

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra oddělení praxe

Bakalářská práce

**Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Marie Hejná

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Prezenční

Ročník: III.

2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

.....2019

.....Marie Hejná

## **Poděkování**

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

# Obsah

## Úvod

### 1. Alzheimerova choroba

- 1.1. Demence obecně
- 1.2. Charakteristika Alzheimerovy choroby
  - 1.2.1. Rané stadium onemocnění-změny v mozku
  - 1.2.2. Mírné stadium onemocnění-změny v mozku
  - 1.2.3. Pokročilé stadium onemocnění-změny v mozku
- 1.3. Historie Alzheimerovy choroby
- 1.4. Faktory vzniku Alzheimerovy choroby
  - 1.4.1. Neovlivnitelné faktory
  - 1.4.2. Ovlivnitelné faktory
- 1.5. Prevence Alzheimerovy choroby
- 1.6. Příznaky Alzheimerovy choroby
  - 1.6.1. Tělesné příznaky
  - 1.6.2. Psychické příznaky
- 1.7. Projevy Alzheimerovy choroby v prožívání a chování nemocného
  - 1.7.1. Psychické problémy jedince s Alzheimerovou chorobou
  - 1.7.2. Tělesné problémy jedince s Alzheimerovou chorobou
- 1.8. Diagnostika
- 1.9. Léčba Alzheimerovy choroby
  - 1.9.1. Farmakologická léčba
  - 1.9.2. Nefarmakologická léčba

### 2. Péče o jedince s Alzheimerovou chorobou

- 2.1. Domácí péče o jedince s Alzheimerovou chorobou
  - 2.1.1. Praktické rady pro pečující rodinné příslušníky
    - 2.1.1.1. Koupání
    - 2.1.1.2. Péče o vzhled
    - 2.1.1.3. Ústní hygiena
    - 2.1.1.4. Holení
    - 2.1.1.5. Vyprazdňování a pomoc při inkontinenci
    - 2.1.1.6. Oblékání
    - 2.1.1.7. Strava
    - 2.1.1.8. Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou
  - 2.1.2. Zátěž rodinných příslušníků pečujících o nemocného v domácím prostředí
- 2.2. Sociální práce s rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocného v domácím prostředí
  - 2.2.1. Koncept podporující rodinu
  - 2.2.2. Pečovatelská služby
  - 2.2.3. Osobní asistence
  - 2.2.4. Poradenství
  - 2.2.5. Respítní péče
  - 2.2.6. Další sociální služby
  - 2.2.7. Další možnosti služeb

2.2.8. Zdravotní služby

2.2.9. Ostatní služby

### **3. Institucionalizovaná péče o jedince s tímto onemocněním**

3.1. Sociální práce s lidmi s demencí v pobytových službách

3.1.1. Metody sociální práce

3.1.1.1. Bazální stimulace

3.1.1.2. Práce se vzpomínkami

3.1.1.3. Validace

3.1.1.4. Felinoterapie

3.1.1.5. Preterapie

3.1.1.6. Rezoluční terapie

3.1.1.7. Sociálně terapeutické činnosti

3.1.1.8. Duchovní péče o lidi s Alzheimerovou chorobou

3.2. Domov se zvláštním režimem

3.3. Přejít seniora z domácího prostředí do domova se zvláštním režimem

3.4. Činnosti sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem

3.5. Multidisciplinární tým v domově se zvláštním režimem

3.6. Další možnosti institucionalizované péče

3.7. Sociální práce s rodinou, která umístila nemocného do domova se zvláštním režimem

3.7.1. Edukace rodinných příslušníků

**Závěr**

**Abstrakt**

**Seznam použitých zdrojů**

## Úvod

V mé bakalářské práci se budu zabývat sociální prací s lidmi s Alzheimerovou chorobou, neboť je mi toto téma velice blízké a chtěla bych se o něm dozvědět co nejvíce informací. Vždycky jsem chtěla pracovat s touto cílovou skupinou, neboť je mi sympatická a myslím si, že velice potřebná a často opomíjená. Pomoc sociálních pracovníků potřebují jak lidé s Alzheimerovou demencí, tak i jejich rodiny a spoustu dalších lidí, kterých se toto onemocnění dotýká. Proto mi informace budou užitečné i z hlediska mého budoucího zaměstnání. Nemám s tímto onemocněním osobní zkušenosti ani z hlediska pečujícího rodinného příslušníka, ale docházím brigádně do zařízení, kde se s Alzheimerovou demencí velice často setkávám a sbírám zde nové zkušenosti a poznatky. V budoucnu bych se zde chtěla ucházet o poloviční úvazek jako pracovnice v sociálních službách, a později jako sociální pracovnice. Často nastávají okamžiky, kdy nevím, jak se mám správně zachovat jako pečující osoba a setkávám se s různými dilematy, které se snažím překonávat.

Tito lidé nejsou z většinové části komunikativní, a proto je práce s nimi problematictější než s lidmi, kteří své potřeby dokáží vyjádřit slovně. Cílem mé bakalářské práce je proto popsat podrobně zdravotní i sociální aspekty Alzheimerovy choroby a s tím související nároky na péči o tyto jedince. Přiblížím veškeré znalosti, které s tímto onemocněním souvisí a jsou potřebné pro profesionální pečující personál, pečující rodinu, a pro zdravou i nemocnou populaci. Tyto získané informace povedou ke kvalitní péči o tyto nemocné jedince, ke zlepšení jejich života a k důstojnému umírání.

V první kapitole popíšu, co je to vlastně Alzheimerova choroba a historické aspekty tohoto onemocnění. Dále charakterizují jednotlivá stadia, a v nich i péči o tyto jedince, neboť v každém stadiu má nemocný jiné potřeby. Popíšu faktory, které výrazně ovlivňují vznik tohoto onemocnění, s čímž souvisí i prevence, která je velice důležitá pro zdravou populaci ke zmenšení rizika vzniku Alzheimerovy choroby. Dále popíšu příznaky, pomocí kterých se nemoc začne projevovat, což souvisí i s projevy v chování a prožívání nemocného, které se skrz onemocnění změní. Poté následuje diagnostika, která definitivně určí onemocnění,

a nakonec popíšu možnosti léčby, kde rozliším farmakologickou a nefarmakologickou. Veškeré tyto získané informace jsou potřebné ke kvalitní péči o jedince s Alzheimerovou chorobou, neboť bez odborných znalostí nelze péči správně specifikovat na tuto cílovou skupinu, protože mají jiné potřeby než ostatní cílové skupiny, na které je třeba brát ohled a vyznat se v nich pomocí těchto odborných poznatků.

Ve druhé kapitole už se zaměřím na veškeré možnosti práce s touto cílovou skupinou. Nejprve popíšu domácí péči, při které se starají o nemocného jedince jeho rodinní příslušníci v domácím prostředí. Poté popíšu sociální práci s rodinou, kterou rozdělím na práci s rodinou, která pečuje o nemocného jedince v jeho přirozeném prostředí a poté i s rodinou, která umístila nemocného jedince do domova se zvláštním režimem, či do jiného zařízení. Dále se zaměřím i na sociální práci s jedincem s Alzheimerovou chorobou. Ve třetí kapitole popíšu institucionální péči o jedince s Alzheimerovou chorobou a činnosti sociálního pracovníka v těchto specializovaných zařízeních.

## 1. Alzheimerova choroba

V této kapitole se budu zabývat nejprve obecně pojmem demence. Poté popíšu, co je to Alzheimerova choroba a co se děje v jejích jednotlivých fázích, neboť je to důležité především pro praktickou péči, která se v těchto stádiích mění podle potřeb nemocných seniorů. Popíšu historii a faktory vzniku, které ukazují na možnou prevenci, neboť pro zdravou část obyvatelstva je velice důležitá informovanost o předcházení této chorobě. Poté popíšu, jakými příznaky se tato nemoc projevuje, aby se choroba mohla včas identifikovat, jak se chová již nemocný člověk a diagnostiku, pomocí které se může nemoc definitivně určit, a která vede k případné léčbě.

### 1.1. Demence obecně

„Pojem ‚demence‘ pochází z latiny a doslova znamená ‚bez myslí‘. Předpona ‚de‘ znamená ‚odstranit‘ a ‚mens‘ je latinské slovo pro ‚mysl‘. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.“<sup>1</sup> Syndrom demence je způsobený poruchou mozku, která je chronické povahy. Jde o porušení nervových funkcí a mívá mnoho příčin. Demence začíná velice pomalu. Začíná výpadky krátkodobé paměti a končí úplnou ztrátou soběstačnosti. Průběh onemocnění se u každého jedince liší. Typy demence: Alzheimerova choroba (62 %), Vaskulární demence (17 %), smíšené demence (10 %), Parkinsonova nemoc (5 %), ostatní vzácnější příčiny (4 %), jiné degenerativní onemocnění mozku (2 %).<sup>2</sup> U demence rozeznáváme tři druhy postižení, které spolu vzájemně souvisí. Patří sem postižení kognitivních funkcí, které začíná zhoršováním paměti, postižení každodenních aktivit, jejichž druh závisí na stadiu onemocnění, a behaviorální příznaky, které se rozvíjejí ve středním stadiu onemocnění. To je doprovázeno i poruchami v chování, mezi které patří především paranoia, halucinace, poruchy

---

<sup>1</sup> PROVAZNÍKOVÁ E. KALVACH Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*, s. 17.

<sup>2</sup> Srov. MÁTL O. a kol. *Zpráva o stavu demence 2016*, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., Praha 2016, s. 6-8.

v běžných činnostech, agitovanost (například neklid), agresivita, porucha spánku a změny nálad.<sup>3</sup>

## 1.2. Charakteristika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Jde o onemocnění degenerativního charakteru, které postupuje velice pomalu a postupně. Je následkem mozkového poškození, které je nevratné a znemožňuje veškeré rozumové schopnosti. Jasně příznaky se objevují až v pokročilé fázi onemocnění, proto je problematické Alzheimerovu chorobu diagnostikovat. Pro okolí je nejtěžším následkem ztížená či nemožná komunikace s postiženým, jelikož je většinou přítomen pouze fyzicky.<sup>4</sup>

Toto onemocnění se může vyskytovat ve dvou formách. První z nich, familiární, je velice vzácná. Jde o vrozenou a dědičnou chorobu, která se začne projevovat u jedince kolem padesátého roku života. Druhým typem je sporadická forma, která je typická pro vyšší věk a trpí tím 80 % jedinců postižených tímto onemocněním.

