismu parietálních a temporálních laloků. (Zvěřová, 2017)

2.5 Průběh Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se dělí do dvou skupin: s časným začátkem (tzv. presenilní forma, která se objevuje u pacientů před 65. rokem věku) a s pozdním začátkem (tzv. senilní forma, která se projevuje po 65. roce věku). Toto rozdělení ovšem nemá v praxi velký význam, neboť klinický obraz a neuropatologie je u obou stejná. (Zvěřová, 2017)

Průběh choroby lze rozdělit dle stupně stadia nemoci na lehké, střední a těžké. Rozvoji choroby předchází i bezpříznakové stadium, které může trvat i několik let a kdy se neprojevují žádné příznaky nemoci. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

2.5.1 Lehké stadium

Toto stadium je někdy také nazýváno jako rané stadium, kdy dominují poruchy kognitivních funkcí (výpadky paměti apod.), kterých si je dotyčný vědom a jsou také měřitelné psychologickými testy. Dále bývají narušeny aktivity denního života, kdy je potřeba udržovat pozornost a objevuje se i depresivní symptomatika. (Zvěřová, 2017)

Pokud je stále zachováno logické myšlení, úsudek a sociální dovednosti, může si dotyčný vytvořit náhradní způsoby, jak se vyrovnat se ztrátami paměti. Často si také nemocný v této fázi nemoc neuvědomuje, jelikož si vytvořil kompenzační prostředky k vyrovnání problémů. Postupně nemoc v tomto stadiu postihne také spánkový lalok a dochází k tomu, že dotyčný může mít problémy s porozuměním slov a hledáním správných výrazů, což může vést k snížení komunikace s okolím. V tomto stádiu nemoci je důležité zaměřit se na podporu schopností a dovedností, které zůstaly zachovány, ty posilovat a udržovat. (Callone et al., 2006)

2.5.2 Střední stadium

V tomto stadiu dochází k prohlubování úbytku kognitivních funkcí, kdy si nemocný již nemusí být vědom své nemoci a mohou se začít přidružovat poruchy fatických funkcí. Významně jsou narušeny aktivity denního života, které se projevují v neschopnosti tzv. instrumentálních výkonů, jako obsluha domácích přístrojů (televize, telefon, pračka apod.) a nemocný také přestává umět hospodařit s vlastními finančními prostředky. Mohou se také objevovat i behaviorální a psychologické příznaky, ty se však nemusí vyskytovat u všech klientů. (Zvěřová, 2017)

Střední stadium se vyznačuje závažnou poruchou paměti a obtížnou fixací nových informací. Dotyčný má problémy s vybavováním si určitých informací, jako např. své datum narození, místo bydliště, kde se momentálně nachází, co dělal během dne, jména svých dětí nebo partnera. Objevují se problémy i v orientaci v čase a prostoru, úsudek se stává nelogickým, často se může dotyčný ztrácet i ve známém prostředí nebo začíná bloudit. Mohou se vyskytovat poruchy chování, emoční labilita, deprese nebo agresivita. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

V tomto stadiu nemoci je kladen důraz na nepřetržitý dohled pečující osoby, zejména pomoc při samoobslužných činnostech. Důležitá je také aktivizace a nefarmakologické přístupy v péči o nemocné. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

2.5.3 Těžké stadium

Těžké stadium je charakteristické zejména úplnou ztrátou paměti, neschopností ukládat si nové informace a dotýčný si dokáže vybavit pouze útržky dříve získaných informací. Člověk v těžkém stadiu je zcela odkázaný na pomoc druhé osoby a zpravidla je upoután na lůžko, je inkontinentní a je neschopný zcela nebo zčásti verbální komunikace. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Člověk v tomto stadiu již nepoznává své příbuzné ani blízké, jsou zcela postiženy aktivity denního života, a to zejména vlivem úbytku kognitivních funkcí. Psychologické a behaviorální poruchy jsou nejobtížnějším příznakem v této fázi pro blízké okolí, zejména pokud se projevují poruchy chování. (Zvěřová, 2017)

2.6 Léčba Alzheimerovy choroby

V současné době se Alzheimerova choroba nedá vyléčit, ovšem při včasném nástupu vhodné terapie lze zpomalit její průběh a udržet dotýčného v lehčích stádiích nemoci. Cílem terapie je zmírňovat příznaky a oddálit těžké fáze nemoci. Při léčbě jsou kombinovány nefarmakologické i farmakologické přístupy. (Zvěřová, 2017)

2.6.1 Nefarmakologická

„Základem je správný psychologický přístup k nemocnému, který ale vyžaduje velkou trpělivost, jelikož výsledky často bývají minimální a přechodné.“ (Zvěřová, 2017, s. 76)

Cílem této léčby je zachování nebo případně zlepšení jemné a hrubé motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí, které jsou nemocí nebo věkem ovlivněny. Dalším, ovšem ne méně důležitým cílem, je smysluplné využití volného času a aktivit denního života, zmírnění příznaků Alzheimerovy choroby a zlepšení komunikace s okolím jedince. Aktivitu, které do této léčby řadíme, by měly být přiměřené věku a stavu dotýčného. Je kladen důraz na individuální přístup a přístupy terapeuta by měly být komplexní a pozitivně ovlivňovat psychickou a fyzickou stránku klienta. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

V této léčbě jsou využívány různé psychoterapeutické a socioterapeutické přístupy, které jsou děleny podle okruhů problémů, které jsou jimi léčeny. (Fertaľová, Ondriová, 2020) Léčba zahrnuje také rehabilitační programy, které se zaměřují na procvičování kognitivních i nekognitivních funkcí, důležitá je hlavně reedukace paměti a jiných dovedností pomocí aktivizace, stimulace a konfrontace

s realitou. (Zvěřová, 2017) Mezi tyto přístupy řadíme také např. nutriční podporu, vedení k soběstačnosti, orientaci v realitě, Milieu terapii, stimulační a aktivizační metody, kognitivní trénink a další. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Těmito přístupy také usilujeme o oddálení situace, kdy je nemocný umístěn do zdravotnického nebo sociálního zařízení, jelikož změna z domácího prostředí vede často ke zhoršení stavu pacienta. (Zvěřová, 2017)

2.6.2 Farmakologická

Farmakoterapii dělíme na farmakoterapii kognitivní, která ovlivňuje kognitivní funkce a farmakoterapii nekognitivní, která ovlivňuje především behaviorální a psychologické příznaky Alzheimerovy choroby. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Při kognitivní farmakoterapii využíváme tzv. kognitiva (inhibitory mozkových cholinoesteráz a inhibitory glutamátových receptorů), které se využívají zejména u lehkých až středně těžkých formách Alzheimerovy choroby. Léčba kognitivu zpomaluje progresi nemoci a zlepšuje kvalitu života, jelikož je prodloužena soběstačnost jedince. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Farmakoterapie nekognitivních funkcí se snaží ovlivnit behaviorální a psychologické příznaky nemoci, které se vyskytují u těžkých forem nemoci. Jedná se zejména o stavy jako agresivní chování, nepřiměřené chování (útěky z domova, toulání, napodobování, neúčelné krádeže apod.) nebo verbální agitovanost. Tyto stavy se dají kompenzovat nefarmakologickými postupy, ale v některých případech je nutné využít léčbu psychofarmaky. V průběhu nemoci je také v některých případech nezbytná medikace antipsychotiky. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Pokud se u dotyčného projeví depresivní příznaky, nastupuje léčba antidepresivy. Přednost je dáována lékům s minimem nežádoucích účinků, vhodné jsou také léky ze skupin antidepresiv s prodlouženým nebo kontrolovaným uvolňováním (vyskytuje se u nich méně vedlejších účinků nebo léčivá látka není tak intenzivní). (Rektorová et al., 2007)

2.7 Shrnutí

Alzheimerova choroba nese svůj název po Aloisi Alzheimerovi, německém psychiatrovi a neuropatologovi, který v roce 1906 poprvé popsal její etiologii. Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, které postupem času poškozuje mozek a vede

k postupnému zhoršování kognitivních schopností a paměti. Toto onemocnění se obvykle vyskytuje u lidí nad 65 let, může ale postihnout i mladší jedince.

Příznaky Alzheimerovy choroby zahrnují ztrátu paměti, zhoršení schopnosti verbální komunikace, ztrátu orientace v čase a místě, obtíže s rozhodováním a řešením problémů, poruchy chování a osobnosti a další.

Příčiny Alzheimerovy choroby nejsou zcela jasné, vědci se však domnívají, že určitou roli mohou hrát i genetické faktory, vysoký krevní tlak, vysoké hladiny cholesterolu a diabetes.

Pro Alzheimerovu chorobu neexistuje lék, který by ji úplně vyléčil, existují však léky, které mohou pomoci zlepšit některé symptomy a zpomalit postup onemocnění. Kromě farmakologické léčby jsou důležité i nefarmakologické metody, kterými jsou různé psychoterapeutické a socioterapeutické přístupy, které se zaměřují na procvičování kognitivních i nekognitivních funkcí. Důležitá je také nutriční podpora zahrnující zdravé stravování, cvičení, udržování aktivního sociálního života, posilování kognitivních schopností a další.

3 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost (dále ČALS) vznikla v roce 1996, v roce 1997 byla zaregistrována jako občanské sdružení, v roce 2014 změnila právní formu na obecně prospěšnou společnost. Sídli v budově Gerontologického centra v Praze 8 – Kobylisích. U zrodu sdružení stáli odborníci z oblasti gerontologie, lékaři, sociální pracovníci ale i rodinní příslušníci pečující o osoby s demencí, kteří reagovali na skutečnost, že problematice demence není ve společnosti věnována dostatečná pozornost. Od počátku existence společnosti byla její činnost zaměřena na sociální a zdravotnické služby komunitního typu.

V současné době společnost poskytuje dvě registrované sociální služby, kterými jsou konzultace, respektive poradenství určené osobám s demencí a jejich rodinnými příslušníkům nebo přátelům a druhou službou je respitní péče ve formě odlehčovací služby v domácnosti. V rámci poskytovaných sociálních služeb je možné využít také činnost svépomocných skupin, které jsou určeny jak osobám s demencí (např. skupiny s názvem „Toulky pamětí a duší“), tak i rodinným pečujícím (např. „Čaje o páté“).

Cílem společnosti je pomoc a podpora osob postižených demencí, tak i pečujících rodinných příslušníků v takovém rozsahu, aby tyto služby pomohly lidem s demencí žít co nejdéle v domácím prostředí. Další činností společnosti je ediční činnost, jejímž cílem je vydávání informačních materiálů s cílem zlepšení informovanosti o Alzheimerově chorobě a dalších typech demence.

Česká alzheimerovská společnost je členem mezinárodních organizací, např. Alzheimer Europe (AE) a Alzheimer's Disease International (ADI).

Dle výroční zprávy za rok 2021 zveřejněné na webových stránkách společnosti je její činnost financována zpravidla prostřednictvím finančních podpor a grantů (např. od Hlavního města Praha, MPSV ČR, Městské části Praha 8), projektů a podpory firemních a individuálních dárců.

Prostřednictvím 25 kontaktních míst po celé České republice, která jsou certifikovanými poskytovateli služeb (ČALS vytvořila vlastní certifikační systém Vážka®), poskytuje služby osobám s různými formami demence a jejich rodinám. Kontaktní místa jsou zařízení jak státní, tak nestátní, zdravotnická a sociální (například domovy se zvláštním režimem, poradny, denní stacionáře atd.).

3.1 Projekty České alzheimerovské společnosti

Česká alzheimerovská společnost (dále ČALS) realizuje celou řadu projektů a služeb. Dle webových stránek společnosti lze zmínit aktuální probíhající projekty, například „Bezpečný návrat“ – jedná se o dlouhodobý projekt zaměřený na osoby, které jsou ohroženy blouděním, kdy tyto osoby v důsledku demence ztrácí orientaci na známých místech. Cílem projektu je pomoci těmto osobám nalézt cestu domů. Účastník programu nosí na ruce náramek s jedinečným kódem a telefonním číslem na linku ČALS. V případě, že se tato osoba ztratí, může se prostřednictvím linky ČALS díky jedinečnému kódu identifikovat a linka pak může předat rodinným příslušníkům informaci, kde se jejich příbuzný nachází. Další projekt, který je realizován již od roku 2008, je „Dny paměti“, jehož cílem je pomocí vyšetření paměti včas identifikovat a rozpoznat počínající projevy Alzheimerovy choroby. Vyšetření paměti realizují vybraná certifikovaná kontaktní místa. Dlouhodobým projektem, který je realizován od roku 2010, je také projekt „GOS“, jehož cílem je zlepšení péče o seniory, především o osoby s demencí, v příspěvkových organizacích zřizovaných Jihomoravským krajem. Průběžně probíhající je projekt „Rozvoj kontaktních míst“, jehož cílem je podpora stávajících kontaktních míst ČALS a zajištění nových funkčních kontaktních míst v krajských městech, ve kterých se nyní takové kontaktní místo nenachází.

3.2 Služby České alzheimerovské společnosti

Na webových stránkách společnosti lze zjistit, že v současné době poskytuje dvě sociální služby, kterými jsou „Respitní péče“ – jedná se o odlehčovací službu, jejímž cílem je zajištění pomoci osobám s demencí v jejich vlastní domácnosti v době, kdy se o ně nemůže postarat pečující (např. v době své vlastní návštěvy lékaře, vyřizování vlastních osobních záležitostí, např. na úřadu apod. nebo potřeba odpočinku od celodenní péče). Služba je určena osobám, u nichž byl diagnostikován syndrom demence a kteří žijí ve své vlastní domácnosti. Druhou poskytovanou službou jsou „Konzultace“, prostřednictvím kterých ČALS poskytuje pomoc pečujícím rodinám a osobám se syndromem demence formou individuálních konzultací a svépomocných skupin. Cílem této služby je podpora, pomoc a zlepšení kvality života osob s demencí, ale také i těch, kteří o tyto osoby pečují.

3.3 Shrnutí

Významným prostředníkem šíření informovanosti a osvěty o problematice Alzheimerovy choroby a poskytování pomoci a služeb osobám s demencí a těm, kteří o tyto osoby pečují, je Česká alzheimerovská společnost, jejíž činnost je dlouholetá a garantovaná certifikovanými poskytovateli služeb po celé České republice. Prostřednictvím služeb komunitního typu významně pomáhá a podporuje osoby s demencí, ale také i ty, kteří o tyto osoby v domácím prostředí pečují.

4 Vybraná síť Alzheimercenter v České republice

Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou je náročná fyzicky, psychicky i finančně. V rané fázi choroby může být péče o tuto osobu zajišťována v domácím prostředí zpravidla rodinou nebo pečující osobou za pomoci služeb terénní sociální péče. S progresí této nemoci však péče v domácím prostředí i za pomoci služeb terénní sociální péče začíná být nedostačující, proto je mnohdy nutné zajištění pobytových služeb, jejichž výhodou je poskytování nepřetržité komplexní zdravotnické i pečovatelské péče prostřednictvím odborného personálu. Za tímto účelem je v posledních letech v rámci České republiky budována síť pobytových zařízení, která se specializují na pobytové i terénní sociální služby a domácí zdravotní péči osobám s Alzheimerovou chorobou, stařeckou demencí a dalšími typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

4.1 ALZHEIMER HOME, z. ú. – představení společnosti

V současné době se v České republice v oblasti péče osoby s Alzheimerovou chorobou jeví nejdominantnější, co do počtu provozovaných zařízení, síť domovů se zvláštním režimem poskytující pobytové služby společnosti ALZHEIMER HOME, z. ú. Z výroční zprávy za rok 2021 zveřejněné v roce 2022 na webových stránkách společnosti lze zjistit, že jde o neziskovou organizaci založenou soukromým zřizovatelem, která je registrovaným poskytovatelem sociální péče Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a je současně také nestátním zdravotnickým zařízením. Od roku 2018 je skupina ALZHEIMER HOME součástí nadnárodní skupiny Penta Investments. Společnost sídlí v Praze, avšak svoje pobytová zařízení, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory, provozuje na mnoha místech v České republice. V roce 2021 společnost provozovala 11 pobytových zařízení s celkovou kapacitou 996 lůžek, v roce 2022 dále expandovala a v rámci posilování sítě Alzheimercenter otevřela několik dalších zařízení a tím se stala jedničkou mezi provozovateli pobytových zařízení sociálních služeb v České republice počtem provozovaných zařízení a celkovým počtem lůžek. Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb Úřadu práce ČR provozuje společnost v roce 2023 celkem 31 domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory po celé České republice.