O Alzheimerově chorobě rozhoduje mnohem více než pouze dědičný faktor. Proto výskyt v rodině neznamená, že potomci onemocní také. Je to sice také genetické onemocnění, ale roli hrají i virová onemocnění, zánětlivá, a v neposlední řadě životní prostředí. Nejde o nakažlivou nemoc.<sup>5</sup>

U této nemoci odumírají postupně nervové buňky v mozku, proto průběh nemoci závisí na podmínkách a zdravotním stavu jedince. To má za následek, že vývoj choroby může trvat u každého individuálně až v rozmezí 8-20 let. Nemocní lidé neprojevují ani stejné příznaky. Ty se zpočátku velice často přehlížejí, neboť v první fázi se nemocný i jeho blízcí v častých případech snaží tuto možnost popřít. Chorobu lze dělit podle mnohých kritérií, nejdůležitější jsou však tři stadia: *rané, mírné a pokročilé*. Chování jedince se v průběhu nemoci v závislosti na rychlosti odumírání mozkových buněk vrací na úroveň dětského.

---

<sup>3</sup> Srov. HAUKE M., *Zvládání problémových situací se seniory, nejen v pečovatelských službách*, Praha: Grada 2014 s. 21-23.

<sup>4</sup> PICHAUD C. THAREAUOVÁ I. *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál 1998, s. 94.

<sup>5</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Alzheimerova nemoc v rodině*, Pfizer 2004, s. 8-10.

### *1.2.1. Rané stadium onemocnění-změny v mozku*

Každá část mozku plní svou jedinečnou funkci. Proto odumřelé buňky nelze nahradit jinými. První oblastí, která začne odumírat je oblast hippocampu. Ten je centrem paměti. Zbývající části je potřeba procvičovat a snažit se je zachovávat co nejdéle. Toto stadium si většinou člověk neuvědomuje, neboť ostatní funkce stále fungují, a tvoří si náhradní způsoby, jak se vyrovnat s výpadky paměti. Poté se však začne šířit i do oblasti spánkového laloku a je ohrožena komunikace jedince s okolím.

### *1.2.2. Mírné stadium onemocnění-změny v mozku*

V mírném stadiu se nemoc šíří do celého mozku. Stále zůstává u pacienta schopnost úsudku, sociálních dovedností a vykonávání komplexních úloh. Přichází však problémy s dezorientací a řečí. Nemocný má zpomalené reakce a nedokáže správně integrovat okolní vjemy. V tomto období by jedinec měl přestat s řízením dopravních prostředků.

### *1.2.3 Pokročilé stadium-změny v mozku*

V pokročilém stadiu je postižen čelní mozkový lalok. Proto dochází ke ztrátě schopnosti jednání. Dochází ke ztrátě úsudku, uvažování, sociálních dovedností a reaguje nevhodně. Každý reaguje na novou situaci individuálně.<sup>6</sup>

## **1.3. Historie Alzheimerovy choroby**

Co se týče historie, poprvé popsal toto onemocnění německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer na případu pacientky Auguste Deterové, které zkoumal po její smrti mozková vlákna. Ostatní kolegové nejevili zprvu o případ zájem, ale přesto se mu podařilo dalšími výzkumy dokázat přítomnost změn mozkových tkání. Dalším psychiatrem, který se zabýval Alzheimerovou chorobou, byl Oskar Fischer.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, s.39-79.

<sup>7</sup> ZVĚŘOVÁ M. *Alzheimerova demence*, Praha: Grada 2017, s. 11-13.

## **1.4. Faktory vzniku Alzheimerovy choroby**

### *1.4.1. Neovlivnitelné faktory*

Hlavním faktorem pro vznik Alzheimerovy choroby je věk. Duševní poruchy se začínají v malém množství od 65 let. Do 80 let trpí touto chorobou 20 % lidí a do 90 let počet vzroste na 50 %. Dalším faktorem jsou geny, které však představují menší riziko než věk. V rodinné anamnéze se tato nemoc vyskytuje pouze u nízkého procenta postižených jedinců. Toto onemocnění však začne již ve středním věku a postupuje rychle, proto se vyskytuje vzácně.<sup>8</sup> Dále se toto onemocnění vyskytuje spíše u žen nežli u mužů a u lidí, kteří mají nízké vzdělání a nevyvíjí přílišnou duševní aktivitu.<sup>9</sup>

### *1.4.2. Ovlivnitelné faktory*

Mezi ovlivnitelné faktory patří volné radikály, které závisí na životním stylu jedince. Patří sem například kouření, či tučná strava. Mezi pozitivní faktory patří životní styl, který zahrnuje přiměřenou aktivitu a poskytuje mozku podněty, které pomáhají udržet neurony zdravé a chrání je před poškozením. Tělesná a duševní činnost napomáhá mozku k vytváření sebeopravných systémů. To může tuto chorobu zpomalit. Pokud se v životním stylu objevuje stres, ničí mozkové buňky. Ke zhoršení stavu mohou přispět i deprese.<sup>10</sup>

## **1.5. Prevence Alzheimerovy choroby**

Znalost faktorů, které ovlivňují Alzheimerovu chorobu je důležitá především pro prevenci, která je velice potřebná pro zdravou část obyvatelstva, neboť je hlavní informovanost o tom, jak se může Alzheimerově chorobě do budoucna předcházet a ovlivňovat její průběh.

Riziko onemocnění může snižovat dodržování zdravého životního stylu, neboť záleží na tom, jak se jedinec stravuje a zda pečuje o svůj fyzický a psychický

---

<sup>8</sup> BRAGDON D. GAMON D. *Nedovolte mozku stárnout*, Praha: Portál 2009, s. 12-15.

<sup>9</sup> <https://www.pfizer.cz/va%20A1e-zdrav%C3%AD/alzheimerova-nemoc/p%2099%C3%AD%C4%8Diny-rizikov%C3%A9-faktory>

<sup>10</sup> BRAGDON D. GAMON D. *Nedovolte mozku stárnout*, Praha: Portál 2009, s. 12-15.

stav. Co se týče psychického stavu, je velice důležitá aktivizace mozku, například učení se novým znalostem, neboť vede k vytvoření nových mozkových buněk. Důležitá je i stimulace, které napomáhají společenské aktivity.<sup>11</sup>

Fyzický pohyb prokrvuje nejen tělo, ale i mozek, proto je velice důležitý. Dále je dobré cíleně procvičovat svůj mozek ať už pomocí přístrojů, či bez nich. Dr. Kawashina vymyslel přístroj pro mozkový jogging, který se provádí za pomoci počítače, a jde například o počítání z hlavy, či hlasité čtení. Účinnost těchto cvičení mozku se zkoumala i při pokusech na myších, které byly geneticky postižené touto chorobou. Je však důležité vyhýbat se stresu, neboť vyvolává vyloučení adrenalinu. Pro nemocného je také dobré, aby si určil svůj osobní cíl, kterého chce dosáhnout, a snažit se o jeho splnění pomocí duševních činností, které vedou také k prožívání cíle a radosti z jeho splnění.<sup>12</sup>

Co se týče fyzického stavu, je především potřeba starat se o srdce, neboť veškeré faktory, jako je například kouření či obezita ničí cévy, což má za následek riziko infarktu či mozkové mrtvice, která napomáhají také vzniku Alzheimerovy choroby. Důležitá je i správná volba stravy, neboť vhodně a zdravě zvolené jídlo je pohonem mozku, proto je důležité odstranit z jídelníčku takovou stravu, která zvyšuje riziko infarktu. Tato veškerá opatření napomáhají vyvarovat se faktorů, které vedou k různým chorobám ovlivňujícím Alzheimerovu demenci.<sup>13</sup>

## **1.6. Příznaky Alzheimerovy choroby**

Pokud už Alzheimerova choroba nenávratně propukne, začnou se vyskytovat u jedince příznaky, které se u každého projevují jiným způsobem, neboť závisí na předchozí osobnosti každého klienta, která je individuální. Dále závisí na kondici, zájmech a životním stylu. Typické příznaky pro tuto nemoc se mohou vyskytovat i v obvyklých situacích každodenního života zdravých

---

<sup>11</sup> <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/prevence>

<sup>12</sup> *Mosty do zapomnění, Jak přistupovat k lidem nemocným demencí*, Pohořelice 2012, s. 24-25.

<sup>13</sup> <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/prevence>

jedinců, proto je mnohdy složité je rozpoznat. Vždy může dojít v průběhu nemoci jak k akutnímu zlepšování, tak i zhoršování stavu.<sup>14</sup>

### *1.6.1. Tělesné příznaky*

Mezi tělesné příznaky patří u některých jedinců vyšší míra únavy a vyčerpání. Může nastat i opačná situace, kdy jedinec bývá nadměrně hyperaktivní. V takovýchto případech jejich aktivity bývají nesmyslné až škodlivé. Ve vykonávání každodenních stereotypních činností přibývají chyby. Dalším problémem je ztráta schopnosti se koordinovaně pohybovat, tak zvaná apraxie.

### *1.6.2. Psychické příznaky*

Nejnápadnějším příznakem je zhoršení výkonnosti mozku. Jedinci ubývají funkce paměti, nedokáže přenášet informace z krátkodobé paměti do té dlouhodobé. Nedokáže si proto zapamatovat nedávné události, avšak dlouhodobé vzpomínky si naopak vybavuje lépe. Proto okolí má pocit, že lidé s demencí žijí minulostí. Klient si však neuvědomuje některé důležité a potřebné činnosti, které dříve byly samozřejmostí, a proto je zcela závislý na druhých. To bývá provázáno i poruchami pozornosti. Jedinec si již nedokáže často vybavit své nejbližší, což pro ně bývá velice citově náročné. Také zapomíná, jak s čím má zacházet, což vede ke ztrátě mobility a jedinec se stává závislým na pomoci druhých. Jedinec také trpí poruchami řeči. Tyto poruchy se v průběhu onemocnění mění. Nejprve je pro nemocného těžké nacházet vhodná slova při rozhovoru. Později jejich řeč postrádá souvislosti a nechápou významy některých pojmů. V posledním stadiu již komunikace není absolutně možná. Zvyšuje se riziko dehydratace či podchlazení. Také dochází ke spánkové poruše. Spánek má veliký vliv na kvalitu našeho života, proto je velice důležitý pro tělo. Dochází ke spánkové inverzi, kdy člověk bývá velice aktivní v noci, a naopak ve dne spí. Dále se potýkají se ztrátou orientace v čase. Netuší, jaký je rok, měsíc ani den. Neumí ani rozlišit místo, kde se nacházejí.

V psychice nemocného jedince dochází k poruchám emotivity, kdy jedinec velice prudce a výrazně mění nálady. Ztrácí nad svým jednáním

---

<sup>14</sup> HOLMEROVÁ I. MÁTLOVÁ M. *Na pomoc pečujícím rodinám*, Praha 2014, Česká alzheimerovská společnost, s. 6.

kontrolu a jedná zkratkovitě, například útěk z domova. Dále dochází k poruše, kdy jedinec ztrácí motivaci pro vykonávání různých běžných činností, jako je třeba obživa. Ztrácí zájem. Jedinci s tímto onemocněním často bývají apatičtí. Člověku se značně zvýrazňují jeho povahové rysy, které v sobě má zakódované. Nemocní přichází o respektování určitých norem, podle kterých by se měli chovat. Ztrácí zábrany.<sup>15</sup>

Tělesné a psychické příznaky se mnohdy vzájemně prolínají.

### **1.7. Projevy Alzheimerovy choroby v prožívání a chování nemocného**

V této podkapitole se budu zabývat tím, jaké má onemocnění Alzheimerovy demence důsledky na psychické a tělesné změny u nemocného. Popíšu změny v náladách a emočním prožívání jedince, dopady na tělesné zdraví, a změny v sexuálním chování.

#### *1.7.1. Psychické problémy jedince s Alzheimerovou chorobou*

V prvních stadiích onemocnění jedinec často pociťuje hněv, neboť si uvědomuje, že už nemůže dělat věci, které pro něj byly dříve samozřejmostí. Tyto pocity však odezní velice rychle. Může jít o ukazatele, že ho něco bolí. Ať už fyzicky či psychicky.<sup>16</sup> Problémem tohoto onemocnění bývá také změna v komunikačních schopnostech. V takovém případě, kdy verbální komunikace je zcela nemožná je potřeba začít používat především tu neverbální.<sup>17</sup> Mezi problémy, které nastanou se změnou psychické rovnováhy, patří i agresivita či podrážděnost. Pacient se může takto začít chovat, přestože důvody jeho jednání nemusí souviset s pečující osobou. Většinou tento stav bývá reakcí na jeho onemocnění, neboť se klient cítí zmatený z nastalých změn. V takových případech nemocnému prospěje, když se jeho pozornost zaměří na určitou aktivitu, která u něj navozuje pocit klidu. Přestože nemocný nedokáže své pocity vyjádřit slovně, cítí samozřejmě i strach a obavy. Důvody mohou být různé a pro nás neznámé. Neklid se projevuje často v určitou dobu a opakuje se. To může být spojeno s minulostí

---

<sup>15</sup> PROVAZNÍKOVÁ E. KALVACH Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*, s. 17-20, 33-42.

<sup>16</sup> PROVAZNÍKOVÁ E. KALVACH Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*, s. 61-70.

<sup>17</sup> O'CONNOR M. ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada, s. 257.

jedince, při náhlém vybavení různých vzpomínek. Dále se objeví smutek spojený se ztrátami, které nemocný pociťuje, neboť se v jeho životě změní vše od samého základu. Nemocný člověk se většinou začne uzavírat sám do sebe a často bývá apatický. Může se stát, že klient začne pociťovat i stud za své chování. Většinou se nálady velice často a bezdůvodně mění v důsledku toho, že nemocný nezvládá adekvátně reagovat v různých situacích.

Jedinec postižený Alzheimerovou chorobou často reaguje jinak na svého klíčového pečujícího a jinak na ostatní členy domácnosti. S pečujícím bývá v každodenním styku a cítí se před ním uvolněně, proto se před ním nejvíce projevuje, a pečující tak musí snášet zároveň největší nápor negativního chování postiženého jedince. Naopak před pro něj cizími lidmi se snaží v mnoha případech ukázat v lepším světle a jeho jednání bývá střídme. Jde o přirozenou věc srovnatelnou s chováním malých dětí.<sup>18</sup>

Klient se často dostává i do stavů, kdy trpí depresemi, což je důsledkem toho, že je závislý na druhých, selhávají mu potřebné orgány a Alzheimerova choroba mu přináší v jejím průběhu mnoho ztrát. Z toho vychází i hluboké stavy rozrušení, kdy je potřeba, aby nemocný užíval antipsychotika.<sup>19</sup>

### *1.7.2. Tělesné problémy jedince s Alzheimerovou chorobou*

Problém často nastává, pokud jedinec nemůže v noci spát a spí ve dne, za což může buďto tzv. „inverze spánku“, nebo se budí v důsledku hladu. Proto je dobré poskytnout nemocnému dostatek aktivizačních činností a nepodávat mu před spaním těžké pokrmy. Naopak může mít problémy s příjmem potravy, které souvisí s tělesnými problémy. Jedinec se také často ztrácí a je dezorientovaný, což má za následek i to, že hledá věci, které neměl dříve problém nalézt. To je ukazatelem vnitřního zmatku, který nemocný prožívá. V pokročilém stadiu nemoci má dokonce problém s tím, aby trefil domů. Při nemoci dochází ke změně v sexuálním chování jednotlivce. Nemocný často klade požadavky z této oblasti na svého pečujícího, který tím je vyveden z míry, trápí se tím, a nerad o tom s někým hovoří. Snaží se tuto situaci vytěsnit. Nemocný může sexuálně žít stejně jako ostatní. Jediný problém nastane, pokud ztrácí kvůli své demenci zábrany

---

<sup>18</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Alzheimerova choroba v rodině*, Pfizer 2008, s. 38-55.

<sup>19</sup> O'CONNOR M. ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada, s. 257.

a požaduje po druhém nevhodné praktiky. To lze redukovat pomocí léků. Většinou problémy spojené se sexualitou přichází až v posledním stadiu onemocnění. V počátcích nejsou známy žádné podstatné změny. Jediným problémem může být psychologické zvládnání situace. Jde však o přirozenou reakci. Pokud nastane problémová situace, je řešením vhodné vymluvení situace, zvýšení tělesného kontaktu, neomezovat kontakt, po případě pokud není jiná možnost, spát odděleně.<sup>20</sup> Člověk s demencí, který je již blízko smrti může být i nepohyblivý a odkázaný na péči ostatních, proto je nutné především takové zacházení, které mu zajistí důstojné umírání. Tito lidé také mohou trpět bolestmi a v případech, kdy klienti nekomunikují je to komplikované a o to ztížené. Je nutné pravidelné posuzování bolestí. Existují pro to objektivní měřicí nástroje.<sup>21</sup>

### 1.8. Diagnostika

Pokud se u klienta začnou projevovat změny v chování a prožívání, vyhledá ve většině případů odborníka, který nemoc diagnostikuje.

Diagnózu lze určit jen s jistou mírou pravděpodobnosti, neboť neexistují specifické příznaky a konečné potvrzení diagnózy vyžaduje neuropatologické potvrzení. Proto je diagnostika velice obtížná, a ne vždy ji lze přesně určit.<sup>22</sup>

Toto onemocnění má za úkol určit lékař na základě popisu příznaků, které klient u sebe pozoruje, jako je například dezorientace. Tyto příznaky se zhoršují postupem času a ve velice pomalém tempu. Lékař pacienta nejprve odborně vyšetří, poté natočí elektrokardiogram, zrentgenuje plíce, nabere od pacienta krev a moč, které poté pošle na rozbor, a musí vzít v úvahu i veškeré léky, které nemocný užívá. Díky těmto veškerým vyšetřením může lékař vyloučit nemoci, která Alzheimerovu chorobu připomínají, ale mají jiný původ. Důležitá je spolupráce s psychiatrem a neurologem, kteří klienta také posuzují. Konečnou diagnózu může potvrdit počítačová tomografie, či magnetická rezonance.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Alzheimerova choroba v rodině*, Pfizer 2008, s. 38-49.

<sup>21</sup> O'CONNOR M. ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada, s. 257-258.

<sup>22</sup> RESSNER P. a kol. *Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí*, s. 495.

<sup>23</sup> <https://www.pfizer.cz/va%C5%A1e-zdrav%C3%AD/alzheimerova-nemoc/diagnostika>

Důležitým a rutinním vyšetřením je *EEG (elektroencefalogram)*, který má za úkol zjišťovat elektrickou aktivitu mozku, kdy se na hlavu nasadí čepice s elektrodami a na místo, kde se elektrody dotýkají, se nanese vodivý gel. Toto vyšetření má za úkol určit delirium a diagnostikuje abnormální fungování mozku.<sup>24</sup>

Diagnóza je velice důležitá, neboť díky ní jedinci, kterých se onemocnění týká, mohou pochopit, v jaké situaci se nachází a proč se nemocný chová daným způsobem. Rodina si díky včasné diagnóze může dopředu naplánovat budoucnost, především co se týká péče o nemocného. Také pro jedince je prospěšné, pokud si může naplánovat, co se bude dít v budoucnu, kdy nebude schopen rozhodovat o sobě samostatně. Lékař by měl při diagnóze zohlednit celkový stav pacienta. Testy mohou prokázat pouze mírnou kognitivní poruchu, kterou způsobuje například stres, a nejedná se o demenci. Při potvrzení Alzheimerovy choroby by měl pacient dále mít svého specializovaného lékaře, který se o něj stará po dobu jeho onemocnění.<sup>25</sup>

## **1.9. Léčba Alzheimerovy choroby**

Pokud odborník diagnostikuje Alzheimerovu chorobu, přichází nutná léčba.

Alzheimerovu chorobu vyléčit nelze, neboť nejsou známy její příčiny. Pomocí léků jde však alespoň udržet kvalitu života člověka s tímto onemocněním tím, že minimalizuje její příznaky. Léčbu dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou.

### *1.9.1. Farmakologická léčba*

Při domácí léčbě pomocí různých léků se musí pečující rodina poradit vždy s odborným lékařem.

Co se týče symptomatické léčby, kdy jde již o minimalizaci nejzávažnějších příznaků choroby, musí být veškeré léky vydány pouze na lékařský předpis,

---

<sup>24</sup> MACE L. N. a kol. *ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, Praha: Triton 2018, s. 37.

<sup>25</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám*, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., Praha 2014, s. 9-10.

neboť bez odborného posouzení by mohly naopak klientovi uškodit. Mezi nebezpečná léčiva patří například léky na spaní. Mezi ostatní symptomatické léky se řadí zároveň neuroleptika, antidepresiva, hypnotika, či anxiolytika.