4.2 Poslání a cíle služby

Společnost ALZHEIMER HOME, z. ú. poskytuje prostřednictvím domovů se zvláštním režimem komplexní a individuálně zaměřené celoroční pobytové služby osobám s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence od 40 let věku, které vzhledem k charakteru svého onemocnění již nemohou zůstat ve svém vlastním domácím prostředí. V rámci svých služeb zajišťuje klientům podporu, pomoc a péči ve všech oblastech jejich života, které již nejsou schopni zvládnout samostatně. S ohledem na jejich schopnosti a možnosti nabízí klientům možnost společenských kontaktů, poskytuje jim podporu při rozhodování, naplňování jejich přání a vůle. Služba domova se zvláštním režimem je poskytována 24 hodin denně 7 dní v týdnu po celý kalendářní rok. Sociální péče je poskytována v rozsahu všech základních činností dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, mezi něž řadíme ubytování, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílem služby je rozvíjení nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti klienta a snaha o udržení co nejdelší doby jeho schopností a dovedností vedoucích k zachování kvalit jeho života, dále pak zajištění bezpečného prostředí, zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče odpovídající zdravotnímu stavu klienta, vytvoření kvalitních podmínek bydlení klienta, rozvíjení sociálních kontaktů včetně kontaktů s vlastní rodinou a přáteli a přiblížení způsobu života klienta co nejvíce životnímu standartu jeho vrstevníků žijících mimo pobytové zařízení. Služba současně dodržuje a respektuje práva klientů, jejich svobodnou volbu, zachování jejich lidské důstojnosti, dodržování lidských práv a svobod. Poskytovaná služba je přizpůsobena klientovi a je založena na principu profesionality prostřednictvím odborného personálu. Základem péče je snaha o maximální aktivizaci klienta a uspokojení jeho potřeb. Péče o klienty je zajištěna pravidelně školeným zdravotnickým personálem, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeuty a ergoterapeuty. V místě je pak možnost využití ordinace všeobecného praktického lékaře, který spolupracuje s odborníky z oborů psychiatrie, neurologie, gerontologie, interny, kardiologie a jiných.

4.3 Struktura a personální zajištění

Z vybrané sítě zařízení společnosti ALZHEIMER HOME, z. ú. je z důvodu velkého množství domovů se zvláštním režimem (v roce 2023 zahrnuje celkem 31 zařízení po celé České republice) vybrán domov Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích (dále domov), ve kterém jsem v rámci svého studia absolvovala odborné praxe. Uvedené zařízení velmi důvěrně znám a mohu tudíž podat ucelené a relevantní informace.

Domov se zvláštním režimem Alzheimer Home, z. ú. je nově postavená budova situovaná do sídlištní zástavby v městské části Pardubice – Polabiny, disponující venkovním zahradním prostorem určeným k oddychu a relaxaci klientů a návštěvníků domova, parkovištěm a ordinací praktického lékaře. Jedná se o šestipodlažní budovu, ve které je pohyb klientů umožněn bezbariérově, všechna patra jsou obsluhována třemi výtahy. Současná kapacita zařízení je 166 lůžek, klienti jsou ubytováni ve dvoulůžkových pokojích, každý pokoj má své vlastní sociální zařízení. V prvním podlaží se nachází jídelna, ve druhém podlaží je centrální společenská místnost, disponující prostornou venkovní terasou. Od druhého do šestého podlaží se kromě pokojů klientů nachází menší společenské místnosti, aktivizační a terapeutické místnosti a kaple. Tyto prostory mohou klienti libovolně využívat.

Umístění klienta v zařízení je realizováno na základě jeho projeveného zájmu o službu. Na základě tohoto zájmu je písemně sepsána smlouva o poskytování služby sociální péče. Přijetí do sociální péče realizuje vrchní sestra, sociální pracovník a pracovník, který bude tzv. klíčovým pracovníkem. Klient a osoby účastníci se jednání o uzavření smlouvy o poskytování služby (rodinný příslušník klienta, osoba blízká se souhlasem zájemce, opatrovník v případě omezení svéprávnosti zájemce) jsou, s ohledem na schopnosti klienta chápat a porozumět sdělovaným informacím, seznámeni s obsahem smlouvy a domácím řádem. Smlouva o poskytnutí služby sociální péče se uzavírá podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Před samotným podpisem smlouvy lze se zájemcem o pobytovou službu sjednat nejprve setkání spojené s prohlídkou domova a předáním prvotních písemných a ústních informací týkajících se poskytované služby. Termín setkání lze dojednat on-line prostřednictvím odkazu „Žádost o přijetí“ na webových stránkách společnosti, telefonicky nebo prostřednictvím e-mailu. Domov pokládá za velmi důležitou spolupráci s rodinou klienta, v žádosti o poskytování sociální služby jsou specifikovány požadované

sociální služby, které se mohou v průběhu času upravovat, osobně v písemné podobě nebo v elektronické podobě. Každému klientovi je dnem zahájení poskytování sociální služby založena sociální dokumentace. Poskytované sociální služby jsou v souladu se standardy kvality sociálních služeb.

Informace o síti domovů Alzheimer Home, z. ú. poskytují webové stránky (www.alzheimerhome.cz), na kterých lze nalézt v sekcích „Úvodní stránka“, „O domově“, „Jak se stát klientem“, „Rodinná zóna“, „Kariéra“ a „Kontakty“ veškeré informace o domově, problematice Alzheimerovy choroby a dalších typech demence, shlédnout virtuální galerii fotografií, sledovat aktuální novinky a další.

Dle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR lze z Přílohy č. 1 – Organizační struktura – Personální a organizační zajištění sociální služby zjistit, že sociální službu v tomto domově se zvláštním režimem zajišťuje celkem 63 zaměstnanců. Chod zařízení řídí regionální ředitel, kterému je podřízená ředitelka domova, která řídí sociální pracovníky, vedoucí sociální péče a vrchní zdravotní sestru. Oblast zdravotní péče řídí vrchní sestra, přímou zdravotní péči zajišťují 2 staniční sestry a 14 zdravotních sester. Oblast sociální péče řídí 1 vedoucí sociální péče, která řídí 37 pracovníků v sociálních službách (v přímé péči) a 4 aktivizační pracovníce. Agendu sociální práce zajišťují 2 sociální pracovníce. Provoz zařízení řídí vedoucí provozu, která řídí další pracovníky provozu, kterými jsou řidiči, údržbář, uklízečky, kuchařky.

Zaměstnanci domova zajišťující sociální službu musí splňovat požadavky na odborné vzdělání, v oblasti sociální péče je to zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

4.4 Shrnutí

V souvislosti s progresí Alzheimerovy choroby již mnohdy není dostačující zajištění péče o tuto osobu v domácím prostředí. Počet osob s různými formami demence každým rokem roste, proto vyvstala potřeba vybudování sítě zařízení, která by komplexní péči zajišťovala pobytovou formou. V České republice byla proto postupem času vybudována, nyní již poměrně hustá, síť domovů se zvláštním režimem, ve kterých je komplexní zdravotní péče a sociální služby zajištěny odborným personálem. V České republice se v roce 2023 stala nejvýznamnější v oblasti péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence síť zařízení společnosti ALZHEIME HOME, z. ú., která provozuje 31 domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory. Odborná zdravotní péče a sociální služby jsou zde poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb.,

o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů založené na snaze o zachování stávající soběstačnosti klienta a udržení co nejdelší doby jeho schopností a dovedností vedoucích k zachování kvalit jeho života.

5 Speciálně pedagogické metody a techniky práce s klienty s demencí

Pro seniory s demencí či Alzheimerovou chorobou existuje mnoho navrhovaných postupů, a to zejména v souvislosti s onemocněním a symptomy demence. Péče o tyto klienty je náročná, a proto je také tato cílová skupina náročná na kvalitu poskytované péče, což se týká i odbornosti poskytovatelů přímé péče v jakémkoli zařízení (nemocnice, pobytová zařízení, domácí péče). (Procházková, 2019)

Speciálně pedagogické metody a techniky se zaměřují zejména na zachování soběstačnosti a kognitivních funkcí a zlepšení kvality života klientů s demencí.

5.1 Arteterapie

Arteterapie využívá prostředků výtvarného umění za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady. Pomáhá zprostředkovat pocity klienta okolí. Cílem této terapie není vytvoření estetických produktů, proto je využitelná i u osob s Alzheimerovou chorobou. Pomocí kresby, malby, modelování a jiných výtvarných médií je cíleně rozvíjena představivost a kreativita. Důležitá je také klientova reflexe vlastního produktu na základě individuálních schopností a osobních vlastností. Arteterapeutické postupy lze využít individuální i skupinovou formou u všech věkových kategorií bez ohledu na diagnózu. (Müller et al., 2014)

Arteterapii řadíme mezi tzv. expresivní terapie, kdy může klient projevit své pocity nebo může pomoci nahlédnout do jeho vnitřního světa. Při expresi je kladen důraz na spontánnost, zážitek, prožitek a individualitu. Arteterapie je jedním z psychoterapeutických postupů, kdy výtvarný projev klienta je hlavním léčebným prostředkem. Terapie nespočívá ve vytvoření dokonalého díla, ale v samotném procesu tvorby. (Müller et al., 2014)

Dle Šickové-Fabrice (2016) se arteterapie aplikuje u seniorů jako cvičení krátkodobé paměti, jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky nebo pro posílení vědomí vlastní hodnoty. Pomáhá jim také přizpůsobit se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví nebo jiným problémům spojeným se stárnutím (např. změny v sociální nebo ekonomické oblasti). Pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsou ve výtvarném projevu charakteristické určité rysy jako např. prodloužené tvary objektů, chaotické uspořádání objektů nebo opuštění od realistického zobrazení objektů. Pro tuto skupinu osob je větší úspěch v používání techniky koláže.

V arteterapii lze pracovat s klientem individuálně nebo ve skupině. Při individuální arteterapii se pracuje pouze s jedním klientem a podle předem vytvořené dohody. Dohoda určuje délku a četnost terapií a také způsob a techniky, se kterými chce klient pracovat (mohou se měnit v průběhu práce, po dohodě mezi terapeutem a klientem). Při skupinové arteterapii se pracuje se skupinou klientů podle stejných zásad jako u individuální terapie, ovšem zde se může využít tzv. skupinová dynamika. Skupinová dynamika se skládá z procesů, které ovlivňují skupinové dění a skupinové interakce a vytváří ji interpersonální vztahy a interakce členů skupiny. (Müller et al., 2014) U klientů s Alzheimerovou chorobou umístěných do sociálních zařízení se využívá zejména skupinová arteterapie, prostřednictvím které dochází k větší interakci klientů s terapeutem a také ke vzájemným kontaktům mezi klienty.

5.2 Muzikoterapie

Gerlichová (2021, s. 18) definuje muzikoterapii takto: „*Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosažení nehudebních prvků. Těmito metami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i o osobní rozvoj, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů.*“

Muzikoterapii řadíme s arteterapií do oblasti expresivních terapií, kdy využíváme hudbu a její elementy jako prostředek intervence v různých zařízeních nebo běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, komunity nebo rodiny. Muzikoterapie má pozitivní vliv na kvalitu života, fyzické, sociální, emocionální, komunikační a další složky života klientů. (Müller et al., 2014)

Muzikoterapie se u osob s Alzheimerovou chorobou může využít hlavně k rehabilitaci kognitivních funkcí, kdy se terapeut zaměřuje zejména na trénink paměti a pozornosti. Při tréninku paměti se do terapie zapojuje rytmižace slov a textů, rytmižace přiměje klienta k zapamatování důležitých údajů, které je sám motivován si zapamatovat. Koncentraci lze stimulovat intenzivními zvuky nebo hudebními ukázkami, které klient zná nebo má oblíbené. Terapie může začít např. zazněním gongu, což upoutá pozornost klienta; této chvíle se dá využít a začít s konkrétními cvičeními. Muzikoterapie také ovlivňuje emocionální stav klienta, kdy zpěv nebo hra na hudební nástroj pomáhá k uvolnění emocí. (Gerlichová, 2021)

Ideální je, pokud některý z klientů disponuje znalostí hry na některý hudební nástroj a tato schopnost mu zůstala zachována. Může to podpořit větší zájem o tuto terapii ze strany ostatních účastníků.

Pokud je klient již v terminálním stádiu nemoci, muzikoterapie se zaměřuje především na snižování bolesti, zlepšování kvality dýchání, zvládání stresu, poskytnutí podpory a pomoc s uvolněním a odpočinkem. (Gerlichová, 2021)

5.3 Ergoterapie

Ergoterapii řadíme mezi zdravotnické obory a zabývá se podporou zdraví a duševní pohody pomocí vhodně zvolených činností. Využívá se také ke zlepšení psychických a somatických funkcí, kvality života a začlenění jedince do společnosti. (Müller et al., 2014)

Pomocí ergoterapie se snažíme zapojit klienta do smysluplných činností s využitím pomůcek, které pomáhají kompenzovat kognitivní deficit. Ergoterapie je u osob s Alzheimerovou chorobou realizována využíváním jednoduchých činností s různými přírodními a technickými materiály. Tyto činnosti mají vliv na myšlení, verbální a neverbální kontakt s okolím a na emocionální prožívání. Ergoterapeutická intervence se může zaměřovat také na cvičení zaměřená na sebeobslužné úkony (např. oblékání, osobní hygiena, sebesycení apod.). (Fertařová, Ondriová, 2020)

5.4 Tanečně pohybová terapie

Jedná se o psychoterapeutický směr, který využívá pohyb a tanec jako hlavní psychologický prostředek pro dosažení žádoucích změn v osobnosti. Použití pohybu a tance v této terapii posiluje emocionální, kognitivní, sociální i fyzickou integraci jedince. Cílem terapie není zdokonalování formy pohybu, ale pomoci klientům odhalit emoce a objevit nové způsoby bytí a cítění. Pomáhá také s odstraněním patologických stereotypů a bloků v chování či pohybu. (Müller et al., 2014)

Dle Fertařové, Ondriové (2020) je tato terapie důležitou složkou v péči o klienty s demencí, ovšem je třeba ji přizpůsobit fyzickému a psychickému stavu klienta. V lehkých a středních stádiích nemoci je efektivní využívat pravidelné procházky a jednoduché cviky pro zlepšení hrubé motoriky u klientů. Tato pravidelná fyzická aktivita má také pozitivní vliv na psychický stav klienta (zmírnění depresí a agitovanosti), zlepšuje kvalitu spánku a podporuje chuť k jídlu (předcházení nutričním problémům).

5.5 Dramaterapie

Pro dramaterapii existuje mnoho různých definic; dá se definovat jako léčebně-výchovná disciplína, kdy jsou záměrně využívány dramatické nebo divadelní postupy pro dosažení

terapeutického cíle (např. symptomatická úleva, zmírnění důsledků psychických poruch aj.). Stejně jako v již výše zmiňované arteterapii se zde využívá skupinová dynamika k sociální integraci klientů. (Müller et al., 2014)

Cíle této terapie jsou specifické s ohledy na cílovou skupinu, pro kterou se využívá. U starých lidí bývá hlavním cílem této terapie zejména cvičení paměti (prevence vzniku Alzheimerovy choroby) nebo nalezení smyslu jejich života a uvědomění si vlastních úspěchů a schopností. Dále má dramaterapie vliv na rozvoj empatie, fantazie a kreativity, rozvíjení sebedůvěry, integraci osobnosti a vytváření pocitu zodpovědnosti. (Müller et al., 2014)

Dramaterapie slouží jako prostředek reedukace, kompenzace a rehabilitace seniorů, ale také jako preventivní prostředek (prevence pocitů méněcennosti z ubývání fyzických sil, deprese, emoční oploštělosti apod.). (Valenta et al., 2021) U klientů s Alzheimerovou chorobou je využitelná zejména v lehkých stádiích, kdy jsou zachovány určité kognitivní funkce.