Dalšími léčivy jsou inhibitory cholinesteráz, které mají za úkol obnovit v mozku rovnováhu, kterou poškodil úbytek neuronů. Posilují koncentraci acetylcholinu, který má významný podíl na paměti a nervových procesech. Díky těmto lékům má klient možnost déle prožívat samostatný život, neboť mají blahodárny vliv na jeho kognitivní funkce.<sup>26</sup> Co se týče těchto inhibitorů, jde o medikamentózní léčbu, která je nejlepším způsobem léčby právě proto, že značně zpomalí průběh onemocnění, přestože i u takto léčených pacientů dojde nakonec ke zhoršení stavu a k úmrtí, neboť Alzheimerova choroba je progresivním onemocněním. Vědci zkoumají i blahodárny vliv vitamínu E či ginkgo biloby při prevenci a léčbě tohoto onemocnění.<sup>27</sup>

### *1.9.2. Nefarmakologická léčba*

Důležitý je v léčbě nemocného i přístup, který pečující osoba používá, neboť zvyšují klientovu kvalitu života. Patří sem reminiscenční terapie, validace, kinezioterapie, taneční terapie, kognitivní rehabilitace, programované a individualizované aktivity, bazální stimulace či reflektivní podpora. Tyto metody velice usnadňují komunikaci mezi klientem a pečujícím.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Alzheimerova choroba v rodině*, Pfizer 2008, s. 18-19.

<sup>27</sup> GLENNER J. A. *Péče o člověka s demencí, Průvodce pro rodinné příslušníky*, Praha: Portál 2012, s. 24-25.

<sup>28</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Alzheimerova choroba v rodině*, Pfizer 2008, s. 19.

## **2. Péče o jedince s Alzheimerovou chorobou**

V této kapitole se zaměřím na péči o jedince s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k získaným informacím o této nemoci mohu již přistoupit k sociální práci s touto cílovou skupinou, neboť vím, jak se klient cítí v jednotlivých stádiích, a jaké změny v psychice i fyzické kondici probíhají, či jaké jsou možnosti léčby. Popíšu rodinnou péči v domácím prostředí a její praktické prvky včetně komunikace s těmito jedinci, neboť bývá velice problémová a institucionalizovanou péči, kde zmíním i přechod seniora z domácího prostředí do specializovaného zařízení.

### **2.1. Domácí péče o jedince s Alzheimerovou chorobou**

V této kapitole se zaměřím na péči o lidi s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí s pomocí rodinných příslušníků, neboť v současnosti je snaha o její podporu a rozvoj, a upřednostňuje se před institucionalizovanou péčí. Vyjmenuji praktické rady při péči o tuto cílovou skupinu, zmíním institucionální podporu a zátěž, kterou pečující rodina prožívá.

Rodina hraje pro seniora postiženého demencí nezastupitelnou roli a pomáhá mu dožít se delšího věku. Rodinní příslušníci pro nemocného představují pocit, že ho někdo stále potřebuje. Lidé, kteří dožívají v rodinném prostředí jsou déle samostatní a zdravější. Nejdůležitější je v rodinné péči mezigenerační soudržnost.<sup>29</sup>

#### *2.1.1. Praktické rady pro pečující rodinné příslušníky*

V přístupu k těmto jedincům musíme dbát především na zachování jejich lidské důstojnosti, k čemuž slouží rady pro pečující dle těchto jednotlivých stádií. I při zhoršení mozkových funkcí stále zůstává u každého individuálně zachována řada dovedností jedince. Jako první u nemocného jedince odumírá paměť, přestože zůstává přítomno logické myšlení. Proto je velice těžké zachytit podezření včas. Poté se odumírání mozkových buněk šíří celým mozkem. To se začíná projevovat především u řízení dopravních prostředků, neboť nemocný začíná pociťovat

---

<sup>29</sup> HROZENSKÁ M. a kol. *Sociální péče o seniory*, Praha: Grada 2013, s. 46-47.

problémy s orientací. Po fázi rozšíření odumírání buněk do celého mozku klient většinou přijde k lékaři na odborné vyšetření. Poté se již u jedince zpomalují reakce a ztrácí i možnost logického myšlení. Zhruba polovina jedinců zemře již 7 let po diagnóze, což se odvíjí především od kvality péče, neboť v této fázi se o sebe klient již nepostarává samostatně. Alzheimerova choroba nemocného oslabuje natolik, že ztratí obranyschopnost proti jiným chorobám. Hlavní je mít při ošetřování pacienta dostatek informací jak o Alzheimerově chorobě, tak i o možnostech pomoci.<sup>30</sup>

S věcmi, které pacientovi dělají potíže je potřeba pomoci, není však dobré, pokud je pečující dělá za něj. Existují hodnotící škály-Aktivity denního života a Instrumentální aktivity denního života, které určí míru soběstačnosti nemocného. První obsahuje 6 jednoduchých aktivit, které se provádí denně.

1.koupání, 2.využívání toalety, 3.uléhání a vstávání, 4.stravování, 5.oblékání, 6.kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev

Druhá obsahuje 8 běžných činností, které souvisí s užíváním různých nástrojů.

1.schopnost používat telefon, 2.nakupovat, 3.připravit si jídlo, 4.postarat se o domácnost, 5.vyprat si prádlo, 6.samostatného cestování, 7.užít léky podle doporučení lékaře, 8.obhospodařovat vlastní finance

#### *2.1.1.1. Koupání*

Pro nemocného může koupání být velice těžké a komplikované, neboť se děje příliš mnoho věcí najednou. Proto je důležité veškeré aktivity zjednodušit, dávat pokyny postupně, popřípadě předvést, co má nemocný udělat. Jednotlivé kroky musí postupovat vždy ve stejném pořadí a ve stejnou dobu. Každý den je potřeba umýt nemocnému obličej, podpaždí a genitálie. Pokud nemocný trpí inkontinencí, je potřeba umýt genitál po každé výměně inkontinenčních pomůcek. Dvakrát týdně by se měl nemocný koupat komplexně. Je důležité vést jedince k samostatnosti. V koupelně musí být zajištěno bezpečné prostředí. Je vhodné

---

<sup>30</sup> CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, s.28-33.

omezit veškeré zdroje, které vedou k rozptýlení. Také je důležité dbát na soukromí nemocného.

#### *2.1.1.2. Péče o vzhled*

Veškeré tyto aktivity jsou pro nemocného lehce pochopitelné a příjemné, neboť jsou spojeny s doteky. Ke komplikovanějším úkonům v péči o vzhled však patří ústní hygiena a holení.

#### *2.1.1.3. Ústní hygiena*

Nemocný má pocit, že je narušen jeho osobní prostor a necítí potřebu mít čisté zuby. Je dobré nedělat věci za něj, ale pouze mu být nápomocní.

#### *2.1.1.4. Holení*

Není potřeba nutit nemocného k tomu, aby se holil každý den, pokud mu to není příjemné. Důležité je, aby pokožka zůstala v dobrém stavu, a aby si nemocný zachoval důstojnost.

#### *2.1.1.5. Vyprazdňování a pomoc při inkontinenci*

Inkontinencí se rozumí neschopnost ovládat močový měchýř nebo střeva. K příčinám patří vedlejší účinky léků, ochablé pánské svalstvo, infekce, neschopnost najít toaletu, či její nedostatečné osvětlení, nedostatek soukromí, močopudné nápoje, neschopnost se samostatně svléknout, neschopnost rozeznat potřebu močení či stolice. Cílem péče o genitál je prevence infekce, zácpy a kožních defektů. Je potřeba dbát na určitá opatření. Mezi ně patří omezení přísunu kofeinových nápojů, příprava snadně svléknutelného spodního prádla a oblečení, jasné označení toalety, opatření toaletního křesla, užívání jednorázového spodního prádla a jednorázových rukavic. Inkontinence může přejít i v chronický stav. Nejprve se objevuje inkontinence moči a po určité době i stolice. Tyto problémy bývají nejčastějším důvodem pro umístění do různých institucí.

#### *2.1.1.6. Oblékání*

Důležité je oblékání nemocnému zjednodušit. Je přínosné připravit jednotlivé kusy oblečení, aby šly za sebou tak, jak si je má klient na sebe obléci. Ve skříni by měl mít pouze sezonní oblečení. Přestože jeho kombinace oblečení

mohou být nevhodné, je důležité, aby si vybral sám a cítil se dobře, neboť to vede k tomu, že se cítí bezpečně a pohodlně.<sup>31</sup>

#### 2.1.1.7. *Strava*

Tito jedinci nemají stanovenou žádnou dietní stravu. Přesto má klíčový význam. Je nutné rozlišovat, zda jedinec je schopný stravu přijímat samostatně, zda je odkázán na ošetrovatelskou péči, zda má poruchu příjmu potravy, či vyžaduje nutriční intervenci při hospitalizaci. Jedinec by měl mít sestavený pestrý jídelníček a udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost. Především by se mělo dbát na dostatečnou hydrataci, obsah vlákniny v potravinách a zajistit klid při stolování. Nemocný mívá často poruchy příjmu potravy. U dementních lidí se velice sporadicky setkáváme s obezitou. Spíše naopak je zde problém anorexie. Proto ošetřující často přistupuje k nutriční podpoře a umělé výživě. Kontroluje se perorální příjem. Vychází z domácí přípravy dietních pokrmů. Dále se podává nápojový nutriční prostředek pro podporu energie. Má rozmanitou chuťovou přípravu. Další možností je enterální výživa. Jde o vytvoření umělého přístupu do horní části trávicího traktu. Přesně se definuje množství podávané stravy na den. Například se užívá mixovaná strava. Jde o nejužívanější metodu v oblasti umělé výživy. Dále se užívá parenterální výživa, která se aplikuje do žilního systému. Jde o nejsložitější podávání umělé výživy. Proto je velice důležité včas rozpoznat, kdy jedinec ztrácí chuť k jídlu, je třeba sledovat jeho tělesnou hmotnost, ritualizovat příjem potravy, dbát na správné složení stravy, mít přehled o konzumaci, zainteresovat nemocného k přípravě pokrmů.<sup>32</sup>

#### 2.1.1.8. *Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou*

Komunikace s dementními lidmi se stává poměrně složitou. Proto je důležité hledat způsob, jak s klientem správně komunikovat, aby to odpovídalo i jeho potřebám. Jedině tak se bude cítit postižený uspokojen. Prvotní kontakt během dne vzniká opakovaně, a je potřeba ho ritualizovat. Je důležité oslovení jménem, oční kontakt a dýchání. Oslovení má vždy probíhat ve výši očí. Je dobré se nemocného jemně dotknout a vyčkat, až pohled opětuje.

---

<sup>31</sup> GLENNER a kol. *Péče o člověka s demencí, Průvodce pro rodinné příslušníky*, Praha: Portál 2012, s. 94-108.

<sup>32</sup> TĚŠÍNSKÝ P. *Interní medicína-meziborové přehledy 2013, kap. Výživa u Alzheimerovy demence*, s. 13-16.