5.6 Kognitivní trénink

Při kognitivním tréninku jsou cíleně stimulovány mozkové funkce se zaměřením na kognitivní funkce. U klientů s Alzheimerovou chorobou se využívá v počátečních a středních stádiích nemoci, kdy jsou klienti ještě sami chtějí trénovat kognitivní schopnosti. Pomocí kognitivního tréninku se zpomaluje rozvoj nemoci a tím se zlepšuje kvalita života, proto má spíše preventivní význam v péči o tyto klienty. U klientů v těžkých stádiích může mít i negativní projevy a může způsobit frustraci a depresi. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Kognitivní trénink se skládá z různých typů cvičení, které pomáhají zlepšovat kognitivní funkce. Cílem těchto cvičení je zlepšení jednotlivých schopností a zmírnění negativních vlivů nemoci. Při kognitivním tréninku se zaměřujeme zejména na cvičení krátkodobé paměti, ale také na sluchovou, zrakovou a dlouhodobou paměť. Mezi vhodné aktivity kognitivního tréninku patří např. luštění křížovek, sudoku, čtení knih a následný výklad toho, co klient četl nebo i běžný rozhovor, kterým klient trénuje řeč. Uplatňuje se hlavně v malých skupinkách. (Vostrý et al., 2021)

5.7 Snoezelen terapie

Snoezelen terapie je forma práce s klienty s mentálním postižením ve speciálně upravených místnostech. Vychází z možností a schopností jedince a je kladen důraz

na respektování zájmů klienta. Jsou zde spojovány prvky terapeutické, prvky speciálně pedagogické a léčebně pedagogické. Terapie je založena na celostním přístupu, naplňování potřeb klienta v uvolněné atmosféře. Snoezelen je multisenzorická místnost, která poskytuje pozitivní smyslové zážitky, pomocí technologických zařízení, které u klienta vyvolávají určité reakce. Cílem pobytu ve Snoezelen místnosti je nabuzení pocitu pohody, uvolnění a relaxace, ale i aktivizace smyslů, snižování agresivity, vyvolávání vzpomínek nebo odstraňování strachu. Celá terapie se poté zaměřuje na smyslové systémy člověka a na zprostředkování reakcí na okolí. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Vybavení místnosti by mělo být jednoduché pro použití a údržbu, přístupné pro uživatele i doprovod (zaručení bezbariérovosti), bezpečné, pohodlné a zásobované dostatkem podnětů (čichové, hmatové, sluchové, zrakové atd.). V místnosti by se klienti i jejich doprovod měli cítit uvolněně a měli by být izolováni od rušivých elementů a zvuků. Důležitá je také přítomnost vodního lůžka, měkkých polštářů případně násypných vaků. (Müller et al., 2014)

Tato terapie se využívá zejména u klientů s těžším mentálním postižením, je ale vhodná i u klientů s demencí ve všech stádiích. Přínosná je zejména u klientů v těžkých stádiích, kdy je cílem probuzení zájmu a vyvolání příjemných pocitů. Někdy může pobyt v místnosti vyvolat u klientů i negativní reakci, proto nelze předem určit, zda bude terapie přínosná u všech klientů. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

5.8 Reminiscence

Reminiscence záměrně využívá vzpomínky a jejich vybavování prostřednictvím různých předmětů. Je vhodná pro klienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale jejich dlouhodobá paměť zůstala zachována. Cílem terapie je zlepšení komunikace a posílení důstojnosti. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Reminiscenční metody, aktivity a programy se staly součástí péče o seniory v institucích, rodinách nebo komunitách a skupinová reminiscence je zařazována do mezi aktivizační metody využitelné každý den. K reminiscenci jsou využívány zejména životní příběhy klientů, fotografie, rodokmeny nebo jiné prostředky, s kterými poté pečovatelé pracují. (Janečková et al., 2021)

Reminiscenční terapie pomáhá u osob s demencí s oživením pozitivních vzpomínek a zkušeností (např. rodinné události, svátky, slavnosti), současně je důležité vyhýbat se tématům, která by mohla vyvolat nepříjemné vzpomínky. Tato terapie by totiž

měla být spíše příjemným zážitkem, a ne psychoanalýzou a měla by podporovat důstojnost klienta. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Pro tuto terapii může být využita i speciální místnost vybavená různými předměty (obrazy, nábytek, knihy), z doby minulého století nebo doby, ve které klienti vyrůstali nebo žili.

5.9 Validace

S reminiscencí je úzce spojená také validace. Validace je jedním ze specifických přístupů práce s klienty s demencí a je založena na uznávání hodnoty člověka. Důraz je kladen zejména na minulost klienta, díky které lze ovlivnit jeho přítomnost. Validace zabraňuje pocitům frustrace, vyhoření a celkově vytváří u klientů radost z komunikace. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Východiskem validační terapie je akceptování individuality a jedinečnosti klientů. Může být využita i pro diagnostiku a následný rozvoj zachovaných schopností klienta ve všech stádiích demence či Alzheimerovy choroby. Hlavním cílem této terapie je tedy zpomalení rozvoje choroby, kterého je dosaženo pomocí aktivního a empatického naslouchání, kdy se akceptuje klientův pohled na realitu a klient je akceptován takový, jaký je (jeho pocity a vnitřní svět). (Fertaľová, Ondriová, 2020)

5.10 Práce s životním příběhem klienta

Práce s biografií klientů má nezastupitelnou roli v poskytované péči, a to zejména v institucionální péči. E. Böhm, který je autorem psychobiografického modelu péče, poukazoval na fakt, že pokud chceme poskytnout klientovi individuální péči, musíme znát jeho životní příběh. Životní zkušenosti klienta totiž výrazně ovlivňují jeho pohled na vlastní zdraví a nemoci, ale také ukazují, jakým způsobem reagovali na zátěžové situace a jak na se s nimi vyrovnávali a adaptovali se na nové podmínky. (Procházková, 2019)

Péče o klienty s demencí by měla být primárně zaměřena na psychiku a až poté na somatické problémy klienta. Böhm považuje za cíl péče oživení psychicky, lidské energie duše, která má vliv na klientovu motivaci a jednání. Klient bez motivace k životu se totiž přestane sám podílet na rehabilitaci a terapiích a začnou se objevovat deficity i v zachovalých schopnostech (např. sám se neoblékne, neumyje, nechce vstát z postele apod.) čímž se může snížit i kvalita poskytované péče. (Fertaľová, Ondriová, 2020)

Práce s životními příběhy klientů pomáhá klientům v nové etapě života (stáří) a pečujícím poskytuje nové možnosti, jak nacházet konstruktivní mechanismy podpory klienta při zátěžových situacích. U klientů s demencí se může jednat o činnosti, které se zaměřují na udržení osobní identity, která je při tomto onemocnění nejvíce ohrožena. Díky práci s biografií klienta také můžeme zmírnit progresi demence. (Procházková, 2019)

5.11 Orientace v realitě

Jedná se o jeden z nejstarších přístupů v péči o klienty s demencí a je uskutečňována buď individuálně nebo ve skupinách. Orientace v realitě je také součástí komplexního přístupu ke klientovi. V současné době se využívají jen některé prvky orientace realitou, např. kdy byl umístěn kalendář na dobře viditelné místo a klient se tak mohl vracet do reality při krátkodobém výpadku paměťových funkcí. Tento přístup měl, při opakované aplikaci, pozitivní vliv na orientaci klienta, ovšem klient při něm pociťoval také velký diskomfort. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Vhodné je pro klienty barevně označovat prostory, využívat piktogramy. Orientaci v realitě je důležité podporovat zejména v lehkém a středním stadiu nemoci, kdy se projevují výpadky paměti a pečovatel je schopný pomocí pomůcek klienta zorientovat v realitě, ovšem snažíme se klienty příliš nekorigovat. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Klientům s demencí přináší pomoc při orientaci hlavně pocit opory a jistoty, kdy se mohou snadněji srovnat s novým prostředím nebo s již známým prostředím. K orientaci se můžou využít i slova (označení pokojů, různých místností) a obrázky, které jsou u osob s demencí důležité. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

5.12 Zooterapie

Termín zooterapie má mnoho definic, ale podstatou této terapie je pozitivní nebo léčebné působení zvířete na člověka. Působení zvířete se projevuje pozitivně na fyzickém i psychickém stavu klienta (např. zlepšení paměti a komunikace, zmírnění stresu, zvýšení motivace aj.). (Müller et al., 2014)

Pojem zooterapie zahrnuje širokou škálu činností, dělených dle různých kritérií. Tyto činnosti a druhy zooterapie dělíme dle:

- druhu zvířete – hiporehabilitace (využití koně), canisterapie (využití psa), felinoterapie (využití kočky) a další,

- metody zooterapie – aktivity za využití zvířat (AAA), terapie za pomoci zvířat (AAT), vzdělávání za pomoci zvířat (AAE), krizová intervence za pomoci zvířat (AACR) nebo jejich kombinace,
- formy terapie – jednorázové aktivity, návštěvní program, pobytový program, zásah krizové intervence nebo jejich kombinace,
- účastníků terapie.

Existuje spousta dalších kritérií, dle kterých můžeme dělit zooterapii, ovšem zde je uveden základní výčet. (Müller et al., 2014)

U klientů s demencí nebo ve stařeckém věku je využívána zejména canisterapie. Pes dokáže klientovi poskytnout pocit lásky, zmírnit pocit opuštěnosti nebo vyvolat pocit vzájemné potřeby. Dokáže klientovi poskytnout také pravidelný pohyb nebo hmatovou stimulaci pomocí hlazení a přítomnost psa může v klientovi vyvolat i pocity bezpečí. (Müller et al., 2014)

Pes také napomáhá k aktivizaci a stimulaci klienta. Průběh canisterapie se odvíjí od cílů, kterých se má dosáhnout. Aktivity by na sebe měly logicky navazovat a v úvodní části by měla být navozena atmosféra důvěry a bezpečí a mělo by dojít k vzájemnému seznámení. Na to navazuje část relaxační, kdy u klientů vzniká emocionální prožitek. U imobilních klientů může terapie probíhat pomocí polohování na psa nebo vedle něj. Po uvolnění v relaxační části přichází část aktivní, kdy se klient může zaměřit na určitý úkol. Často jsou tyto úkoly zaměřeny na rozvoj motoriky, orientace a jiných dovedností. V závěrečné části dochází k uklidnění a následné reflexi od klientů. (Vostrý et al., 2021)

Přínosné je pro klienty zejména tehdy, pokud je zvíře přítomno přímo v zařízení, jelikož se o něj klienti mohou sami starat a tím se mohou uvolnit nebo mohou získat smysl pro povinnost (musí se starat o zvíře). Jedná se většinou o menší zvířata – králíci, papoušci apod.

5.13 Bazální stimulace

Bazální stimulace je psychologická aktivita, kdy jsou jedincům s těžkým postižením nabídnuty možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Docíleno je toho tak, že jsou jim nabídnuty různé podněty v nejjednodušší podobě. Koncepce bazální stimulace je založena na rozvoji vnímání, která pomáhá dalšímu rozvoji jedince. (Müller et al., 2014)

Využitelná je zejména v těžkých stádiích Alzheimerovy choroby, kdy je klient již upoután na lůžko a je plně závislý na pomoci druhé osoby. Dále je u klientů důležité zachování vnímání, kterého lze touto metodou docílit.

Při bazální stimulaci jsou důležité zejména podněty taktilní, kdy je pomocí cílených dotyků klientovi sdělováno, že začíná a končí určitá činnost nebo lze tímto způsobem upoutat jejich pozornost. Dalším podnětem jsou vibrace, které mají vliv zejména na pohybové ústrojí člověka. Tyto podněty člověk získává při chůzi, proto je vibrační stimulace využívána u klientů upoutaných na lůžko. Vestibulární podněty jsou klientům prostředkovány pomocí polohovacích pomůcek a polohování, kdy si klient lépe uvědomuje svoje tělo a je zabráněno fyzické a psychické dezorientaci. Další podněty, které jsou využívány, jsou podněty čichové a chuťové, kdy jsou využívány např. různé vonné tyčky nebo polštářky namočené v různých nápojích, kterými jsou podporovány chuť a čich. Sluchové a zrakové podněty by neměly působit na klienta násilně a klient by měl získat spíše pozitivní zážitek. Poslední oblastí je taktilně-haptická stimulace, která je využívána u silně dezorientovaných klientů. Pomocí této stimulace lze odpoutat pozornost klienta např. přiblížením předmětu nebo umožnění poznat předmět hmatem. (Vostrý et al., 2021)

5.14 Shrnutí

Speciálně pedagogické metody a techniky práce s klienty s Alzheimerovou chorobou a demencí se zaměřují na podporu a udržení jejich kognitivních schopností, sociálního zapojení a celkové kvality života.

Mezi hlavní metody patří reminiscenční terapie, která využívá vzpomínky a zážitky z minulosti klienta ke stimulaci paměti a předcházení pocitu izolace. Další důležitou metodou je arteterapie, která využívá různé formy umělecké tvorby k podpoře komunikace, sebevyjádření a zlepšení nálady klienta.

Důležitým prvkem práce s klienty s demencí je také vytváření podpůrného prostředí a rutiny, aby se minimalizoval stres a změny, které mohou vést ke zmatku a dezorientaci. Lze sem zařadit například pravidelné aktivity, strukturovaný denní režim a vhodné prostředí, které minimalizuje podněty a rušení.

Dalšími speciálně pedagogickými technikami jsou multisenzorické aktivity, které zahrnují různé smyslové podněty, například aromaterapie, hudba, hmatové aktivity, podpora pohybových aktivit, jako je tanec nebo cvičení, které mohou pomoci udržet klienty aktivní a zlepšit jejich náladu a fyzické zdraví.

Práce s klienty s demencí vyžaduje individuální přístup a kreativitu, a je důležité kombinovat různé metody a techniky, aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků.

6 Finanční podpora státu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou

Jak již bylo zmíněno v úvodu bakalářské práce, je péče o osoby s Alzheimerovou chorobou náročná – jak fyzicky a psychicky, tak i finančně. Kromě primárního finančního zajištění péče ze zdrojů (příjmů) samotného klienta, kterým bývá, v případě neekonomicky aktivní osoby zpravidla příjem ve formě starobního, případně vdovského či vdoveckého důchodu, mohou být dalšími finančními zdroji k zajištění péče o tyto osoby prostředky alokované z mandatorních výdajů státu prostřednictvím cílených dávek sociální pomoci v rámci sociálního zabezpečení České republiky.

Kompetentním orgánem státní pomoci je v případě poskytování finančních dávek sociální pomoci k zajištění péče o osoby s Alzheimerovou chorobou Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky prostřednictvím Úřadu práce České republiky.

6.1 Dávky sociální pomoci poskytované státem při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou

Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou je náročná, jak fyzicky, tak psychicky, ale také i finančně. Stát proto těmto osobám nebo osobám pečujícím poskytuje finanční pomoc formou čerpání dávek ze systému sociálního zabezpečení, které jsou mandatorními výdaji, tedy nárok na ně je založen na základě právního předpisu (zákona nebo jiné právní normy anebo vyplývají z jiných pevně daných smluvních závazků státu). Tyto dávky administruje a vyplácí, jak již bylo výše zmíněno, Úřad práce ČR.

Jedná se o tyto dávky:

- příspěvek na péči
- dávky pro osoby se zdravotním postižením:
 - příspěvek na mobilitu
 - příspěvek na zvláštní pomůcku

Dalším typem nefinanční pomoci státu při péči o osoby se zdravotním postižením je

- průkaz osoby se zdravotním postižením

6.1.1 Příspěvek na péči

Dávka je určena osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby (tzv. osoba pečující) při zvládání základních životních potřeb. V případě osob s Alzheimerovou chorobou je zajištění této péče nezbytné v souvislosti s progresí nemoci. Stupeň závislosti se posuzuje na základě sociálního šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele o dávku, které provádí sociální pracovník Úřadu práce ČR. Na základě lékařské zprávy ošetřujícího lékaře a případného vlastního vyšetření stanovuje lékařská posudková služba Okresní správy sociálního zabezpečení, dle místa trvalého pobytu žadatele, stupeň závislosti, od kterého se odvíjí výše této dávky. Dávku pak využívá žadatel k úhradě služeb pomoci a péče, kterou mu může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb (např. domovy se zvláštním režimem, denní nebo týdenní stacionáře), speciální zařízení (např. zdravotnická zařízení hospicového typu, dětské domovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a jiné).

Dávka je určena osobám starším jednoho roku věku, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují péči a pomoc při zvládání základních životních potřeb. Dle počtu nezvládaných základních životních potřeb (definováno je 10 základních životních potřeb, mezi něž řadíme např. mobilitu, orientaci, komunikaci, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, aj.) existují čtyři stupně závislosti:

- I. Lehká závislost
- II. Středně těžká závislost
- III. Těžká závislost
- IV. Úplná závislost

Výše dávky se stanovuje nejen podle stupně závislosti dané osoby, ale také na základě jejího věku (jedná se stupeň závislosti u osoby do věku 18 let a o stupeň závislosti u osoby nad 18 let). Oprávněná osoba může v průběhu pobírání příspěvku na péči požádat o změnu výše příspěvku na základě písemně podaného návrhu. Přehled výše příspěvku na péči v roce 2023 je znázorněn v tabulce č. 1, která je součástí přílohy A.