Pomocí vhodného rytmu dýchání se lze lépe soustředit a vyvolat tak vzájemnost. Pečující o sobě musí vždy mluvit v první osobě čísla jednotného. Dobré je srdečné prostředí, kdy je nemocný oslovován vlastním jménem. Nemocný často jmenuje věci jako „to“, nebo „tamto“, místo pravých názvů. Ošetřující by měl proto používat správné pojmy. Důležité je i opakování, neboť pomáhá nemocnému, aby se orientoval lépe ve významech slov. Nevhodné je i užívání trpného rodu a nepřímé řeči. Proto je potřeba hovořit v činném rodě jasně a přehledně. Řeč se dá podporovat i různými aktivitami. Je dobré používat celistvé věty. Strohé věty způsobují zmatenost. Také je důležité používat věty ve správných časech, nekombinovat například přítomný s budoucím. Řeč oslovuje veškeré smysly a vyvolává ve člověku různé obrazy, které dementnímu člověku dělají dobře, proto je potřeba komunikovat, přestože ošetřujícímu přijde, že nemocný nerozumí. Pokud už je nemocný na sklonku svého života, je potřeba zůstat přirození. K tomu patří verbální i neverbální komunikace, fyzická přítomnost, ale i mlčení. V této fázi je důležité vyjasnění si věcí, které zůstaly nedořešené, či nevyřčené. Ošetřujícímu může pomoci napsat dopis, a umírajícímu ho přečíst. Pokud se vše nevyřčené před smrtí vyjasní, odchod blízkého člověka na věčnost může být mnohem snazší.<sup>33</sup>

### *2.1.2. Zátěž rodinných příslušníků pečujících o nemocného v domácím prostředí*

Onemocnění blízkého člena rodiny mění život nejen jemu ale i jeho nejbližšímu okolí. I okolí cítí smutek ze změny, která nezvratně nastala. Je důležité být nemocnému oporou a těžkou situaci zvládnout. Pokud nemoc postihne rodiče, výměna rolí je zvláště problematická. Závislost dítěte na rodičích se obrací. Pokud se s tím jedinci dokáží vyrovnat, pomůžou tím i nemocnému. Přirozenou věcí je i to, že člověk cítí zlost a zklamání ze situace, pro kterou nenachází dostatečnou pomoc a má vztek, že se to stalo zrovna jemu. Je důležité proto sdělovat své pocity ostatním osobám, které jsou jim na blízku. Také často cítí rozpaky a stud za chování nemocného, proto je potřeba hodně trpělivosti. Jedinec často cítí i pocity viny za to, že nemoc nechal zajít tak daleko a nerozpoznal ji dříve. Dále má špatné svědomí, že se stydí za svého blízkého. Pocity viny mohou pramenit i z důvodu, kdy blízkého ponechá příslušné instituci.

---

<sup>33</sup> *Mosty do zapomnění, Jak přistupovat k lidem nemocným demencí*, Pohořelice 2012, s. 41-55.

Pocity rodinní příslušníci vnímají jak pozitivní, tak negativní. Mezi pozitivní patří láska k rodičům, obohacení starého člověka v rodině, starost o uspokojení jeho potřeb, vůle k zábraně začlenit nemocného do institucionalizovaného zařízení. Mezi negativní patří strach ze selhání, špatný pocit ze zhoršení stavu nemocného, strach z vlastního chování, otřes ze změny vztahu, úzkost ze smrti, strach z příliš silného vztahu, nepochopení ze strany ostatních členů rodiny, pocit viny, někdy i nenávisti. Kvalita péče závisí na rovnováze negativních a pozitivních pocitů.<sup>34</sup>

Může se stát, že nemocný jedinec začne urážet blízkou osobu, která se o něj stará. Bývá bezdůvodně naštvaný a podezřívavý, neboť přestává chápat okolní svět. Pečující osoba pro něj znamená ztrátu nezávislosti a svobody. Člověk si ve stáří buduje novou identitu, která bývá zdrojem jeho chování.<sup>35</sup>

Řadě pečujících největší sílu a oporu poskytuje rodina. Může se však i naopak stát, že je pro něj ještě větším stresem. Je velice důležité snažit se všechny příslušníky zapojit do svého problému a péče o nemocného. Někdy je těžké naučit se pomoc přijmout. Rodina by si měla mezi sebou rozdělit úkoly a sdílet mezi sebou své problémy. Každý pečující by si měl najít čas i sám pro sebe a pokračovat ve věcech, které má rád. Dělat si každý den něčím radost. Nastanou situace, kdy si pečující neví rady a dochází mu síly, proto je velice důležité pamatovat na to, že příčinou všeho je nemoc, a neobviňovat sebe ani člověka, o kterého se starají. Každý má své hranice, na které musí brát ohled. Základem péče jsou především informace a rady od zkušených lidí, kteří se už také o někoho s touto nemocí dříve starali.<sup>36</sup>

O rodinných příslušnících se hovoří jako o „druhém pacientovi“, neboť jsou vystaveni dlouhodobému stresu a frustraci, a nemají dostatek času pro vlastní odpočinek. Tato skutečnost je spojována i s depresí. Z těchto důvodů jim hrozí vážná zdravotní rizika. Je prokázáno, že pečující osoby berou více léků na předpis než osoby nepečující. Proto nemají často dále sílu na péči o dementního člověka.

---

<sup>34</sup> PICHAUD C. THAREAUOVÁ I. *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál 1998, s. 70.

<sup>35</sup> MACE N. L. *ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, Praha: Triton 2018, s. 203.

<sup>36</sup> HOLMEROVÁ I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám*, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., Praha 2014, s. 27-28.

Rodinní příslušníci nemají dostatek času ani na volnočasové aktivity, čímž ztrácejí sociální vazby s přáteli, a to má také vliv na jejich socioekonomický status. Často strádají i po ekonomické stránce, neboť přichází o svá zaměstnání, či o původní příjem nemocného. Také mívají vyšší výdaje na péči o nemocného, například léky, či hygienické pomůcky.

Zátěž pečovatelů se dělí na objektivní a subjektivní faktory. Co se týče objektivní zátěže patří sem doba role pečovatele, doba soužití, denní doba stráveného času s dementní osobou, tíže zdravotního stavu a druh handicapu. Subjektivní složka je ovlivněna prožíváním vlastní role, rodinnými vztahy, psychosociálními faktory, či reakcí pečovatele na různé stresory. K těmto faktorům patří i emocionální problémy.<sup>37</sup>

Pomocí pro pečující při tomto syndromu vyhoření jsou svépomocné podpůrné skupiny rodinných pečovatelů, kam bohužel mnoho rodin nemůže docházet, neboť mají moc práce s péčí o nemocného. Většina rodin, které přichází do organizací nemají dostatek informací a jsou v nejistotě. Důležitá je proto komunikace s rodinami, která zamezuje konfliktním situacím. Důležité je naslouchání a aktivní zapojení rodin do péče o klienta. Především také do rozhodování o jeho budoucnosti. Při vyhoření, jak ze strany rodiny, tak ze strany sociálních pracovníků je důležitá supervize.<sup>38</sup>

## **2.2. Sociální práce s rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocného v domácím prostředí**

Sociální práce na tuto zátěž reaguje, proto se v této kapitole budu věnovat v první podkapitole sociální práci s rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocného jedince s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí. Budu se zabývat zátěží, které jsou každodenně vystaveni, nastíním koncept na podporu rodiny a konkrétní možnosti pomoci od sociálních pracovníků. Důležitou roli hraje především respitní péče, poradenství, terénní a ambulantní služby, pečovatelská služba, osobní asistence, či jiné poskytované sociální služby.

---

<sup>37</sup> ZVĚŘOVÁ M. *Alzheimerova demence a zátěž pečovatele*, Čes. a slov. Psychiatr 2010, s. 307–309.

<sup>38</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 169-170.

Sociální práce podporuje péči o klienta v jeho přirozeném prostředí pomocí terénních a ambulantních služeb. Velkou roli hraje i příspěvek na péči.<sup>39</sup>

Nejdůležitějším prvkem sociální práce je podpora rodin a lidí, kteří se o lidi trpící demencí starají, neboť péče v domácím prostředí je pro pacienta přínosnější v mnoha směrech. Proto cílovou skupinou jsou primárně pečující. Sociální práce je součástí komplexní péče o nemocného tím, že zastává část přímé péče. Jde o individuální, skupinové či rodinné intervence. Mezi nejobvyklejší patří poradenství, podpůrné skupiny či edukační programy, které se zaměřují na psychickou pohodu jedinců. Sociální práce nabízí testovací programy, které umožňují skrze odborníky včasné zachycení počátků Alzheimerovy choroby. Jde o program České alzheimerovské společnosti.

Poradenství lze poskytovat osobně, telefonicky, či internetově. Podpůrné skupiny mají za úkol poskytovat především emocionální podporu pečujícím. Jde o vzájemnou psychickou podporu. Pokud jde o závažnější psychický problém, je nabídnuta postiženým jedincům psychoterapeutická pomoc. Tyto skupiny zabraňují sociální izolaci. Pomoc nabízí například Diakonie ČCE. Na sezení jsou podle potřeby přizváni i různí specialisté.

Edukační programy se zaměřují na informovanost veřejnosti o nemoci. Tuto pomoc poskytuje například Česká alzheimerovská společnost, Diakonie ČCE, život 90, či AD centrum. Kurzy informují o nemoci, její léčbě, komunikaci, aktivizaci, nárocích o pomoci sociálního systému, sociálních službách či zásadách péče o sebe.<sup>40</sup>

Důležité je, aby sociální pracovníci rodinné příslušníky zapojili do spolupráce a seznámili je s individuálním plánem péče, neboť rodina musí mít příležitost vyjádřit se k pomoci jedinci s Alzheimerovou chorobou. To vše musí mít řád a určená pravidla. Důležité je propojit požadavky a očekávání všech členů týmu, ale hlavním členem, který by o sobě měl rozhodovat, je nemocný. Mocnou technikou sociální práce je rozhovor s rodinou, pomocí kterého jednotlivé členy

---

<sup>39</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 32-33.

<sup>40</sup> <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=1033>

informujeme o stavu nemocného a vytvoříme si dotazník, který je prospěšný pro další péči.<sup>41</sup>

### 2.2.1. Koncept podporující rodinu

Rodina je pro nemocného základem, a proto se objevil nový koncept podporující rodinnou paliativní péči, který je důležitý již od prvního stadia tohoto onemocnění. Tento koncept se zaměřuje na definici rodiny, její potřeby a vhodnou a účinnou intervenci.

1. Definice rodiny: Členové v rodině nemusí být nutně spojeni pokrevním či právním svazkem. Každou rodinu utváří původ, vztahy, hodnoty. Každý ze členů má různorodé potřeby a cíle. Proto je těžké ji jednoznačně definovat.

2. Potřeby členů rodiny: Jsou velmi důležité, neboť pokud nejsou uspokojeny, nemohou členové uspokojovat ani potřeby nemocného. Nejdůležitějšími jsou: Zda pacient neprožívá velké potíže, neboť jedině tak se rodina může vyrovnat s nastalou situací. Bolest blízkého má veliký dopad na jeho milované. Obavy z léků mohou vést k nedostatečné léčbě pacienta. Rodina, která vidí svého blízkého umírat v klidu a bez utrpení vzpomíná na tyto dny bez nadbytečného stresu. Dále zda mají dostatečné množství informací, neboť informace jim dodávají sílu. Především pokud se starají o jedince doma. Dále je potřeba vědět, zda jim postačují jejich praktické dovednosti v péči, aby se na ně nenahlíželo pouze jako na někoho, kdo se stará o pacienta, ale také jako na lidi, kteří mají své hranice, a potřebují péči odborníků. Velice ohrožené rodiny jsou zejména v odlehlých oblastech bez přístupu ke zdroji pomoci. Může dojít k vyčerpání a izolaci. Důležité je to, zda mají emocionální podporu celé rodiny, neboť zhoršující se stav pacienta vede ke stoupajícímu stresu pečujícího. Potřebují pomoc, aby se vyrovnali se svou lítostí.

3. Vhodné a účinné intervence: Pohoda pacienta, která se zajistí naučením rodiny základním principům léčby bolesti a potřebným dovednostem, hájením zájmů při uspokojování potřeb komfortu a poskytnutím konzultace. Dále informovanost rodiny, aby byla schopna komunikovat s nemocným a řádně o něj pečovat. Potřebují k tomu patřičnou odbornou pomoc. Proto jsou vhodné rodinné

---

<sup>41</sup> KLEVETOVÁ D. a kol. *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada: 2008, s. 88-89.

konference. Také emocionální podpora rodiny pomáhá jednotlivcům vyrovnat se s těžkou situací. Je potřeba si vyjasnit, jaké mohou nastat problémy. Je potřeba nesnažit se vyřešit problémy najednou. Neúčinnějšími metodami pro pomoc rodinám je přijetí, racionalizace a sociální podpora. Je dobré předávat si pozitivní zkušenosti s rodinami, které si prošly tím samým problémem. Praktická pomoc rodině je velice důležitá proto, že většina pacientů chce zemřít v domácím prostředí. Rodina má zájem především o hygienickou pomoc.<sup>42</sup>

Rodina je zapojena do diagnostického a terapeutického procesu a je součástí plánu při propouštění. Některá zařízení pracují v režimu řízených návštěv, kdy se rodina aktivně zapojuje do péče o seniora s demencí v zařízení tak, aby byl schopen vrátit se do domácího prostředí. Při plánu propuštění musí rodina být dostatečně připravena a motivována. Sociální pracovník musí rodinu informovat o nemoci a možnostech sociálních služeb.<sup>43</sup>

### *2.2.2. Pečovatelská služba*

Jde o službu, kdy zaměstnanec sociálních služeb pečuje o člověka s Alzheimerovou chorobou přímou péčí, pomocí při osobní hygieně, poskytnutím stravy, pomoc v domácnosti, socializace, doprovod do příslušných institucí a doplňková péče.

Tato služba je určena mimo jiné i lidem s demencí, neboť mají sníženou schopnost soběstačnosti. Může být poskytována ambulantně, což znamená, že pečující osoba doprovází klienta do zařízení, či terénní, kdy je služba poskytována v domácím prostředí člověka s Alzheimerovou chorobou.<sup>44</sup>

### *2.2.3. Osobní asistence*

Jde o poskytování obdobných služeb, jako v pečovatelské službě. Pečující osoba se však více zaměřuje přímo na klienta a péči o jeho osobu. Osobní asistence se odehrává terénně v klientově přirozeném prostředí.

### *2.2.4. Poradenství*

---

<sup>42</sup> O'CONNOR M. ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada, s.221-229.

<sup>43</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 168-169.

<sup>44</sup> <https://poradimesi.cz/pece/co-je-pecovatelska-sluzba/>

Do těchto činností patří i poradenství, které dělíme na základní a odborné. Při základním sociální pracovník informuje rodinu o jejich nárocích a možnostech, které mohou zlepšit jejich situaci. Co se týče odborného poradenství, jde o poskytování pomoci přímo při řešení konkrétních problémů. Důležitou roli zde hraje i hmotná pomoc. Pro rodinu je důležitou součástí poradenství i již zmiňovaná terapeutická činnost.

Při poradenství je pomoc složena z multidisciplinárního týmu a využívají se k ní různé odborné přístupy. Poradce rodině podává věcné informace, poskytuje rady, učí rodinu znalosti a dovednosti potřebné ke zlepšení situace, poskytuje psychologický náhled, který pomáhá rodině lépe pochopit jejich problém a tím ukázat vhodná řešení situace, vykonává za klienta potřebné činnosti, a ovlivňuje systémy, které jedinci způsobují obtíže, například organizační úpravy.<sup>45</sup>

Činnost poradenství se v současnosti velice rychle rozvíjí. Dělíme ho dále i na formální a neformální. Co se týče formálního je organizováno pomocí systémů, které se zaměřují přímo na řešení problému. Důležité je však i neformální, které provozují i blízké osoby, či tištěná a elektronická média. Poradenství rodině uleví od trápení, rodina získá potřebné informace a podporu. Existuje i orientační poradenství, které jedinci pomáhá reagovat na získané informace. Poradenství ohledně Alzheimerovy choroby nabízí například zdravotnická zařízení, které je prováděno ve specializovaných zařízeních v rámci terapie, sociální poradenství, právní poradenství, poradenství pro seniory, či vnitřní správa zaměřená na prevenci onemocnění. Základní cíle poradenství jsou prevence, či podpora kvality života. Hlavními fázemi je navázání vztahu, shromáždění informací, stanovení cílů, průběh řešení, a nakonec zpětná vazba.<sup>46</sup>

### 2.2.5. *Respitní péče*

Respitní péče se jinak také nazývá jako odlehčovací služba, která může být pobytová, terénní, či ambulantní. Jde o péči, která je poskytována nesoběstačným klientům s Alzheimerovou chorobou, o které je běžně postaráno rodinnými příslušníky v jejich přirozeném prostředí. Cílem je, aby byl umožněn pečující osobě potřebný odpočinek. Role respitní péče je velice důležitá, neboť jsou kapacity

---

<sup>45</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál 2008, s. 84-85.

<sup>46</sup> MICHALÍK J. a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*, Praha 2008, s. 11-24.

sociálních služeb nedostačující, terénní služby se rozvíjí velice pomalu a pečující jsou velmi nízko finančně ohodnoceni. Více než 70 % rodin pečuje o nemocného z těchto důvodů v domácím prostředí. Takto zasažení rodinní příslušníci značně musí přehodnotit své preference. Při této službě je cílem pomoci pečujícím rodinám při péči o nemocnou osobu, při osobní hygieně, při zajišťování stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu nemocného se společností, poskytnutí sociálně terapeutických činností, či pomoc při poskytování práv.<sup>47</sup>

Denní stacionář má za úkol respitní péči pro pečující rodiny, které si potřebují odpočinout. Mají díky tomu možnost i nadále docházet do svého zaměstnání. Je zde poskytován denní program, který nabízí ergoterapeuti, pečovatelky a sociální pracovníci. Rodina se o nemocného stará pravidelně večer, přes noc a o víkendech. Doprava klientů může být i součástí služeb. Některé organizace umožňují seniorům odvoz do společnosti. To poskytuje například ČASL, Domov Süe Ryder, či střediska Charit a Diakonií. Denní stacionáře jsou zabezpečeny tak, aby senior nemohl opustit zařízení. Prostor v takovýchto zařízeních musí být vždy pro klienta vhodně zabezpečené a uzpůsobené. Jsou zde poskytovány aktivity, na které byl klient v minulosti zvyklý, a které měl rád. Tyto aktivity bývají zachovány v dlouhodobé paměti nemocného. Aktivity mají za úkol podporovat tělesné i duševní funkce jedince.<sup>48</sup>

#### 2.2.6. Další sociální služby

Dalšími sociálními službami pro pečující rodiny mohou být například: Denní stacionář pro dospělé, který se specializuje na lidi postižené Alzheimerovou chorobou. Jde o program sociálních služeb a různých aktivit. Další možností je společné jídlo, při kterém probíhají rekreační, vzdělávací a společenské služby. Řízení geriatrické péče sleduje adaptaci klientů a zajištění služeb. Při rozvozu jídla pracovníci dováží do domácností jídlo. Výpomoc v domácnosti zahrnuje doprovod klientů na příslušné úřady, vaření... Ergoterapie zlepšuje funkční schopnosti.

---

<sup>47</sup> PRŮŠA L. *Respitní péče*, Diakonie ČCE 2016, s. 3-4.

<sup>48</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 183-184.

U osobní péče jde o pomoc při úkonech sebeobsluhy. Rekreační služby poskytují různé terapie, či aktivity.<sup>49</sup>

#### 2.2.7. Další možnosti služeb

Dalšími službami, které můžeme využívat při práci s rodinou, která pečuje o nemocného jedince v domácím prostředí jsou zdravotní služby a ostatní. Důležité jsou i terénní služby, kde hraje důležitou roli pečovatelská služba a osobní asistence.

#### 2.2.8. Zdravotní služby

Existují možnosti různých zdravotních služeb. Při zdravotní službě hodnocení klientů se posuzuje stav, chování a sociální úroveň postiženého. Stomatologické služby poskytují péči o zuby. Domácí zdravotní služby pomáhají s veškerými činnostmi souvisejícími se zdravím. Cílem hospicových služeb je minimalizovat utrpení lidem s pokročilou demencí a jejich blízkým osobám. Služby v oblasti duševního zdraví poskytují především poradenství. Fyzioterapeuti mají za úkol rehabilitace. Lékařské služby poskytují diagnózu, péči, předepisování léků a léčbu onemocnění. Kvalifikovaná a ošetrovatelská péče je poskytována zdravotními sestrami s licenci. Logopedie je terapie, která má za úkol zlepšení řeči.

#### 2.2.9. Ostatní služby

Služby seniorům v domácím prostředí, při kterých jde o opravy a práce okolo domácnosti. Informace a oficiální doporučení zajištění informací o službách v obci. Právní služby vypomáhají s právními záležitostmi. Placený společník přichází do rodiny a poskytuje dohled nad lidmi s demencí. Osobní systémy reagující na mimořádné události lze zakoupit přístroj, který upozorňuje na tiseň jedince s demencí. Služby pro ochranu a prevenci prosazují práva nemocného a napravují následky zanedbávání. Dohled zajišťuje postiženému jedinci bezpečí. Přeprava je poskytována do různých zařízení i jinam. Ujištění po telefonu je volání osamocným jedincům.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 183-184.