Příspěvek na péči je upraven zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů mimo jiné stanovuje vymezení schopností zvládat základní životní potřeby. Správní řízení

o příspěvku na péči je vedeno dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. (Zákon č. 108/2006 Sb., Vyhláška č. 505/2006 Sb., Zákon č. 500/2004 Sb.)

6.1.2 Příspěvek na mobilitu

Dávka je určena osobám se zdravotním postižením starším jednoho roku. Je vázána na vznik nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením, který je označen „ZTP“ nebo „ZTP/P“. Dávka je určena na opakovanou dopravu oprávněné osoby za úhradu. Výše příspěvku činí 900 Kč měsíčně. V případě využívání zdravotnického prostředku pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo pro domácí plicní umělou ventilaci je dávka poskytována ve výši 2 900 Kč měsíčně.

Nárok na čerpání této dávky pro osoby s Alzheimerovou chorobou může vzniknout v případě, že je péče o tuto osobu zajišťována pečující osobou mimo pobytové zařízení sociální nebo zdravotní péče, kdy je tato dávka určena na úhradu nákladů spojených s dopravou dotyčné osoby a také i v případě, kdy jsou těmto osobám poskytovány služby sociální péče a tyto osoby jsou přepravovány mimo pobytové zařízení (např. za rodinou, do jiné sociální služby, k lékaři, za jinými osobními aktivitami, aj.).

Podmínky poskytnutí této dávky upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Proces žádosti o tuto dávku v rámci správního řízení upravuje zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. (Zákon č. 329/2011 Sb., Vyhláška č. 388/2011 Sb., Zákon č. 500/2004 Sb.)

6.1.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Tento příspěvek je určen osobám se zdravotním postižením k zakoupení zvláštní pomůcky, kterou využívají ke zmírnění sociálních důsledků svého zdravotního postižení. Zvláštní pomůckou mohou být například schodolez, stropní zvedací systém, zvedací plošina, vodící pes, slepecký psací stroj, kalkulač s hlasovým výstupem, digitální čtecí stroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, indikátor barev pro nevidomé, zvětšovací lupa, signalizace domovního nebo bytového zvonku, signalizace pláče dítěte, signalizace telefonního zvonění a další. Nárok na příspěvek mají osoby se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kdy jejich stav nevylučuje

přiznání příspěvku. Konkrétní zdravotní postižení jsou specifikována v příloze č. 1 zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Jedná se o osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového postižení, těžce sluchově postižené, těžce zrakově postižené, osoby s interním zdravotním postižením způsobujícím těžké omezení pohyblivosti nebo osoby s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, osoby s autistickými poruchami s těžkým funkčním postižením, která znemožňuje schopnost chůze nebo způsobuje imobilitu. Dávku lze v případě osob s Alzheimerovou chorobou využít opět nejvíce v případě domácí péče (například v případě imobility schodolez, stropní zvedací systém, zvedací plošina, aj.) na základě posouzení zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou Okresní správy sociálního zabezpečení a po splnění zákonem stanovených podmínek.

Podmínky poskytnutí této dávky upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Proces žádosti o tuto dávku v rámci správního řízení upravuje zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. (Zákon č. 329/2011 Sb., Vyhláška č. 388/2011 Sb., Zákon č. 500/2004 Sb.)

6.1.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Průkaz osoby se zdravotním postižením není finanční dávkou, jedná se mimořádnou výhodu, která opravňuje držitele tohoto průkazu čerpat různé výhody vyjmenované zákonem č. 329/2011 Sb., konkrétněji pak v § 36 tohoto zákona (např. vyhrazené místo k sedění v prostředcích hromadné dopravy osob, bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (MHD), bezplatnou dopravu průvodce v MHD a vnitrostátní dopravě, bezplatnou dopravu vodícího psa je-li osoba nevidomá a bez průvodce, sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce, aj.) a výhody nenárokové poskytované dalšími subjekty (např. slevy na tarif u některých mobilních operátorů, sleva na telefon, parkovací místo v místě bydliště, osvobození od poplatku za psa, aj.) Nárok na průkaz má osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením způsobeným dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který omezuje její schopnosti pohyblivosti nebo orientace. Do této skupiny osob se také řadí osoby s poruchou autistického spektra (PAS). V případě osob s Alzheimerovou chorobou lze, s ohledem na další přidružené

onemocnění či kombinované vady vyjmenované v příloze č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, využít výhody plynoucí z přiznání tohoto průkazu.

Rozlišujeme 3 typy průkazů dle míry postižení:

- průkaz TP (průkaz osoby „těžce postižené“) – nárok na průkaz má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
- průkaz ZTP (průkaz osoby „zvlášť těžce postižené“) – nárok na průkaz má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
- průkaz ZTP/P (průkaz osoby „zvlášť těžce postižené s potřebou průvodce“) – nárok na průkaz má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra

Podrobný popis míry zdravotního postižení u jednotlivých typů průkazů upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a konkrétněji příloha č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Proces žádosti o tuto mimořádnou výhodu v rámci správního řízení upravuje zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. (Zákon č. 329/2011 Sb., Vyhláška č. 388/2011 Sb.)

6.2 Shrnutí

Úřad práce v rámci své kompetence mimo jiné administruje a vyplácí dávky státní finanční pomoci osobám se zdravotním postižením, mezi něž řadíme příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Do administrace úřadu práce řadíme také průkaz osoby se zdravotním postižením, který je mimořádnou výhodou, jež opravňuje držitele tohoto průkazu čerpat různé výhody vyjmenované zákonem a výhody nenárokové poskytované dalšími subjekty. Tyto dávky a další zákonem vyjmenované výhody vyplývající z přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením mohou velmi výrazně pomoci osobě s Alzheimerovou chorobou nebo osobě pečující o tuto osobu s úhradou dalších služeb sociální péče, jejichž zajištění je s postupující progresí nemoci nezbytné.

7 Uvedení do praktické části bakalářské práce

V návaznosti na teoretickou část bakalářské práce bylo realizováno výzkumné šetření, jehož primárním cílem bylo zjistit, zda je prostřednictvím speciálně pedagogických metod a technik podporována a zajišťována kvalita života osob s Alzheimerovou demencí v prostředí domova se zvláštním režimem.

7.1 Vymezení cíle a dílčích cílů praktické části bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit prostřednictvím interview s pracovníky v přímé péči a s klienty vybraného Alzheimercentra, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v tomto zařízení využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou demencí v prostředí Alzheimercenter.

Výzkumná část se zabývá aplikovaným výzkumem, který je charakterizován bezprostředním významem pro praxi, což znamená, že jeho výsledky se mohou okamžitě aplikovat v praxi. Jeho prostřednictvím se hledají návody k řešení praktických problémů prostřednictvím otázek, na něž odpovídá. Tento výzkum „... se často provádí v přirozeném prostředí“. „V sociálních vědách má aplikovaný výzkum často za cíl návrh opatření, intervencí nebo programů, jež zlepšují podmínky života lidí.“ (Hendl, 2016, s. 37)

V rámci hlavního výzkumného cíle, kterým je zjistit, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v zařízení využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou demencí v prostředí Alzheimercenter, byly stanoveny následující dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaká je nabídka speciálně pedagogických aktivizačních metod a technik, které vedou k podpoře kvality života klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak klienti centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích spolupracují s personálem tohoto centra při jednotlivých aktivitách, které vedou k podpoře kvality jejich života.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaké jsou reakce klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích na různé aktivizační metody a techniky, které přispívají k podpoře kvality jejich života.

V následujících tabulkách je zachyceno, prostřednictvím jakých výzkumných technik bude dosahováno dílčích cílů. Současně znázorňují i zdroje zjištění daných informací a transformaci dílčích cílů do tazatelských otázek, které budou použity v polostrukturovaném rozhovoru.

Tabulka č. 2: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 1

Dílčí cíl	Výzkumná technika	Zdroj zjištění	Otázky do rozhovoru
Cíl 1	polostrukturovaný rozhovor	Pracovníci v přímé péči centrum Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích	1) Jaká je koncepce aktivizačního programu pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení? 2) Kteří pracovníci se podílí na aktivizaci klientů s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení? 3) Spolupracujete v rámci aktivizace s nějakými středisky, organizacemi nebo dobrovolníky? 4) Čím se při výběru aktivizačních činností pro klienty řídíte (např. mobilita, orientace, kognitivní schopnosti klientů)? 5) Jaké aktivizační metody využíváte u klientů v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby? 6) Které z následujících speciálně pedagogických metod a technik využíváte? • Arteterapie • Muzikoterapie • Ergoterapie • Tanečně pohybová terapie • Dramaterapie • Kognitivní trénink • Snoezelen terapie • Reminiscence • Validace • Práce s životním příběhem klienta • Orientace v realitě • Zooterapie • Bazální stimulace

Tabulka č. 3: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 2

Dílčí cíl	Výzkumná technika	Zdroj zjištění	Otázky do rozhovoru
Cíl 2	polostrukturovaný rozhovor	Pracovníci v přímé péči centrum Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích	1) Jakým způsobem vedete klienty centra s Alzheimerovou chorobou k co nejdelší soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, příjmu potravy a nápojů, oblékání, použití toalety? 2) Využíváte ke stanovení schopností klientů testy nebo škály? (např. MMSE, Wechslerova škála paměti, WAB test a jiné) 3) V čem spatřujete přínos jednotlivých speciálně pedagogických aktivizačních metod a technik pro klienty s Alzheimerovou chorobou využívaných v rámci aktivizačních programů? 4) Jakým způsobem seznamujete klienty s nabídkou aktivit? 5) Jaká je oblíbenost a využití nabízených speciálně aktivizačních metod a technik mezi klienty? 6) Která aktivita je nejoblíbenější u mužů a která u žen, vnímáte u nich rozdíl? 7) Existují překážky bránící využití aktivizačních metod? Pokud ano, jaké to jsou překážky? 8) Jste schopni na přání klientů rozšířit sortiment nabízených aktivit? 9) Jak se projevuje efektivita aktivizačních technik v oblasti psychické, fyzické a sociální stránky klientů vašeho zařízení?

Tabulka č. 4: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 3

Dílčí cíl	Výzkumná technika	Zdroj zjištění	Otázky do rozhovoru
Cíl 3	polostrukturovaný rozhovor	Klienti centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích	1) Zúčastňujete se různých aktivizačních aktivit v rámci zařízení? 2) Jakým způsobem se seznamujete s nabídkou těchto aktivit? 3) Která z aktivit je u vás oblíbená/nejoblíbenější? • Arteterapie • Muzikoterapie • Ergoterapie • Tanečně pohybová terapie • Dramaterapie • Kognitivní trénink • Snoezelen terapie • Reminiscence • Validace • Práce s životním příběhem klienta • Orientace v realitě • Zooterapie • Bazální stimulace 4) Existuje aktivita, kterou nevyhledáváte, pokud ano, z jakého důvodu? 5) Mohou se do aktivizačních aktivit zapojit i vaši rodinní příslušníci či přátelé, pokud ano, jakým způsobem? 6) Vychází centrum vstříc vašim přáním ve smyslu rozšíření sortimentu nabízených aktivit?

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Rozhovory realizuji s pracovníky v přímé péči centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Díky stávajícímu personálnímu obsazení daného pracoviště (sociální pracovnice, zdravotní sestry, aktivizační pracovnice) předpokládám, že mi bude k dispozici dostatečně rozmanitý výběrový soubor.

Na první fázi výzkumného šetření, prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, participuje celkem sedm pracovníků. Po pečlivém zvážení svých možností získávání informací od pracovníků v přímé péči, daných organizační situací a časovým zaneprázdněním těchto pracovníků související s nedostatečným počtem ošetřujícího personálu, jsem přistoupila k volbě metody polostrukturovaného dotazování prezenční formou, jejíž podstata spočívá v poskytování informací přímo na pracovišti dotazovaných, v tomto případě v zařízení Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Výhody této formy dotazování spatřuji ve snazším navázání kontaktu se všemi informanty najednou, lepší dostupnosti předávání informací a komunikaci v obou směrech (od výzkumníka k informantům a naopak) a v neposlední řadě také v časové úspoře na straně výzkumníka i na straně informantů.

Na druhé fázi výzkumného šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, participuje šest vybraných klientů centra, kteří jsou vzhledem ke svému stupni onemocnění schopni pochopit položenou otázku a umět na ni relevantně odpovědět. Volba tohoto typu rozhovoru mi umožní, při dodržení pevně stanoveného sledu dotazů, vstupovat do rozhovoru doplňujícími otázkami a přizpůsobovat celý rozhovor informantovi, v případě, že informant položené otázky, vzhledem ke své zdravotní indispozici neporozumí, podat informantovi vysvětlující komentář nebo otázku vhodně přeformulovat tak, aby byla informantem správně pochopena.

Pro vytvoření výběrového souboru byl použit záměrný výběr, neboť jsem přesvědčena, že právě tito zaměstnanci v přímé péči a vybraní klienti mi umožní provést co nejlépe zamýšlené výzkumné šetření. Protože jsem ve vybraném centru Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích vykonala v rámci svého studia převážnou část svých odborných praxí a současně je mi také prostředí centra známé z důvodu umístění mého rodinného příslušníka, jsou zde současně zaručeny předběžné znalosti o zkoumaném souboru, že vybraní informanti zkoumaný soubor kvalifikovaně reprezentují a že poměry ve zkoumaném prostředí jsou mi dostatečně známy. Pro účely interpretace získaných

informací budou oslovení pracovníci v přímé péči označováni v textu „PP1 – PP7“, vybraní klienti centra pak „K1 – K6“.

Do zkoumaného souboru jsem záměrně nezařadila ty vedoucí pracovníky, kteří se přímé péče o klienty nezúčastňují, neboť by z tohoto důvodu nemohli být pro účely mého výzkumného šetření relevantními zdroji informací.

Při výběru konkrétních pracovníků do okruhu informantů pro moje výzkumné šetření jsem tedy vycházela nejen z osobních znalostí tohoto prostředí, ale vycházela jsem současně i z doporučení ředitelky centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, s kterou jsem spolupracovala již během svých praxí v tomto zařízení.

7.3 Výzkumná strategie

K řešení výzkumného úkolu jsem využila kvalitativní výzkumnou strategii, kterou jsem zvolila záměrně vzhledem k charakteru řešeného úkolu. Volba této strategie je dána snahou o větší rozkrytí problematiky využití speciálně pedagogických metod a technik při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou, které mohou být prostředkem a podporou při zajištění kvality života v průběhu péče o tyto klienty; tedy, budu se snažit prostřednictvím dotazování svých současníků prozkoumat svět jejich každodennosti. Dobrá znalost zkoumaného prostředí a jednotlivých aktérů může zajistit dostatečnou míru důvěry a otevřenosti jednotlivých informantů vůči mé osobě a tím ovlivnit i kvalitu získaných dat.

Kvalitativní výzkum se dle Hendla (2016) vyznačuje těmito charakteristikami: provádí se prostřednictvím delšího a intenzivního kontaktu se zkoumaným prostředím (jedinci nebo skupinami jedinců), ve kterém se výzkumník snaží zachytit data osobními kontakty s dotazovanými, jejichž informace shromažďuje, srovnává, induktivně analyzuje, vyhodnocuje a následně interpretuje.

Hendl (2016, s. 45) pak uvádí, že „... *neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum.*“ *Kvalitativní výzkum nelze podle mnoha metodologů charakterizovat pouze absencí čísel, „... jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ V této souvislosti cituje definici metodologa Creswella (1998 in Hendl 2016, s. 46), který kvalitativní výzkum vymezuje takto: „... *je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Švaříček et al. (2014, s. 13) pak uvádí, že „... i dnes panuje velká terminologická rozrůzněnost v definování termínu kvalitativní přístup.“ Dle Švaříčka et al. (2014) může být kvalitativní výzkum některými autory vymezován na základě zvolené metody sběru dat, kdy je nástrojem sběru dat zpravidla dotazník, na indukci, jako použité metodě usuzování, kdy výzkumník odvozuje z jednotlivých obecných výroků tvrzení obecného univerzálního charakteru, na typu dat, kterými jsou data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů a na způsobu analýzy dat a jejich následné interpretaci. Na základě těchto kritérií, která zohledňují všechny uvedené rysy, pak můžeme kvalitativní výzkum dle Švaříčka et al. (2014, s. 15) definovat jako „... proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“

Jako hlavní výzkumnou metodu sběru dat volím metodu dotazování jako jednu ze základních metod poznání jevů prostřednictvím výzkumné techniky rozhovoru, kde jsou otevřené otázky. Rozhovory realizuji se zaměstnanci v přímé péči centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích ve dvou fázích. V první fázi výzkumného šetření provedu, k dosažení cílů 1 a 2, polostrukturované dotazování prezenční formou, které bude spočívat v kladení tazatelských otázek sedmi participujícím pracovníkům na jejich pracovišti, které byly zaznamenány na záznamové zařízení (diktafon). Na první fázi poté naváže druhá fáze výzkumného šetření, prostřednictvím které se budu snažit dosáhnout cíle 3, spočívající v provedení polostrukturovaného rozhovoru se šesti vybranými participujícími klienty centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, kteří jsou vzhledem ke svému stupni onemocnění schopni pochopit položenou otázku a umět na ni relevantně odpovědět.

7.4 Zvolená výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu volím metodu dotazování jako jednu ze základních metod poznání jevů prostřednictvím výzkumné techniky rozhovoru. Rozhovory realizuji s pracovníky přímé péče v centru Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích a s klienty tohoto zařízení.

Při zpracování zvoleného tématu používám indukci, která spočívá v logickém odvození závěru z určitého tvrzení, tedy z odpovědí informantů.

7.5 Zvolená výzkumná technika

V odborné literatuře je popsáno několik typů rozhovorů, pro účely mého výzkumného šetření jsem zvolila následující typ:

Hlavní výzkumnou technikou, sloužící k dosažení dílčích cílů 1, 2 a 3 je polostrukturovaný rozhovor. Dle Švaříčka et al. (2014) využití polostrukturovaného rozhovoru umožňuje flexibilně pokládat otázky a pružně reagovat na odpovědi respondentů výzkumu. Tento typ rozhovoru umožňuje dle situace upravovat otázky, měnit jejich pořadí nebo některé otázky vypustit a současně dává prostor pro případné doptávání. Výzkumník tak může usměrňovat průběh rozhovoru tak, aby se respondent neodchýlil od zvoleného tématu. Otevřené otázky v rozhovoru umožňují získat co možná nejpodrobnější popis zkoumané reality. Rozhovor je veden výzkumníkem tak, aby zjistil, jak respondent vnímá zkoumanou realitu. Proto výzkumník pokládá a formuluje otázky tak, aby neovlivňoval respondentovy odpovědi. Výzkumník pak může současně zkoumat i neverbální projevy respondenta, které doprovázejí jeho odpovědi.

Jak dále uvádí Hendl (2016), polostrukturovaný rozhovor je výzkumníkem částečně řízený rozhovor, který je sestaven ze souboru předem připravených otázek, které musí být položeny, avšak jejich pořadí se může měnit v závislosti na vzniklé situaci. Obsah rozhovoru předpokládá vytvoření určitého schématu, které specifikuje okruhy otázek, které budou pokládány respondentům. Jádro rozhovoru tedy tvoří témata či otázky, které by měl tazatel probrat, je zde tudíž určitá jistota, že tato témata probrána budou. Pokud se během rozhovoru vyskytnou jakékoliv dodatečné, doplňující, otázky, které by mohly v danou chvíli smysluplně či vhodně rozšířit původní zadání otázky, musí je tazatel napsat nebo přepsat spolu s odpověďmi. Výhodu polostrukturovaného rozhovoru tedy spatřuji v tom, že dává tazateli určitou volnost a možnost flexibilně reagovat na vzniklou situaci (možnost zaměňovat pořadí otázek či dotazovaného vyzvat, aby vysvětlil a upřesnil svoje odpovědi). Nevýhodu polostrukturovaného rozhovoru osobně spatřuji v tom, že se mi nepodaří dodržet určitou závaznou strukturu a budu doplňujícími otázkami získávat údaje, které nejsou relevantní cílům výzkumného šetření.

Při formulaci většiny otázek v rozhovorech, jsem vycházela z teoretické části; některé otázky byly vytvořeny dodatečně, ale principiálně vycházejí a kontinuálně navazují na teoretickou část.

7.6 Organizace vlastního výzkumného šetření, způsob záznamů kvalitativních dat

První fáze rozhovorů byla realizována prezenční formou v prostorách centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích v týdnu od 17. 4. 2023 do 23. 4. 2023, druhá fáze rozhovorů byla zrealizována prezenční formou v prostorách centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, a to ve dnech 27. 4. 2023, 28. 4. 2023 a 29. 4. 2023.

K výzkumnému šetření jsem získala souhlas ředitelky tohoto centra, s níž jsem opakovaně spolupracovala v rámci svých odborných praxí ve druhém a třetím ročníku studia.

Samotné realizaci rozhovorů předcházela výběr informantů a formulace vhodných otázek, následně pak byl dojednáán časový harmonogram. Jak již bylo výše zmíněno, všichni pracovníci se mi snažili vycházet maximálně vstříc navzdory velké pracovní zátěži související s náročnou péčí o klienty centra, navíc komplikované omezeními vyplývajících z opakovaných opatření souvisejících s covidovou epidemií a s obdobím zvýšeného výskytu respiračních onemocnění, v důsledku čehož byly v centru zakázány návštěvy.

Rozhovory v první fázi výzkumného šetření proběhly prezenční formou se všemi pracovníky v přímé péči, jimž byly tazatelské otázky pokládány přímo na jejich pracovišti a byly průběžně zaznamenávány na nahrávací zařízení (diktafon). V druhé fázi výzkumného šetření byly rozhovory s vybranými klienty centra realizovány na základě individuální domluvy s každým zvlášť (v jiný den), neboť vedení rozhovorů s těmito informanty vyžadovalo velkou časovou náročnost. Všechny rozhovory byly provedeny v zázemí budovy centra Alzheimer Home, z. ú. z důvodu zajištění dostatečného „klidu“ a „intimity“ při sdělování informací. Všechny provedené rozhovory jsou uloženy na záznamovém zařízení a jejich následek je k dispozici.

8 Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením

Ve výzkumné části se zabývám aplikovaným výzkumem, který prostřednictvím kladených otázek hledá řešení praktických problémů, kdy tato řešení mají následně bezprostřední význam pro praxi.

Z rozhovorů, které jsem provedla se sedmi pracovníky v přímé péči centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích v 1. fázi výzkumného šetření prezenční formou, zaměřených na získání odpovědí na dílčí cíle 1 a 2 a dále z individuálních rozhovorů, které jsem provedla ve 2. fázi výzkumného šetření se šesti vybranými klienty centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, mohu shrnout poznatky v následujících kapitolách takto:

8.1 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 1

K dosažení dílčího cíle 1, který zněl: *„Zjistit, jaká je nabídka speciálně pedagogických aktivizačních metod a technik, které vedou k podpoře kvality života klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.“* jsem oslovila sedm participujících pracovníků v přímé péči (zdravotní sestra, aktivizační pracovnice, sociální pracovnice) centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.

Úvodní otázkou 1) *„Jaká je koncepce aktivizačního programu pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?“* jsem se pokusila zjistit, jaký názor mají pracovníci v přímé péči na vytvořenou koncepci aktivizačního programu v rámci centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Odpovědi informantů se na tuto otázku lišily. Zejména u pracovníků, kteří pracují v centru kratší dobu, chyběla globální znalost této koncepce. Zřejmě je to dáno jejich krátkou dobou působení na novém pracovišti: *„Vzhledem k tomu, že jsem zde v práci krátce, neměla jsem ještě čas s touto koncepcí seznámit.“* (PP6), *„Nevím, co si pod pojmem koncepce aktivizačního programu mám představit.“* (PP7) Pracovníci, kteří v zařízení pracují již delší dobu, mají o koncepci aktivizačního programu lepší povědomí: *„Aktivity jsou rozšířené a individuální, hodně se opakuje a každá se zaměřuje na něco jiného. Jednotný koncept tu ale za mě není, protože se to individuálně zaměřuje na všechno.“* (PP4), *„Podstata je v tom, aby se tu cítili jako doma, zjistit co je baví, aby si zavzpomínali. Aby se rozvíjely kognitivní funkce a aby se zabavili. Volíme program pro klienty.“* (PP5) Někteří pracovníci v přímé péči, kteří byli zjevně dlouhodobějšími zaměstnanci, se v této problematice orientovali, byli schopni tuto koncepci obecně charakterizovat a popsat: *„Ano, koncepci znám, když*

jsem nastoupila, byli jsme vyškoleni a v rámci tohoto školení nám byla představena i tato koncepce a bylo nám vysvětleno, co to v reálu znamená.“ (PP1), „Ano, koncepci znám, mohli jsme se při její tvorbě účastnit i připomínkového procesu.“ (PP2). Informant PP3 uvedl, že se procesu tvorby koncepce osobně zúčastnil, neboť je k tomu v rámci své pracovní pozice kompetentní: „Ano, koncepci podrobně znám, mohla jsem připomínkovat z mého úhlu pohledu.“

Na otázku 2) *„Kterí pracovníci se podílí na aktivizaci klientů s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?“* téměř všichni dotazovaní pracovníci shodně odpověděli, že se v rámci své pracovní náplně podílí na aktivizaci klientů centra. Jednalo se převážně o pracovníky v přímé péči – aktivizační pracovnice, které shodně uvedly: *„Ano, jsem tady od toho, abych se o klienty starala touto formou.“ (PP1), „Ano, mojí prací je provádění aktivizačních činností s klienty.“ (PP2), „Samozřejmě, moje práce je práce s klienty a do toho patří právě aktivizační činnosti.“ (PP3), „Ano, je to samozřejmé, že pokud jsem aktivizační pracovník, tak provádím aktivizační činnosti s klienty. Všichni tady máme jasně dáno, co který pracovník vykonává a nevstupujeme si navzájem do svých pracovních povinností.“ (PP4). Aktivizace klientů, v tomto slova smyslu, se nezúčastňuje oslovená zdravotní sestra.*

Otázkou 3) *„Spolupracujete v rámci aktivizace s nějakými středisky, organizacemi nebo dobrovolníky?“* jsem chtěla zjistit, zda centrum využívá spolupráce s externisty, organizacemi, ostatními středisky nebo dobrovolníky, kteří by mohli být prospěšnými v rámci aktivizace klientů. Informanti PP1 – PP4 téměř shodně uvedli, že velmi rádi spolupracují s dalšími neziskovými organizacemi, středisky a dobrovolníky, kteří jim velmi významně pomáhají při aktivizaci klientů a jsou pro ně velkým přínosem: *„Oslovovali jsme organizaci Ježíškova vnoučata, pak k nám chodí jedna farma přes tuto organizaci se zvířaty. Pak k nám dochází dobrovolníci, se kterými se nepotkávám, protože pracují individuálně s klienty na pokojích. A poté je to nárazové, hodně spolupracujeme se školami, se ZUŠ, pokud mají čas, a i se soukromými organizacemi.“ (PP1), „Samozřejmě, shání se třeba organizace na různé akce. Domlouvají se vystoupení i ze škol a spolupracujeme i s dobrovolníky, kteří nám vypomáhají.“ (PP2), „Dochází k nám dobrovolníci, hlavně když tu nejsme my jako aktivizační pracovnice, a pak také různé organizace. Nárazově se pořádají nějaké akce nebo se ozvou ze ZUŠ.“ (PP3), „Máme dobrovolníky z organizace Nevládka, kteří dělají různé aktivity nebo s klienty tráví čas. Potom k nám chodí žáci a studenti z mateřské školy, základní školy, střední školy*

a udělají vystoupení nebo k nám docházejí i ze ZUŠ. Potom dobrovolníci jako zpěváci anebo kapely, canisterapie a pan biskup.“ (PP4)

Informanti PP5 – PP7 uvedli, že s ostatními kolegy přichází do styku v rámci různých vzdělávacích aktivit nebo školení, které jsou pořádány pro oblast sociální péče: *„Ano, zúčastňuji se různých vzdělávacích školení, které máme stanovené jako povinné, a v rámci těchto školení se setkávám s kolegy z jiných zařízení. V rámci neformální diskuse probíráme i jednotlivé činnosti, které provádíme s klienty. Vždy si něco nového z těchto diskusí odnesu a mohu je využít ve své práci.*“ (PP5). Informanti PP6 – PP7 pak ještě dodávají, že *„Různá školení máme povinná, tam se setkáváme s kolegy a sdělujeme si svoje „příběhy“ s klienty. Mě to pomáhá, když si někdy nevím rady, jakou strategii mám použít, abych s klientem navázala ten správný vztah.“* a *„Ne všechno se dozvím z knížek, a i na školeních se kolikrát nedozvím tolik, jako při neformální diskusi s kolegy z jiných zařízení, třeba o přestávkách na školení.“*

Otázkou 4) *„Čím se při výběru aktivizačních činností pro klienty řídíte (např. mobilita, orientace, kognitivní schopnosti klientů)?“* jsem chtěla zjistit, zda v rámci centra probíhá kolokvium nad případem, tedy, zda se schází spolupracující skupina zaměstnanců v přímé péči, kteří se vzájemně informují o strategiích práce s jednotlivými klienty. Téměř všichni dotazovaní shodně uvedli, že se v rámci pravidelných porad schází tým spolupracovníků, kteří vytváří systém pravidel a postupů, podle kterých se pracuje v rámci aktivizace. Každý klient má svůj příběh a je proto nutné, posuzovat ho individuálně s přihlédnutím k sociálním, povahovým a zdravotním faktorům. K této otázce odpověděli informanti (PP1 – PP4) následovně: *„Ano, máme předepsaná pravidla, podle kterých se řídíme. Bereme v úvahu osobnost klienta, jeho osobní, sociální a zdravotní anamnézu a dle těchto kritérií si stanovujeme procesy, které budeme s klientem provádět.“*, *„Ne všichni klienti jsou stejní, některý je fyzicky více schopný, ale zato je po psychické stránce už hůře schopný dělat některé aktivizační činnosti, některý je zase méně fyzicky schopný a mentálně je fit. Takže je to individuální.“*, *„Určitě vycházíme prvotně ze zdravotního doporučení, dále z psychologického nebo psychiatrického vyšetření a bereme v úvahu také i momentální rozpoložení klienta.“*, *„Samozřejmě vycházím z doporučení lékařů a z momentálních schopností klienta. Současně při tom postupuji také intuitivně. Když vidím, že je klient nenaladěný na nějakou aktivitu, nenutím ho. Akorát by to pak bylo kontraproduktivní.“* Informanti PP5 – PP7 také shodně vypověděli, že se prvotně řídí doporučením lékařů, dále sociálních pracovníků. K tomu však respektují momentální stav klienta: *„Všechny klienty zařízení*

znám, takže vím, jaké aktivity je zajímají a podle toho je do nich zapojuji.“, „Určitě vycházím ze zdravotního stavu klienta, jeho momentálního psychického rozpoložení a také jeho zájmu. Nikoho nenutím se účastnit aktivity, která ho nezajímá.“ „Vycházím z vlastního pocitu, že mě by to také nebavilo, pokud mě bude někdo nutit dělat něco, co nechci.“ Aktivitu nabídnu, ale pokud není zájem, nenutím a zkusím nabídnout něco jiného.“