<sup>50</sup> MACE L. N., *ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, Praha: Triton 2018, s. 230-231.

### **3. Institucionalizovaná péče o jedince s tímto onemocněním**

V této podkapitole se budu zabývat péčí v sociálním zařízení o jedince s Alzheimerovou chorobou. Zmíním, jak je problematický přechod seniora do institucionalizovaného zařízení, poté přechod konkretizuji na domov se zvláštním režimem, popíšu činnosti sociálního pracovníka v tomto zařízení, poté vyjmenuji instituce, které se zabývají lidmi s Alzheimerovou chorobou, a nakonec další možnosti institucionalizované péče.

#### **3.1. Sociální práce s lidmi s demencí v pobytových službách**

Každý jedinec, který trpí Alzheimerovou demencí má právo na dostatečné informace o diagnóze, patřičnou lékařskou péči, možnost pracovat dokud je to možné, rozhodovat se tak dlouho, jak je to možné, možnost zvolit si způsob, kterým chce být léčen, právo na důstojné zacházení, na respektování jeho pocitů ostatními lidmi, aby nebyl pod vlivem psychotropních léků, aby mohl žít v jemu vyhovujícím prostředí, aby měl na výběr rozmanité aktivizační činnosti, aby mohl být ve venkovním prostředí, rozhodovat o využití jeho majetku, a v neposlední řadě, aby byl v péči odborníků.<sup>51</sup>

Sociální pomoc musí být uzpůsobena individuálním potřebám klienta. Formy sociálních služeb dělíme na pobytové, terénní a ambulantní. Pobytové služby jsou poskytovány klientům v konkrétních zařízeních, ambulantní služby jsou založeny na docházení osoby postižené demencí do zařízení sociálních služeb a terénními službami se rozumí takové, které jsou poskytovány pečujícími osobami v klientově přirozeném prostředí. Výběr služby závisí na míře soběstačnosti osoby postižené demencí.<sup>52</sup>

Nabídka služeb stále není zcela uspokojivá. Péči o dementní jedince poskytují převážně gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických léčeben, domovy se zvláštním režimem, či různá soukromá zařízení. Při sociální práci je vždy důležité mít na paměti důstojnost klienta, jeho spokojenost, pocit zvládnání životních

---

<sup>51</sup> CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, s. 37.

<sup>52</sup> DVOŘÁČKOVÁ D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, Praha: Grada 2012, s. 81-83.

situací a dobré pečovatele. Tyto podmínky lze najít ve specializovaných domovech pro seniory, či na denních stacionářích.

### *3.1.1. Metody sociální práce*

Cílem sociální práce je zlepšení kvality života klientů a posílení veškerých schopností. To je důležité i u nepohyblivých pacientů, kteří jsou izolovaní ze společnosti a mají potíže v komunikaci. Zdrojem stimulace v komunikaci jsou vjemy a pocity, na něž klienti reagují. Nejdůležitější je navázání kontaktu, na které navazují různé terapeutické postupy. Činností může být i duševní práce, která je u těchto klientů nezbytná.<sup>53</sup>

#### *3.1.1.1. Bazální stimulace*

Tato metoda sociální práce je zaměřena především na lepší komunikaci s člověkem trpícím demencí. Také jde o aktivizaci klienta, která má za úkol zklidnění agresivního klienta a zlepšení jeho orientace.

Hlavní pomůckou při práci je nalezení potřeb nemocného a sestavení pečovatelského plánu na základě stadia, ve kterém se nachází. Za pomoci stimulace různých smyslů dojde k aktivizaci nervových komplexů. Stimulační terapie mají za úkol vyvolat u nemocného vzpomínky. Bazální stimulace záleží individuálně na potřebách a cílech každého klienta. Základními stimulacemi u této metody jsou: somatická stimulace a vestibulární. Veškeré stimulace jsou prospěšné i pro pečující, neboť jim šetří čas i energii. Tyto techniky mají za úkol dementní osoby zklidnit, zlepšit jejich spánek, komunikaci, vyprazdňování, orientaci, dýchací cesty, hojení zranění a snášení bolesti. Důležité je pro péči stanovení individuálního plánu, který obsahuje ošetřovatelskou anamnézu, neboť pečující tak má možnost lépe pochopit klientovu situaci.

#### *Somatická bazální stimulace*

U somatické stimulace je cílem rozvoj komunikačních, pohybových, či kognitivních schopností. Vše se odvíjí od pohyblivosti klienta. Pomocí opakujících se činností je díky paměti aktivován mozek. Aplikuje se například zklidňující stimulace, která se užívá především při toaletě klienta. Důležité je u této

---

<sup>53</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 183-186.

metody i polohování klienta, které dělíme na hnízdo, mumii a mikropolohování. Vhodná je i masáž, která podporuje lepší dýchání u klienta. Taktilně-haptická stimulace pomáhá seniorovi jak v oblasti demence, tak v oblasti nepohyblivosti. Olfaktorická stimulace má za úkol zlepšovat orientaci a je spojena i s emocemi. Nejvyužívanějšími smysly jsou v oblasti stimulace zrak a sluch. Práce s biografií klienta je nápomocná k lepší orientaci nemocného v prostoru. Orální stimulace je vhodná pro klienty, kteří mají problémy s příjmem potravy.

#### *Vestibulární bazální stimulace*

Co se týče vestibulární stimulace, jsou vhodné jemné pohyby hlavou, technika pohybu ovesného klasu, či pohupování klientem v náručí, pomocí houpaček nebo houpacích sítí.<sup>54</sup>

#### *3.1.1.2. Práce se vzpomínkami*

Jde o metodu v sociální práci, která se zaměřuje na vyvolávání vzpomínek klienta s Alzheimerovou chorobou. Může se týkat jak pohyblivých, tak i nepohyblivých klientů. Jejím cílem je zlepšení psychického i fyzického stavu jedince.

Vzpomínky se zaměřují na důležité životní události nemocného, jako je například manželství, či výchova dětí. Využívanými prostředky k této terapii jsou alba s fotografiemi, časopisy, či vzpomínkové předměty. Sociální pracovník aktivně naslouchá a podporuje vyprávění klienta. Pozitivní emoce, které vzpomínky vyvolají, působí velice blahodárně na zdravotní stav nemocného. Ideální je pro sociální práci propojení této metody s již zmiňovanou metodou validace.<sup>55</sup>

V Evropě rozšířila metodu práce se vzpomínkami herečka Pam Schweizer, která dramaticky ztvárňovala vzpomínky lidí a v domovech pro seniory s nimi divadelně vystupovala. V Londýně založila reminiscenční komunitní centrum, které je upraveno do období před 2. světovou válkou. Je zde kavárna, probíhají zde různé výstavy, vzdělávání seniorů, či setkávání generací. Senioři mají možnost nacvičit si zde různá divadelní představení. Práce se vzpomínkami

---

<sup>54</sup> Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatрии, INSTITUT Bazální stimulace s. r. o., s. 58-59.

<sup>55</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 238-239.

zlepšuje celkový stav seniorů, proto se zde například sestavují fotoalba. Seniori si uvědomí, jak měli pestrý život plný vzpomínek, nachází svoji identitu, předávají zkušenosti, socializují se a personál získává ze vzpomínek seniorů o nich důležité informace.<sup>56</sup>

#### 3.1.1.3. *Validace*

Jde o přístup sociální práce, který se využívá při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou, a především se specifikuje na nekomunikující klienty. Opírá se o toleranci, empatii a naslouchání klientovi.

O rozšíření přístupu validace v sociální práci se zasloužila sociální pracovnice Naomi Failová. Tento postup pochází z humanistické psychologie a zakládá se na toleranci a empatickém naslouchání. V práci s lidmi trpícími demencí jde o jejich psychické vyrovnání a uzavření minulosti. Velice důležitou roli hrají vzpomínky. Validovat znamená, že sociální pracovník dává hodnotu každému projevu člověka a respektuje jeho předešlé společenské role. Dále komunikuje s klientem o jeho vybraném tématu, orientuje se v jeho světě a bere na vědomí city druhých. Validací techniky zahrnují například užívání jednoduchých otázek, navození pocitu důvěry, užívání neverbální komunikace, a tak dále. Důležitý je intenzivní kontakt sociálního pracovníka a klienta. Celkovým cílem je zlepšení kvality života pomocí zvyšování pocitu hodnoty vlastního života u klientů postižených demencí.<sup>57</sup>

#### 3.1.1.4. *Felinoterapie*

Jde o rehabilitační metodu v sociální práci, která podporuje psychosociální pohodu jedince a je založena na kontaktu člověka a zvířete, konkrétně kočky.

Zvíře obecně u seniora snižuje míru stresu a vysoký krevní tlak. Podporuje psychickou stimulaci a má pozitivní vliv také při ztížené komunikaci nemocného. Pomáhá navázat lepší vztah mezi klientem a pečujícím. Působení kočky na nemocného musí být dlouhodobé k tomu, aby se zlepšil jeho zdravotní stav. Jde o aktivizační metodu, která by měla vést ke zlepšení kvality života. Chování kočky

---

<sup>56</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 183-186.

<sup>57</sup> ELIHOVÁ M. *Sociální práce, aktuální otázky*, Praha: Grada 2017, s. 153-166.

závisí na prostřední, ve kterém se nachází. Každá kočka přijímá a vnímá klienta přesně takového, jaký je. Zakladatelkou této metody je Daniela Hypšová, pod jejíž vedením vznikla i návštěvní služba, která obsahuje veškeré aktivity spojené s asistencí zvířete. Chovatel se stává dobrovolníkem v týmu, proto se musí nejprve zaučit sledováním nejméně deseti sezení.

Metodami je například pozitivní interakce klienta a zvířete, či podpora socializace. Felinoterapie se účastní celý multidisciplinární tým, avšak indikaci musí provádět přímo odborníci. Kočka se stává v této metodě koterapeutem, neboť je v této pomoci prostředníkem pro člověka. Odborník má vytvořit cíl, plán k jeho dosažení, stará se o průběh terapie a hodnotí výsledky. Zooterapie využívá čtyři metody, mezi které patří: aktivity za pomoci zvířat, při kterých je důležitý kontakt klienta se zvířetem, kdy je kladen důraz na socializaci. Druhou metodou terapie je tentýž kontakt mířený na lepší zdravotní stav klienta. Třetí metoda má za cíl vzdělávání za pomoci zvířete, která je mířena na lepší výchovu klienta. Čtvrtou a poslední metodou je krizová intervence, která je mířena na odstranění stresu v akutní krizi. Veškeré tyto metody mají odborníci možnost kombinovat.