Otázkou 5) *„Jaké aktivizační metody využíváte u klientů v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby?“* odpověděli všichni dotazovaní informanti, že výběr vhodných aktivizačních metod je závislé na momentálním stavu klienta. Protože v průběhu času dochází u některých klientů k progresi nemoci, musí být tyto aktivity vhodně voleny tak, aby odpovídaly momentálnímu stavu klienta. Největší možnosti aktivizačních metod je u pacientů v prvním a druhém stadiu nemoci, kdy je možné pozorovat i zpomalení procesu progresu nemoci, ve třetím stadiu nemoci jsou voleny pouze takové aktivizační metody, které mohou klientovi přinést alespoň dočasnou spokojenost či úlevu. Z odpovědí informantů PP1 – PP7 vybírám: *„Nejlépe se mi pracuje s klienty, kteří jsou v rámci možností choroby ještě aktivní a mají zájem se těchto aktivit účastnit. Mnohdy sice efekt není až takový, jaký bych očekávala, ale já jsem ráda za jakýkoliv zájem ze strany klienta“.*, *„Dalo by se říci, že viditelné pokroky ve stavu klientů v rámci aktivizačních metod by mohly být pro mne dostačující. Mám však ráda i některé z metod, které mohu využít i u klientů ve 3. stadiu nemoci, tedy, pokud to jejich momentální zdravotní stav dovolí.“*, *„Největší radost mám u muzikoterapie. Pokud se najde sem tam klient, který má zachovanou schopnost hry na nějaký hudební nástroj, strhne mnohdy k aktivitě i ostatní klienty, kteří byli dosud více méně pasivní.“*, *„Zábavná pro mě je, a myslím, že i pro klienty, ergoterapie. Kolikrát se u pečení buchet zapojují i muži a najednou se objeví vzájemné interakce mezi klienty, kteří doposud mezi sebou neprohodili ani slovo.“*, *„Metody se liší u jednotlivých stádií. V těch horších stupních demence využíváme třeba Montessori techniky, třeba sešitky, kde máte obrázky na dvě poloviny a máte přiřadit správnou polovinu a podobně. A tyhle techniky se u nich osvědčily, protože se i vrací do dětských let. Nebo jim na motoriku dáme posouvání korálků, prostě jednoduché věci. Pak tu máme klienty, kde je stupeň úplně zanedbatelný a ti dokážou pracovat sami, třeba tu máme klientku, která vše zvládne sama. U aktivit, kde je více klientů, např. pečení se opravdu snažíme zapojit všechny i kdyby to bylo jen míchaní těsta nebo něco co zvládne i klient v těžkém stadiu demence. Pro nás je důležité,*

abychom zachovali tu motoriku co nejdéle. Takže pokud to jde, tak se snažíme všechny zapojit. “

Otázkou 6) „Které z následujících speciálně pedagogických metod a technik využíváte?“ jsem chtěla zjistit, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v centru pracovníky v přímé péči u klientů využívány. Obecně se všichni oslovení informanti (PP1 – PP7) shodli na tom, že nejvíce je mezi klienty zájem o arteterapii, muzikoterapii, ergoterapii a tanečně pohybovou terapii. Toto mohu i já osobně potvrdit, neboť při každé návštěvě mého rodinného příslušníka v centru zjišťuji, kolik nových výtvorů má vystaveno ve svém pokoji. Ze všech činností je nejvíce oblíbené zpívání, výtvarné činnosti, výroba domácích výrobků (pečení perníků, buchet) a také i tanečně pohybová terapie je u klientů oblíbená: *„Nejvíce se s klienty pobavíme při pečení buchet a jiných pekařských výrobků. Co člověk, to názor, jak se má co dělat. Někdy dochází i k malým roztržkám, kdy muži „kibicuji“ do práce žen a ty to pak mnohdy ne dobře snáší. “*, *„Vždycky super je tanečně pohybová terapie. Někdo sice nejdříve jen pasivně poslouchá hudbu a do pohybové aktivity se moc nezapojuje. Ideální je, pokud se mezi klienty najde někdo „aktivní“, který „rozpohybuje“ všechny okolo sebe, včetně nás, pracovníků. Tato aktivita zpravidla končí s pocitem velmi příjemně stráveného času. “*, *„Chtěli jsme vybudovat také Snoezelen místnost, bohužel, nakonec z toho sešlo z důvodu nedostatku volných prostor v zařízení. Je to škoda, myslím, že efekt by byl perfektní a klienti by o tuto aktivitu měli zájem. “*

Z uvedených odpovědí docházím, pro dílčí cíl 1, k tomuto závěru:

Téměř všichni oslovení pracovníci v přímé péči jsou seznámeni, a tudíž znají koncepci aktivizačního programu v rámci centra. Výjimku pouze tvoří zaměstnanec, který pracuje v zařízení krátce, a ještě zřejmě neměl prostor do této koncepce hlouběji proniknout. Téměř všichni dotazovaní pracovníci také shodně odpověděli, že se v rámci své pracovní náplně podílí na aktivizaci klientů centra. Všichni pracovníci také téměř shodně uvedli, že velmi rádi spolupracují s dalšími neziskovými organizacemi, školami a dobrovolníky, kteří jim velmi významně pomáhají při aktivizaci klientů a jsou pro ně velkým přínosem. V rámci pravidelných porad se schází tým spolupracovníků, kteří vytváří systém pravidel a postupů, podle kterých se pracuje v rámci aktivizace. Každý klient má svůj příběh a je proto nutné, posuzovat ho individuálně s přihlédnutím k sociálním, zdravotním a povahovým faktorům.

8.2 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 2

K dosažení dílčího cíle 2, který zněl: „Zjistit, jak klienti centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích spolupracují s personálem tohoto centra při jednotlivých aktivitách, které vedou k podpoře kvality jejich života.“ jsem oslovila sedm participujících pracovníků v přímé péči (zdravotní sestra, aktivizační pracovnice, sociální pracovnice) centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.

Úvodní otázkou 1) „*Jakým způsobem vedete klienty centra s Alzheimerovou chorobou k co nejdelší soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, příjmu potravy a nápojů, oblékání, použití toalety?*“ jsem chtěla zjistit, jakými postupy se pracovnice v přímé péči snaží u klientů prodloužit po co nejdelší dobu schopnost samoobslužných činností, zahrnující především osobní hygienu, příjem potravy a nápojů a oblékání. Převážně všichni dotazovaní shodně odpověděli, že činnosti vedoucí k prodloužení období zachování soběstačnosti klienta ve smyslu sebeobslužných činností je aktivita náročná, vyžadující kontinuální, cílené a soustavné sledování fungování klienta, což je v současné době, při nedostatečné personální kapacitě pracovníků v přímé péči, velmi náročné a nedaří se tak, jak by to bylo ideální: „*Není možné, s ohledem na personální poddimenzovanost, pracovat s klientem individuálně, tedy tak, že by každého klienta měl na starost jeden pracovník. Bohužel, v praxi je to mnohdy tak, že na jednoho pracovníka připadá násobně víc klientů, než o kolik by měl ideálně pečovat. Pak nezbyvá čas věnovat se klientovi intenzivněji, což se pak odráží na jeho celkovém fungování.*“ (PP1), „*Bohužel, naše práce je velmi nekvalitně finančně ohodnocena, a proto mají všechna zařízení podobného typu problémy s kapacitou zaměstnanců. Je nás málo, klientů přibývá a zatím nevidím řešení, jak z této situace ven. Podpora kognitivních funkcí formou různých cvičení, trénování paměti, to jsou fajn způsoby podpory klienta vedoucí k prodloužení doby jeho soběstačnosti. Jsou však velmi časově náročné, a proto neprobíhají zrovna ideálně tak, jak by bylo potřeba.*“ (PP2), „*Je to škoda, kolikrát vidím, že pokud bych měla více času se klientovi věnovat například při cvičení trénování paměti, jeho období soběstačnosti by se značně prodloužilo a v konečném důsledku by to pomohlo nám všem.*“ (PP3), „*Z aktivit nejvíce využívám terapie zaměřené na trénování paměti, posilování kognitivních funkcí, zautomatizování sebeobslužných činností tak, aby se staly samozřejmou součástí každodenního fungování klienta. Čím více budeme ty samé sebeobslužné činnosti opakovat, mohou se v průběhu času stát automatickými. Bohužel,*

udržení co nejdelší doby soběstačnosti klienta není zcela závislé na naší vůli. Důležitý je progres nemoci u každého klienta.“ (PP4)

Otázkou 2) „*Využíváte ke stanovení schopností klientů testy nebo škály? (např. MMSE, Wechslerova škála paměti, WAB test a jiné)*“ jsem chtěla zjistit, zda pracovníci v přímé péči využívají některé z testů, podle kterých by bylo možné stanovit schopnosti klientů a závěry z těchto testů využít pro aktivizaci klienta. Téměř shodně všichni oslovení informanti sdělili, že přímé testování oni sami neprovádějí. Klient přichází do zařízení většinou už se vstupní lékařskou anamnézou, jejíž součástí jsou závěry testování psychologa nebo psychiatra a je stanoven stupeň Alzheimerovy choroby nebo definována jiná demence. V rámci různých aktivizačních cvičení zaměřených např. na trénování paměti nebo jiných kognitivních funkcí, může například aktivizační pracovník použít některou z jednoduchých metod testování, ale pouze za účelem rozpoznání úrovně schopností klienta za účelem zapojení do konkrétní aktivizační činnosti: „*Ani si to mnohdy neuvědomím, ale někdy používám některou z jednoduchých testovacích metod. Ale opravdu jen pro svoji potřebu, abych se ujistila, zda některá z aktivizačních činností je pro klienta vhodná nebo ne.*“ (PP3), „*Využíváme Barthelův test, test Nortonové a MMSE.*“ (PP6)

Otázkou 3) „*V čem spatřujete přínos jednotlivých speciálně pedagogických aktivizačních metod a technik pro klienty s Alzheimerovou chorobou využívaných v rámci aktivizačních programů?*“ jsem chtěla zjistit, za pracovníci v přímé péči vnímají efektivitu využitých speciálně pedagogických metod a technik v rámci péče o klienty centra. Všichni dotazovaní informanti zcela shodně uvedli, že využívané speciálně pedagogické aktivizační metody a techniky jednoznačně pozitivně přispívají k prodloužení období aktivního fungování klientů, podporují také u klientů zájem o ty aktivity, které jim dříve nebyly vlastní (např. tanečně pohybová terapie, muzikoterapie, arteterapie). Efektivní se mnohdy staly i terapie zaměřené na kontakt se zvířaty: „*Je hezké vidět, že v rámci některých aktivit se u některých klientů probouzí potřeba sociálního kontaktu, kterého se jim v domácím prostředí už mnohdy nedostávalo.*“ (PP6), „*Kupodivu i prostřednictvím některých aktivizačních činností navazují klienti mezi sebou interpersonální vztahy, na které již dříve rezignovali.*“ (PP7), „*Přínosná je každá aktivizační činnost, která přinese do života klienta zájem o dění kolem sebe. Proto preferuji každou aktivitu, která klientovi přinese radost.*“ (PP2) „*Rozhodně to má přínos, jelikož se klienti pak tady necítí jen, že tu dožívají, má to přínos v zachování*

kognitivních funkcí, klienti jsou veselejší a neupadají do depresí. Necítí se zde odstrčeně.“
(PP1)

Otázkou 4) „*Jakým způsobem seznamujete klienty s nabídkou aktivit?*“ jsem chtěla zjistit, jakým způsobem jsou klienti informováni o možnostech využití různých aktivit. Všichni informanti v různých podobách svých odpovědí sdělili, že jednotlivé aktivizační činnosti jsou realizovány na základě aktivizačního programu, jehož koncepci si vytváří pracovníci v přímé péči sami a také s ohledem na možnosti zařízení. S nabízenými aktivitami seznamují klienty aktivizační pracovníci. Týdenní program mají klienti vyvěšený před společenskou místností a různým skupinám klientů jsou nabízeny pro ně vhodné aktivity: „*Každé ráno po snídani se se svou skupinou klientů setkám ve společenské místnosti, kde jim předložím návrh činnosti na daný den.*“ (PP3), „*Výběr aktivizačních činností je pouze na mém výběru, plánuji ji dopředu, s ohledem na provozní možnosti domova.*“ (PP1), „*Některé aktivity vyžadující větší organizaci (například výlet, návštěva kulturního zařízení apod.) musím plánovat dostatečně dopředu. Klienti jsou s těmito plány seznámeni předem.*“ (PP2), „*Plánujeme aktivity, ale závisí to na náladě klientů a zdravotním stavu. Když nevidím zájem o aktivitu, tak se snažím vymyslet něco jiného, aby nedělali pořád stejné věci dokola.*“ (PP6)

Otázkou 5) „*Jaká je oblíbenost a využití nabízených speciálně aktivizačních metod a technik mezi klienty?*“ jsem chtěla zjistit, které z aktivit jsou pro klienty zajímavé a které méně. Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že jednoznačně nejoblíbenější aktivitou je muzikoterapie, která je zprvu pouze pasivní, spočívající v pouhém poslechu oblíbené hudby, postupem času se klienti zapojují i svou aktivitou (bubnování na bubínku do rytmu, rumbakoule, triangel, zpívání apod.). Další oblíbenou aktivitou je arteterapie. Malování využívají i ti klienti, kteří dříve o tuto činnost nejevili zájem, neboť jim malování šlo hůře.: „*I drobnou sportovní aktivitou občas probudíme v klientovi zájem o „pohyb“.* Zpravidla to bývají turnaje v kuželnkách nebo petangue.“ (PP1), „*Zajímavá pro klienty je i zooterapie, kdy využíváme přítomnost zvířat v centru (zakrslý králík) nebo zvířat přicházejících v rámci canisterapie (pes).*“ (PP3)

Otázkou 6) „*Která aktivita je nejoblíbenější u mužů a která u žen, vnímáte u nich rozdíl?*“ jsem chtěla zjistit, kterou z aktivit preferují více ženy a kterou muži. U žen i mužů převládá jednoznačně zájem o ty aktivity, které jim byly v průběhu jejich života vlastní a které byly většinou spojeny s jejich životními rolemi. Samozřejmé je to, že některé z dříve vykonávaných aktivit již mnohdy není klient schopen, s ohledem na svůj momentální zdravotní a duševní stav, provádět, nicméně realizace některé

z dřívějších aktivit zůstává stále zachována, a tudíž je i oblíbená. U žen převládají především činnosti rukodělné, kreativní (vaření, pečení, výtvarné činnosti), u mužů převládají činnosti spojené s výrobou různých výrobků (natírání dřeva, pletení pomlázky, aj.): „*Aktivitu a kreativitu klientů podporujeme, jsme jim při těchto aktivitách nápomocni, pokud již některou nejsou fyzicky schopni na 100% zvládnout.*“ (PP6), „*Je to individuální, někteří muži jdou tvořit a vařit a někteří nic z toho neudělají a jdou spíše hrát kuželky nebo raději hrají karty. A jsou tu ženy, co rády vaří a tvoří a některé třeba rády natírají dřevo apod.*“ (PP1)

Otázkou 7) „*Existují překážky bránící využití aktivizačních metod? Pokud ano, jaké to jsou překážky?*“ jsem chtěla zjistit, zda v realizaci aktivizačních metod brání nějaké překážky, které znemožňují jejich uskutečnění. Všichni dotazovaní informanti (PP1 – PP7) téměř zcela shodně uvedli, že největšími překážkami bránícími realizaci některých aktivit je časová vytiženost pracovníků, nedostatek personálu a finanční možnosti zařízení. Informant (PP4) uvedl, že náklady spojené s realizací některých aktivit znemožňují jejich uskutečnění: „*Rádi bychom více jezdili s klienty na výlety nebo za kulturou. Jenomže ceny nákladů, které jsou spojené s realizací těchto akcí v poslední době tak neúměrně stouply, že není reálné jejich častější uskutečnění.*“, „*V rámci prostorového uspořádání centra jsou omezené možnosti realizovat všechny aktivity, zejména v zimě. V létě můžeme využívat venkovní terasu naléhající na společenskou místnost nebo zahradu, což naši klienti oceňují.*“ (PP7)

Otázkou 8) „*Jste schopni na přání klientů rozšířit sortiment nabízených aktivit?*“ jsem chtěla zjistit, zda centrum vychází, v rámci svých možností, vstříc svým klientům v oblasti rozšíření nabídky aktivit. I u této otázky téměř všichni informanti shodně odpověděli, že se centrum, v rámci svých finančních, prostorových a personálních možností snaží vyhovět při rozšiřování nabídky aktivit. Zejména dobrovolníci, přicházející do centra, pomáhají rozšiřovat tuto nabídku aktivit, dále pak studenti vysokých škol, kteří v centru realizují své odborné školní praxe, přinášejí nové informace a realizují s klienty nové aktivity, které se dosud v rámci zařízení neprováděly: „*Pokud je přání klienta reálné a realizovatelné, snažíme se mu vyhovět. Záleží pak také na tom, jakou novou aktivitu si klient přeje. Není však našich personálních kapacitách věnovat se jednomu klientovi v rámci jeho požadované aktivity.*“ (PP4)

Otázkou 9) „*Jak se projevuje efektivita aktivizačních technik v oblasti psychické, fyzické a sociální stránky klientů vašeho zařízení?*“ jsem chtěla zjistit, zda informanti – pracovníci v přímé péči, pozorují přímou souvislost mezi využívanými speciálně

pedagogickými metodami a technikami a progresí Alzheimerovy choroby u klientů. Jednoznačně všichni informanti odpověděli, že využívané aktivizační techniky mají pozitivní vliv na udržení psychických, fyzických a sociálních stránek klienta a prodloužení období jeho aktivního fungování. Bohužel, u klientů, kteří přicházejí do centra v již pokročilém stadiu nemoci, tedy ve 3. stupni choroby, již zpravidla není možné většinu z těchto aktivizačních činností využít. *„Mnohdy přichází do centra klient, který ztratil, kromě svého nejbližšího životního partnera, také sociální kontakt s okolím. Je pasivní, bez zájmu. Pomocí aktivizačních technik ho můžeme vrátit zpátky do života, probudit v něm zájem o dění kolem sebe. Je pak hezké vidět, jak klient pookřál a našel zase smysl života.“* (PP1) *„Někteří z přicházejících klientů ztratili zájem o dění kolem sebe, ale i o sebe sama. Mnohdy tento stav není způsoben jen samotnou nemocí, ale také přerušením sociálních kontaktů, které jsou jako zdroj podnětů pro klienta velmi důležité. Podporují totiž nejen fyzickou stránku, ale zejména tu psychickou a sociální.“* (PP7)

Z uvedených odpovědí docházím, pro dílčí cíl 2, k tomuto závěru:

Činnosti vedoucí k prodloužení období zachování soběstačnosti klienta ve smyslu sebeobslužných činností je aktivita náročná, vyžadující kontinuální, cílené a soustavné sledování fungování klienta, což je v současné době, při nedostatečné personální kapacitě pracovníků v přímé péči, velmi náročné a nedaří se tak, jak by to bylo ideální. Přímé testování pracovníci v přímé péči sami neprovádějí. Klient přichází do zařízení většinou už se se vstupní lékařskou anamnézou, jejíž součástí jsou závěry testování psychologa nebo psychiatra a je stanoven stupeň Alzheimerovy choroby nebo definována jiná demence. V rámci různých aktivizačních cvičení zaměřených např. na trénování paměti nebo jiných kognitivních funkcí, může například aktivizační pracovník použít některou z jednoduchých metod testování, ale pouze za účelem rozpoznání úrovně schopností klienta za účelem zapojení do konkrétní aktivizační činnosti. Využívané speciálně pedagogické aktivizační metody a techniky jednoznačně pozitivně přispívají k prodloužení období aktivního fungování klientů, podporují také u klientů zájem o ty aktivity, které jim dříve nebyly vlastní (např. tanečně pohybová terapie, muzikoterapie, arteterapie). Efektivní se mnohdy staly i terapie zaměřené na kontakt se zvířaty. Jednotlivé aktivizační činnosti jsou realizovány na základě aktivizačního programu, jehož koncepci vytváří pracovníci v přímé péči s ohledem na možnosti zařízení. S nabízenými aktivitami seznamují klienty aktivizační pracovníci, které v rámci denního programu nabízí různým skupinám klientů pro ně vhodné aktivity. Nejoblíbenější aktivitou je muzikoterapie. Oblíbené je u klientů zpívání či samotný

poslech hudby. Další oblíbenou aktivitou je arteterapie, malování využívají i ti klienti, kteří dříve o tuto činnost nejevili zájem, neboť jim malování šlo hůře. U žen i mužů převládá jednoznačně zájem o ty aktivity, které jim byly v průběhu jejich života vlastní a které byly většinou spojeny s jejich životními rolemi. Samozřejmě je to, že některé z dříve vykonávaných aktivit již mnohdy není klient schopen, s ohledem na svůj momentální zdravotní a duševní stav, provádět, nicméně realizace některé z dřívějších aktivit zůstává stále zachována, a tudíž je i oblíbená. U žen převládají především činnosti rukodělné, kreativní (vaření, pečení, výtvarné činnosti), u mužů převládají činnosti spojené s výrobou různých výrobků (natírání dřeva, pletení pomlázky, aj.). Největšími překážkami bránícími realizaci některých aktivit je časová vytíženost pracovníků, nedostatek personálu a finanční možnosti zařízení. Centrum se, v rámci svých finančních, prostorových a personálních možností snaží vyhovět při rozšiřování nabídky aktivit. Zejména dobrovolníci, přicházející do centra, pomáhají rozšiřovat tuto nabídku aktivit, dále pak studenti vysokých škol, kteří v centru realizují své odborné školní praxe, přinášejí nové informace a realizují s klienty nové aktivity, které se dosud v rámci zařízení neprováděly. Využívané aktivizační techniky mají pozitivní vliv na udržení psychických, fyzických a sociálních stránek klienta a prodloužení období jeho aktivního fungování. Bohužel, u klientů, kteří přicházejí do centra v již pokročilém stadiu nemoci, tedy ve 3. stupni choroby, již zpravidla není možné většinu z těchto aktivizačních činností využít.

8.3 Interpretace a vyhodnocení výsledků dílčího cíle 3

K dosažení dílčího cíle 3, který zněl: „*Zjistit, jaké jsou reakce klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích na různé aktivizační metody a techniky, které přispívají k podpoře kvality jejich života.*“ jsem oslovila šest participujících vybraných klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích.

Úvodní otázkou 1) „*Zúčastňujete se různých aktivizačních aktivit v rámci zařízení?*“ jsem chtěla zjistit, zda se vybraní klienti zapojují do aktivit, které se realizují v centru v rámci aktivizačního programu. Odpovědi dotazovaných se zde nepatrně lišily, jelikož mnoho klientů si kvůli úbytku kognitivních funkcí již nevzpomínalo, že nějaké aktivity dělají. Většina dotazovaných si postěžovala, že by uvítali více aktivit a že v zařízení nic nedělají. Toto tvrzení jsem si ověřila u pracovníků v přímé péči, bylo však jimi vyvráceno, jelikož zařízení nabízí spoustu aktivit. Mnoho klientů odpovědělo, že pokud aktivity probíhají, tak se jich rádi zúčastní, protože mají nějaké zaměstnání a dělají smysluplné aktivity. „*Líbí se mi, že tady máme nějakou aktivitu, protože jen neležíme a máme nějakou práci.*“

(K2), „*Já ráda něco dělám, hlavně ruční práce. Nezáleží úplně na aktivitě, hlavně když se něco děje. Ráda tvořím a vystřihávám z papíru, hlavně, když vyrábíme výzdoby.*“ (K3)

Jiní klienti uvedli, že se aktivit účastní, ale rádi by dělali i jiné aktivity. „*Mohli bychom chodit třeba na nějaké procházky nebo hrát nějaké hry.*“ (K1) Další, kvůli zdravotnímu stavu nebo vlivem kognitivní poruchy, buď zapomněli, že některé aktivity probíhají, nebo se aktivit moc neúčastní, jelikož chtějí mít vlastní soukromí nebo se cítí omezení svým zdravotním stavem. „*To je těžké, protože můj zdravotní stav mě omezuje a nemohu dělat pohybové aktivity.*“ (K5), „*Je to těžké kvůli zdravotnímu stavu ženy, takže je nám někdy lépe když jsme sami.*“ (K6), „*No my tady nic neděláme, já tu ještě nejsem tak dlouho, ale zatím nic moc.*“ (K4)

Otázkou 2) „*Jakým způsobem se seznamujete s nabídkou těchto aktivit?*“ jsem chtěla zjistit, zda je klientům centra známo, který z pracovníků centra informuje klienty o nabízených aktivitách a jakým způsobem jim předává tuto informaci. Všichni dotazovaní shodně uvedli, že se o programu nejčastěji dozvídají od aktivizačních pracovníků nebo ostatních zaměstnanců zařízení každý den. Program je klientům přístupný na tabuli po celý den, ovšem často dochází k jeho úpravě v závislosti na okolnostech, ovšem často se o programu dozvídají přímo před zahájením aktivity či v jejím průběhu. „*Vždy nám to řekne sestra, co je třeba udělat, třeba že budeme přesazovat kytky nebo že je třeba udělat výzdobu na čarodějnice nebo je potřeba zamést listí.*“ (K2) „*No přijdou ty ergo, co nás mají na tyhle věci a ty nám řeknou, že je něco potřeba udělat nebo nás vezmou vysazovat kytky atd. všelijaké práce.*“ (K3) „*Přijde sestřička (aktivizační pracovníce) a zeptá se, jestli chceme na aktivitu, co mají ve společenské místnosti.*“ (K5)

Někteří z klientů s již významně porušenou pamětí nedokázalo odpovědět, jelikož si nemohli vzpomenout, od koho se o programu dozvídají. „*Já o ničem nevím, sice zapomínám, ale o ničem nevím.*“ (K4)

Otázkou 3) „*Která z aktivit je u vás oblíbená/nejoblíbenější?*“ jsem chtěla zjistit, která z nabízených aktivit je pro klienty atraktivní a zajímavá a rádi se do ní zapojují. Zde byly odpovědi klientů také téměř totožné, tedy, že nejoblíbenější aktivitou je u nich muzikoterapie a aktivity spojené s posloucháním hudby, zpěvem nebo hrou na hudební nástroj, pokud tuto dovednost mají. „*Posloucháme rádi hudbu.*“ (K5) „*Mám ráda hudbu, jelikož hraji na klavír, tak někdy hraju. Také mám ráda ruční práce, všechno na ně mě velmi baví.*“ (K2) Dále klienti odpovídali, že mají rádi hlavně ruční práce, jako tvoření, které je v programu zahrnuto v rámci arteterapie. „*Mám ráda hudbu, jinak ráda pletu, háčkiju a takovéhle ruční práce. Ráda také vyrábím různé výrobky z proutí a ozdoby*

na stromeček, andělíčky a vše možné z korálků. Taky mě baví vaření.“ (K3) *„Poslouchám raději hudbu, jelikož jsem hrozný malíř. Také mě baví zahradničení, jelikož jsme měli barák a já si na zahrádce sázela různé květiny.*“ (K1)

Další klienti jako pozitivní hodnotí možnosti pohybové terapie, nebo různá cvičení, jelikož se tak mohou udržovat ve fyzické kondici. *„Důležité je také, že tady cvičíme. To se vždy zapojuji.*“ (K2) *„Malovat moc neumím, ale vždycky mě bavil sport. Závodně jsem hrála volejbal, takže by mě bavily spíš takovéhle aktivity, kdyby tu někdo zorganizoval.*“ (K4) Konkrétně u informantky (K4) mi bylo později řečeno, že se každých pohybových aktivit účastní, jen si na svoji participaci nevzpomíná.

Další klienti si také chválí aktivity spojené s vařením a pečením, protože se jedná o aktivitu, kterou dělali rádi a chybí jim. *„Pečení mě také baví, ale mrzí mě, že už nemůžu tolik péct, jelikož jsem celý život pekla a vařila.*“ (K2) *„Taky mě baví vařit, jelikož jsem doma vařil pořád.*“ (K6)

Informant (K6) také odpověděl, že se účastní zejména pracovních činností, a to při vyrábění různých výrobků nebo podobných činností: *„Já rád natírám nějaké budky, krabičky.*“ (K6)

Otázkou 4) *„Existuje aktivita, kterou nevyhledáváte, pokud ano, z jakého důvodu?“* jsem chtěla zjistit, která z nabízených aktivit je pro klienty nejméně atraktivní, nezajímavá a neradi se do ní zapojují. Oproti odpovědím pracovníků zařízení, informanti naopak arteterapeutické metody příliš nevyhledávají, zejména pokud jde o malování, a shodují se, že jsou špatní malíři a mají raději jiné aktivity. *„To malování mě moc nebaví, jelikož nejsem úplný malíř, ale baví mě dozdobování.*“ (K2) *„No nemám ráda malování.*“ (K3) Jiní klienti odpověděli, že se do malování zapojují, ale ne tak často. *„Malovat mi nevadí, ale nedělám to, protože to neumím.*“ (K4)

Jeden z informantů neprojevuje zájem o vaření, neboť o něj ve svém životě nikdy nejevil zájem: *„Vaření a pečení mě nebavilo nikdy, to nebyla moje parketa.*“ (K4)

Mnoho klientů v celkovém důsledku neuvedlo mnoho aktivit, které by vědomě nevyhledávali: *„Je těžké tu něco kritizovat, protože není co.*“ (K6) Někteří klienti byli v zařízení krátkou dobu, a proto nemohli adekvátně odpovědět: *„Jsem tady chvíli, takže úplně nevím.*“ (K5)

Otázkou 5) *„Mohou se do aktivizačních aktivit zapojit i vaši rodinní příslušníci či přátelé, pokud ano, jakým způsobem?“* jsem chtěla zjistit, zda se rodinní příslušníci klientů také zapojují do některých z aktivit realizovaných v rámci centra. Zde byly odpovědi informantů téměř shodné, protože kvůli pracovnímu vytížení nebo vzdálenosti bydliště

jejich rodinných příslušníků někdy není čas na aktivity, a i jejich rodinní příslušníci se do aktivit nezapojují, spíše si s klienty chtějí promluvit a strávit čas s nimi v soukromí. „*Ještě tu nejsem tak dlouho, takže tu ještě nebyli. Jsou také hodně v práci.*“ (K4), „*Ne, nezapojují. Jen si za námi přijdou popovídat.*“ (K6)

Informanti se také shodli na tom, že aktivity raději dělají sami nebo si pomáhají s ostatními klienty: „*Ne, to my si tady děláme všechno sami. Třeba když jsme na pokoji dvě tak si navzájem pomáháme.*“ (K2)

Otázkou 6) „*Vychází centrum vstříc vašim přáním ve smyslu rozšíření sortimentu nabízených aktivit?*“ jsem chtěla zjistit, zda centrum realizuje i ty aktivity, které jsou projeveným přáním klienta. Po rozhovoru s aktivizačními pracovníci jsem zjistila, že se snaží nabídku aktivit rozšířit, dle přání klientů, ovšem klientům většinou vyhovuje stávající nabídka, je pro ně dostačující a mají pocit, že je vždy co dělat. „*Já si myslím, že tady dělají snad všechno a všechno mě baví. Zajímám se o všechny aktivity, protože mají na všechno aktivity (na jaro, zimu, Velikonoce).*“ (K3)

Ovšem někteří klienti uvedli, že by nabídku rozšířili o aktivity, o které se dříve zajímali. „*Ráda bych dělala něco jiného, ale teď mě napadá víc věcí. Určitě to pečení a vaření bych pekla ráda, naposledy jsme pekli cukroví.*“ (K2) „*Daly by se dělat nějaký vycházky. Ty by mi stačily, protože jsem celý život sportovala.*“ (K4) Z odpovědí klientů bylo také zřejmé, že úbytek paměti ovlivnil jejich odpovědi, protože zapomněli, že tyto aktivity již dělali.

Z uvedených odpovědí docházím, pro dílčí cíl 3, k tomuto závěru:

Z odpovědí dotazovaných informantů lze obecně říci, že se klienti centra pořádaných aktivit zúčastňují, protože mají nějaké zaměstnání a smysluplné aktivity. Někteří informanti by však uvítali více aktivit a uváděli, že mnoho aktivit v centru neprobíhá. Toto tvrzení však bylo pracovníky v přímé péči vyvráceno, neboť někteří z klientů si kvůli úbytku kognitivních funkcí již nevzpomnělo, že nějaké aktivity dělají. O programu se klienti nejčastěji dozvídají od aktivizačních pracovníků nebo ostatních zaměstnanců zařízení každý den. Program je klientům přístupný na tabuli po celý den, ovšem často dochází k jeho úpravě v závislosti na okolnostech, ovšem často se o programu dozvídají přímo před zahájením aktivity či v jejím průběhu. Nejoblíbenější aktivitou je u klientů muzikoterapie a aktivity spojené s posloucháním hudby, zpěvem nebo hrou na hudební nástroj, pokud tuto dovednost mají. Dále mají rádi hlavně ruční práce, jako tvoření, které je v programu zahrnuto v rámci arteterapie. Chválí také aktivity spojené s vařením a pečením, protože se jedná o aktivitu, kterou dělali rádi a chybí jim.

Oblíbené jsou také pracovní činnosti, zejména vyrábění různých výrobků nebo podobné činnosti. Na rozdíl od tvrzení aktivizačních pracovníků oslovení informanti uvedli, že příliš nevyhledávají arteterapeutické metody, zejména pokud jde o malování, a shodují se, že jsou špatní malíři a mají raději jiné aktivity. Příbuzní či přátelé klientů se do společných aktivit z důvodu pracovního vytížení nebo vzdálenosti bydliště nezapojují, spíše si s klienty chtějí promluvit a strávit čas s nimi v soukromí. Centrum se snaží nabídku aktivit rozšířit, dle přání klientů, ovšem klientům většinou vyhovuje stávající nabídka, je pro ně dostačující a mají pocit, že je vždy co dělat.