Rozlišujeme dva typy programů-návštěvní a rezidentní. Při návštěvním programu odborníci navštěvují klienty v jejich domácím prostředí. Při druhém, rezidentním programu, kočka obývá trvale prostor, kde se klienti nachází. To je však využíváno především v zahraničí. Metoda felinoterapie se může užívat jak individuálně, tak skupinově, a má za cíl především řešení psychologických a sociálních problémů. Může se užívat i za cílem lepší koncentrace a orientaci v prostoru. Vybraná kočka pro tuto terapii musí být přizpůsobivá. Každá má svou vlastní osobnost a na to se musí brát při výběru vždy ohled.

Tato metoda je nejvíce využívána právě u seniorů. Kočky minimalizují samotu a vybízejí seniora k zájmu o okolí. Jsou méně náročné na péči, nežli například psi ale pro seniory je prospěšný i pocit, že se mohou o někoho postarat. Pro lidi trpící Alzheimerovou chorobou je prospěšné navrácení kladného vztahu k přírodě a zprostředkování komunikace s okolním prostředím. Kočka pro seniory představuje mnoho podnětů, které mohou sledovat. Pokud se senior nachází v domově, má většinou na pokoji zakázané vlastní zvíře, i z tohoto hlediska je felinoterapie velice užitečná. Kočky u seniora mohou vyvolat i řadu vzpomínek,

což je pro něj velice přínosné. Návštěvy jsou u této metody časově pravidelně vymezeny, což vede k tomu, že senioři se mají na co těšit. Kočky mají pozitivní vliv na pohyblivost klienta, psychiku, kognitivní oblast, či na vztahy. Tato terapie bohužel není v České republice příliš rozšířená.<sup>58</sup>

#### *3.1.1.5. Preterapie*

Jde o metodu využívanou v sociální práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou, která je vhodná především pro nekomunikující klienty. Zaměřuje se na budování vztahu a navazování kontaktu klienta s demencí a sociálního pracovníka.

Metoda preterapie také vychází z humanistické psychologie a jejím autorem je profesor G. Prouty. Mnoho pečujících totiž věnuje znatelně méně pozornosti této skupině klientů. Chovají se, jako kdyby tito pacienti byli hluchí, a ignorují je. Tato metoda nabízí techniky na podporu lepšího vyjadřování toho, co pacient prožívá. Východiskem je uplatnění přístupu orientovaného na klienta, kdy pracovníci navazují kontakt reagováním na veškeré klientovy iniciativy. Jde o posílení vnímání reality. Jsou zde uplatňovány prvky z předchozí metody. Vychází z předpokladu, že pokud si klient uvědomuje své nitro, tak dokáže lépe zvládat stres. Pracujeme s tím, co u člověka vnímáme. Při technice jde o pět reflexí: slov a zvuků, které nemocný jedinec používá, prostředí a situací, ve kterých se nachází, výrazu a pohybu tváře a očí, fyzická a verbální reflexe pohybů těla, které používá a reflexe toho co se neustále dokola v jeho běžném životě opakuje.<sup>59</sup>

#### *3.1.1.6. Rezoluční terapie*

Tato metoda sociální práce se zaměřuje pouze na přítomnost a nezohledňuje na rozdíl od práce se vzpomínkami či validace minulost klienta. Podporuje vnímání ze strany sociálních pracovníků své klienty tak, aby je přijmuli takové, jací jsou.

Metodu rezoluční terapie je vhodné využívat u osob v pokročilém stadiu onemocnění, neboť klienti již nevnímají realitu. U této metody si pracovníci uvědomují propojení minulosti klienta a jeho současného stav, proto není vhodné vnucovat klientovi realitu a odporovat mu, neboť podstatou terapie je respektování

---

<sup>58</sup> ELICHOVÁ M. *Sociální práce, aktuální otázky*, Praha: Grada 2017, s. 153-166.

<sup>59</sup> ELICHOVÁ M. *Sociální práce, aktuální otázky*, Praha: Grada 2017, s. 153-166.

klientova světa a jeho absolutní přijetí. Sociální pracovník při této terapii přistupuje na klientovu realitu. To vede ke klientovu vnitřnímu klidu.<sup>60</sup>

### *3.1.1.7. Sociálně terapeutické činnosti*

Jde o metody, které u klientů s Alzheimerovou demencí rozvíjejí a udržují sociální schopnosti a dovednosti tak, aby byli schopni se začlenit do společnosti.

Sociální pracovníci chtějí dosáhnout rozvoje schopností a dovedností, které souvisí se socializací lidí s Alzheimerovou chorobou, neboť mají tendenci uzavírat se sami do sebe. Dále je tato metoda užitečná pro minimalizaci závislosti klienta na pečujícím, pro podporu aktivizace a samostatnosti, dokud je soběstačnost alespoň trochu možná. Socioterapie se zaměřuje pouze na přítomnost nemocného a nezohledňuje historické aspekty, což je při špatné paměti klienta s Alzheimerovou chorobou vhodné. Zaměřuje se spíše na řešení problémů než na jejich příčiny a zkoumá klientovy silné stránky. Hlavní technikou je komunikace, kterou je u těchto klientů velice důležité rozvíjet. Tato metoda podporuje klientovu seberealizaci a pocit užitečnosti. Na dosažení cílů pracuje celý multidisciplinární tým. K sociálně terapeutickým činnostem často patří také aktivizační činnosti, které zároveň navazují na socioterapii. Jde o hledání podnětů, které klientovi pomohou, aby si uvědomil sám sebe a své potřeby. To vše vede k pocitu důstojnosti.<sup>61</sup>

### *3.1.1.8. Duchovní péče o lidi s Alzheimerovou chorobou*

V tomto období si většina nemocných seniorů klade otázku po smyslu života, neboť jsou si vědomi, že jsou na sklonku života, a kladou si mnoho spirituálních otázek, na které je těžké najít odpovědi. Proto potřebují někoho, kdo jim bude aktivně naslouchat. V tomto období často dochází ke zvratu v náboženské orientaci. Problém, který poté nastane, neboť je klient nespokojený s možným deficitem ve spiritualitě, se může projevit jak psychickými, tak fyzickými potížemi. Jednou z možností, jak uspokojit duchovní potřeby klienta je, že si samotný pečující ujasní svou vlastní spiritualitu. Další možností je schopnost pečujícího rozpoznat, kdy klient potřebuje spirituální pomoc. Důležitá

---

<sup>60</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 245-246.

<sup>61</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 121-122.

je přítomnost pečující osoby, která poskytuje klientovi empatickou podporu a zajistí vhodnou formu naplnění jeho duchovních potřeb.<sup>62</sup>

Nejčastější pobytovou službou pro lidi s demencí je domov se zvláštním režimem.

### 3.2. Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je sociální pobytovou službou, která zajišťuje provoz po celý rok. Vytváří specifické podmínky, které berou ohled na potřeby lidí s Alzheimerovou demencí. Často bývají spojovány s domovem pro zdravé seniory. Mezi základní činnosti, které sociální služby nabízí patří: pomoc při zvládnání každodenních běžných úkonů péče o jedince s Alzheimerovou chorobou, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a pomoc při stravování, poskytnutí ubytování, pomoc v domácnosti, různě zaměřené činnosti, sociální poradenství, zprostředkování socializace, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, telefonická krizová pomoc, podporování soběstačnosti a podpora práce.<sup>63</sup> Co se týče poskytování ubytování, musí sociální pracovník zajistit i úklid, praní ložního i osobního prádla a žehlení. Při pomoci při každodenních úkonech jde o poskytnutí přesunů, oblékání a svlékání, podávání nápojů stravy, užívání speciálních pomůcek a pomoc v orientaci. U pomoci u osobní hygieny jde o poskytnutí přesunů, oblékání a svlékání, podávání nápojů stravy, užívání speciálních pomůcek a pomoc v orientaci. Dále jde o péči o vlasy, pomoc při užití toalety, holení, pedikúru a manikúru. Zprostředkování kontaktu se společností se rozumí užívání informačních zdrojů, udržení kontaktu s rodinou a sociální začlenění nemocného. Sociálně terapeutické činnosti podporují rozvoj schopností a dovedností. Aktivizační činnosti zahrnují volnočasové a zájmové činnosti, pomoc při udržení kontaktu a pomoc při nácviu dovedností klienta. Při pomoci uplatňování práv jde o poskytnutí pomoci při komunikaci.<sup>64</sup>

Tyto služby se poskytují lidem, kteří se o sebe již nejsou schopni plně postarat sami z důvodu Alzheimerovy demence, a potřebují každodenní péči jiné

---

<sup>62</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 269-270.

<sup>63</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada: 2011, s.44-46.

<sup>64</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada: 2011, s.114-115.

osoby. Základní informace o výkonu sociální práce a příspěvku na péči jsou obsaženy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.<sup>65</sup>

### *3.3. Přejít seniora z domácího prostředí do domova se zvláštním režimem*

Opustit domov znamená pro nemocného opuštění veškeré minulosti a s celým dosavadním životem. Proto jde o velmi vážnou událost a je to velice psychicky náročné. Všechny tyto ztráty provází životní krize, se kterou se jedinec potýká pomocí smutku, který ji provází. Elisabeth Kubler-Rossová popsala různé druhy postojů

1. šok, popírání: Snadnější přijetí odchodu je pro připraveného člověka. Pokud tuto událost člověk očekává, není šok tak velký. Stále si však neuvědomuje emocionální následky.

2. protest, revolta a hněv: Přichází frustrace a hněv, což je přirozené a pochopitelné. I senioři se zlobí na své blízké, že museli odejít do domova důchodců.

3. smutek, truchlení, deprese: Jedinci se nudí a jsou omrzelí. To zapřičiňuje, že se uzavírají do sebe.

4. přijetí a adaptace: Člověk se začíná vyrovnávat s nastalou situací. Pociťuje opět naději a radost ze společnosti ostatních.

Důležité je, aby na přechod do domova byl klient řádně připraven. Ke změně by mělo dojít na základě jeho svobodného rozhodnutí a mělo by to být předem naplánováno. Důležitá je i klientova informovanost o jeho budoucím působení. Dobré je, pokud je klientovi nabídnut zkušební pobyt. Sociální pracovník provádí s klientem test mentálních a schopností a test soběstačnosti. Důležité je, aby dostal klient hned na začátku svého klíčového pracovníka, který se