8.4 Zhodnocení naplnění cíle a dílčích cílů praktické části bakalářské práce

Na základě shrnutí jednotlivých dílčích cílů mohu, v rámci hlavního výzkumného cíle, kterým bylo zjistit, jaké speciálně pedagogické metody a techniky jsou v zařízení využívány a jak přispívají k podpoře a zajištění kvality života v průběhu péče o osoby s Alzheimerovou demencí v prostředí vybraného Alzheimercentra, konstatovat, že téměř všichni oslovení pracovníci v přímé péči centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, jsou seznámeni, a tudíž znají koncepci aktivizačního programu v rámci centra, výjimku tvoří pouze zaměstnanec, který pracuje v zařízení krátce, a ještě zřejmě neměl prostor do této koncepce hlouběji proniknout. Téměř všichni dotazovaní pracovníci se v rámci své pracovní náplně podílí na aktivizaci klientů centra. Centrum spolupracuje s dalšími neziskovými organizacemi, školami a dobrovolníky, kteří jim velmi významně pomáhají při aktivizaci klientů a jsou pro ně velkým přínosem. V rámci pravidelných porad se schází tým spolupracovníků, kteří vytváří systém pravidel a postupů, podle kterých se pracuje v rámci aktivizace. Činnosti vedoucí k prodloužení období zachování soběstačnosti klienta ve smyslu sebeobslužných činností je aktivita náročná, vyžadující kontinuální, cílené a soustavné sledování fungování klienta, což je v současné době, při nedostatečné personální kapacitě pracovníků v přímé péči, velmi náročné a nedaří se tak, jak by to bylo ideální. Přímé testování klientů pracovníci v přímé péči sami neprovádějí. Klient přichází do zařízení většinou už se se vstupní lékařskou anamnézou, jejíž součástí jsou závěry testování psychologa nebo psychiatra a je stanoven stupeň Alzheimerovy choroby nebo definována jiná demence. V rámci různých aktivizačních cvičení zaměřených např. na trénování paměti nebo jiných kognitivních funkcí, může například aktivizační pracovník použít některou z jednoduchých metod testování,

ale pouze za účelem rozpoznání úrovně schopností klienta za účelem zapojení do konkrétní aktivizační činnosti. Využívané speciálně pedagogické aktivizační metody a techniky jednoznačně pozitivně přispívají k prodloužení období aktivního fungování klientů, podporují také u klientů zájem o ty aktivity, které jim dříve nebyly vlastní (např. tanečně pohybová terapie, muzikoterapie, arteterapie). Efektivní se mnohdy staly i terapie zaměřené na kontakt se zvířaty. Jednotlivé aktivizační činnosti jsou realizovány na základě aktivizačního programu, jehož koncepci vytváří pracovníci v přímé péči s ohledem na možnosti zařízení. S nabízenými aktivitami seznamují klienty aktivizační pracovníci, které v rámci denního programu nabízí různým skupinám klientů pro ně vhodné aktivity. Nejoblíbenější aktivitou je muzikoterapie. Oblíbené je u klientů zpívání či samotný poslech hudby. Další oblíbenou aktivitou je arteterapie, malování využívají i ti klienti, kteří dříve o tuto činnost nejevili zájem, neboť jim malování šlo hůře. U žen i mužů převládá jednoznačně zájem o ty aktivity, které jim byly v průběhu jejich života vlastní a které byly většinou spojeny s jejich životními rolemi. Samozřejmé je to, že některé z dříve vykonávaných aktivit již mnohdy není klient schopen, s ohledem na svůj momentální zdravotní a duševní stav, provádět, nicméně realizace některé z dřívějších aktivit zůstává stále zachována, a tudíž je i oblíbená. U žen převládají především činnosti rukodělné, kreativní (vaření, pečení, výtvarné činnosti), u mužů převládají činnosti spojené s výrobou různých výrobků (natírání dřeva, pletení pomlázky, aj.). Největšími překážkami bránícími realizaci některých aktivit je časová vytiženost pracovníků, nedostatek personálu a finanční možnosti zařízení. Centrum se, v rámci svých finančních, prostorových a personálních možností snaží vyhovět při rozšiřování nabídky aktivit. Zejména dobrovolníci, přicházející do centra, pomáhají rozšiřovat tuto nabídku aktivit, dále pak studenti vysokých škol, kteří v centru realizují své odborné školní praxe, přináší nové informace a realizují s klienty nové aktivity, které se dosud v rámci zařízení neprováděly. Využívané aktivizační techniky mají pozitivní vliv na udržení psychických, fyzických a sociálních stránek klienta a prodloužení období jeho aktivního fungování. Bohužel, u klientů, kteří přicházejí do centra v již pokročilém stadiu nemoci, tedy ve 3. stupni choroby, již zpravidla není možné většinu z těchto aktivizačních činností využít. Klienti centra se pořádaných aktivit zúčastňují, protože mají nějaké zaměstnání a smysluplné aktivity. Někteří klienti by však uvítali více aktivit a uváděli, že mnoho aktivit v centru neprobíhá. Toto tvrzení však bylo pracovníky v přímé péči vyvráceno, neboť někteří z klientů si kvůli úbytku kognitivních funkcí již nevzpomnělo, že nějaké aktivity dělají. O programu se klienti nejčastěji dozvídají od aktivizačních

pracovníků nebo ostatních zaměstnanců zařízení každý den. Program je klientům přístupný na tabuli po celý den, ovšem často dochází k jeho úpravě v závislosti na okolnostech, ovšem často se o programu dozvídají přímo před zahájením aktivity či v jejím průběhu. Nejoblíbenější aktivitou je u klientů muzikoterapie a aktivity spojené s posloucháním hudby, zpěvem nebo hrou na hudební nástroj, pokud tuto dovednost mají. Dále mají rádi hlavně ruční práce, jako tvoření, které je v programu zahrnuto v rámci arteterapie. Chválí také aktivity spojené s vařením a pečením, protože se jedná o aktivitu, kterou dělali rádi a chybí jim. Oblíbené jsou také pracovní činnosti, zejména vyrábění různých výrobků nebo podobné činnosti. Na rozdíl od tvrzení aktivizačních pracovníků oslovení klienti uvedli, že příliš nevyhledávají arteterapeutické metody, zejména pokud jde o malování, a shodují se, že jsou špatní malíři a mají raději jiné aktivity. Příbuzní či přátelé klientů se do společných aktivit z důvodu pracovního vytížení nebo vzdálenosti bydliště nezapojují, spíše si s klienty chtějí promluvit a strávit čas s nimi v soukromí. Centrum se snaží nabídku aktivit rozšířit, dle přání klientů, ovšem klientům většinou vyhovuje stávající nabídka, je pro ně dostačující a mají pocit, že je vždy co dělat.

Jsem si vědoma, že provedené výzkumné šetření mohlo být ovlivněno limity, zejména pracovním vytížením zaměstnanců v přímé péči, které je způsobeno personální poddimenzovaností tohoto domova se zvláštním režimem. U některých informantů také nedostatečnou znalostí konceptu práce s klienty danou jejich krátkým působením na pracovišti. U dotazovaných klientů mohl být výsledek dotazování ovlivněn limity jejich schopností porozumět položené otázce, které jsou způsobeny úbytkem paměti v důsledku Alzheimerovy choroby.

Na základě provedeného výzkumného šetření doporučuji častější využití dalších speciálně pedagogických metod, které také vedou k podpoře a zachování kognitivních schopností klientů s Alzheimerovou chorobou. Za efektivní považuji např. využití Snoezelen místnosti, jejímž cílem je vyvolání smyslových pocitů, která může být přínosná pro širokou škálu klientů, tj. klientů ve všech stádiích Alzheimerovy choroby.

Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku Alzheimerovy choroby, konkrétněji pak na problematiku zajištění a podpory kvality života klientů s Alzheimerovou chorobou ve vybrané síti Alzheimercenter v České republice. V závěru práce je shrnuto celé téma a jsou interpretovány výsledky, k nimž se dospělo ve výzkumném šetření.

Teoretická část je pomocí odborné literatury věnována problematice Alzheimerovy choroby a dalším tématům, které s touto chorobou souvisí. Popsána je demence, její příznaky a klasifikace, přiblížena je Alzheimerova choroba, její první objevitel, který tuto chorobu popsal a podle kterého nese svůj název, její příznaky, patofyziologie a její diagnostika, průběh a možné cesty její léčby. V dalších kapitolách je popsána Česká Alzheimerovská společnost, dále pak síť vybraných Alzheimercenter v České republice, konkrétněji pak centrum Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Současně jsou popsány speciálně pedagogické metody a techniky práce s klienty s demencí, které mohou přispívat k podpoře kvality jejich života. Dále jsou přiblíženy možnosti finanční podpory státu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou prostřednictvím poskytovaných dávek a výhod ze systému sociálního zabezpečení České republiky.

V praktické části je provedena analýza využití a efektivita speciálně pedagogických metod a technik při péči a podpoře kvality života klientů s Alzheimerovou chorobou v centru Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích, následně pak jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Nejprve je popsána metodologie, užitá výzkumná strategie, metoda a technika. Pro výzkumné šetření je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a výzkumná technika rozhovor. Cíl výzkumu je rozpracován do 3 dílčích výzkumných cílů, výsledky výzkumného šetření jsou následně interpretovány.

Pro zodpovězení hlavního cíle je tento hlavní cíl rozdělen do tří dílčích cílů. Každý z těchto dílčích cílů je zaměřen na zkoumání specifické oblasti tak, aby byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka. Dílčí cíle jsou zaměřeny na koncepci, výběr, využití a průběh aktivizačních metod a přístupů pro klienty s Alzheimerovou chorobou, na porozumění významu aktivizačních metod a přístupů pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků ve vybrané síti Alzheimercenter, konkrétně pak v centru Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích a odkrytí možností a limitů souvisejících s aktivizačními metodami a přístupy z pohledu samotných klientů tohoto centra.

Zvolená kvalitativní výzkumná metoda je považována, vzhledem k výše zjištěným poznatkům, jako vhodná pro sociální oblast, protože jejím prostřednictvím jsou zprostředkovány a předloženy subjektivní pocity a názory pracovníků a klientů centra Alzheimer Home, z. ú. v Pardubicích. Taktéž zvolená metoda dotazování jako jedna ze základních metod poznání jevů a výzkumná technika rozhovor, kde jsou otevřené otázky, umožňují prozkoumat prostředí tohoto centra.

Cílem speciálně pedagogických metod a technik zaměřených na práci s klientem s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých fázích této choroby je jejich zkvalitnění života a v určitých ohledech i prodloužení aktivního období jejich života, případně pak eliminace progresu této choroby volbou vhodných speciálně pedagogických aktivit. Ve zkoumaném centru – domově se zvláštním režimem, jsou speciálně pedagogické metody a techniky, které podporují a zkvalitňují život osob s Alzheimerovou chorobou využívány, ovšem v omezené míře, ve smyslu využití zejména technik muzikoterapie, arteterapie a zooterapie. Další z možných speciálně pedagogických metod a technik nejsou v tomto centru využívány nebo jsou využívány nedostatečně, tudíž nemohou přispět k rozmanitějšímu způsobu aktivizace klientů.

Vzhledem k výše uvedeným závěrům lze považovat za největší problém nedostatečné personální obsazení zkoumaného centra, kdy stávající pracovníci v přímé péči nedisponují dostatečným časovým prostorem, aby se mohli věnovat klientům v rámci speciálně pedagogických aktivit v takové míře, jak by ideálně potřebovali. Tato skutečnost je důsledkem personální poddimenzovanosti centra, jež je způsobena nedostatečnou kapacitou pracovníků sociálních služeb v přímé péči na trhu práce. K nápravě tohoto stavu je doporučeno provedení komplexních legislativních a systémových změn, spočívajících zejména ve změně platového ohodnocení pracovníků v sociálních službách, a tím zatraktivnění této profese, dále pak zvýšení prestiže těchto pracovníků v rámci celospolečenského statusu.

V budoucích závěrečných pracích by bylo jistě zajímavé zabývat se životním světem klientů s Alzheimerovou chorobou, například formou kazuistiky, neboť je zde předpoklad, že by mohla přinést opět nové zdroje informací o této problematice.

Seznam použité literatury a ostatních zdrojů

BRYAN, Karen; MAXIM, Jane. *Communication disability in the dementias*. 1. vyd. London: Whurr, 2006. 337 s.

ISBN 1-86156-506-2.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s.

ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R.; KUDLACEK, Connie; VASILOFF, Barbara C., et al. *A Caregiver's Guide to Alzheimer's Disease: 300 Tips for Making Life Easier*. 1. vyd. New York: Demos Health, 2006. 128 s.

ISBN 978-1932603163.

FERTAĽOVÁ, Terézia; ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: Nefarmakologické aktivizační postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2020. 128 s.

ISBN 978-80-271-2479-4.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 2. vyd. Praha: Grada, 2021. 168 s.

ISBN 978-80-271-1791-8.

HAUKE, Marcela, et al. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 308 s.

ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s.

ISBN 978-80-262-0982-9.

JANEČKOVÁ, Hana; ČÍŽKOVÁ, Hana, et al. *Reminiscence známá i neznámá – v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2021. 204 s.

ISBN 978-80-88290-81-0.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia, et al. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s.

ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 232 s.
ISBN 80-7169-615-3.

MÜLLER, Oldřich, et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 512 s.
ISBN 978-80-247-4172-7.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s.
ISBN 978-80-247-1490-5.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s.
ISBN 978-80-271-1008-7.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 120 s.
ISBN 978-80-262-0010-9.

REKTOROVÁ, Irena, et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 192 s.
ISBN 978-80-7387-017-1.

ŠÁTENKOVÁ, Lenka, et al. *Demence: Hodnotící techniky a nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2021. 192 s.
ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016. 303 s.
ISBN 978-80-262-1043-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára, et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 384 s.
ISBN 978-80-262-0644-6.

VALENTA, Milan, et al. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2021. 399 s.
ISBN 978-80-262-1715-2.

VOSTRÝ, Michal; VETEŠKA, Jaroslav, et al. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2021. 176 s.
ISBN 978-80-271-2866-2.

WEHNER, Lore; SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 144 s.

ISBN 978-40-247-4423-0.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. 108 s.

ISBN 978-80-271-0561-8.

Zákony

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 136, s. 5018. Dostupná také z: [*Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv - Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)*](#)

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 164, s. 7021-7048. Dostupná také z: [*Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv - Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)*](#)

Zákon č. 108/2006, o sociálních službách. . In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: [*Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv - Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)*](#)

Zákon č. 329/2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 115, s. 3970-3992. Dostupný také z: [*Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv - Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)*](#)

Zákon č. 500/2004, správní řád. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 174, s. 9782-9827. Dostupný také z: [*Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv - Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)*](#)

Elektronické zdroje

ALZHEIMER HOME, z. ú. *Příloha č. 1 – Organizační struktura* [online]. 13.2.2023 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [1 \(mpsv.cz\)](#)

ALZHEIMER HOME, z. ú. *Výroční zpráva za rok 2021* [online]. 31.5.2022 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [Vyrocni-zprava.pdf \(alzheimershome.cz\)](#)

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, o. p. s. *Výroční zpráva za rok 2021* [online]. 20.4.2022 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [VZ21-web-Alz22_STR.pdf](#)

Česká alzheimerovská společnost [online]. ALZHEIMER: ©2015 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [ČALS \(alzheimer.cz\)](#)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Výše příspěvku na péči* [online]. 12.9.2022 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [Příspěvek na péči \(uradprace.cz\)](#)

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc 2020 – 2030 a obdobná onemocnění* [online]. 28.4.2021 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc 2020 – 2030 – Ministerstvo zdravotnictví \(mzcr.cz\)](#)

Úřad práce ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 28.2.2023 [cit. 28.2.2023]. Dostupné z: [Vyhledávání \(uradprace.cz\)](#)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize* [online]. 1.1.2023 [cit. 2.4.2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči v roce 2023

Tabulka č. 2: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 1

Tabulka č. 3: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 2

Tabulka č. 4: Tabulka transformačních kroků – dílčí cíl 3

Seznam příloh

Příloha A: Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči v roce 2023

Příloha A

Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči v roce 2023

Stupeň závislosti	Věk osoby do 18 let		Věk osoby nad 18 let	
	Výše příspěvku	Počet nezvládaných životních potřeb	Výše příspěvku	Počet nezvládaných životních potřeb
I. lehká	3 300 Kč	3	880 Kč	3-4
II. středně těžká	6 600 Kč	4-5	4 400 Kč	5-6
III. těžká	13 900 Kč	6-7	12 800 Kč	7-8
IV. úplná	19 200 Kč	8-9	19 200 Kč	9-10

(Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR)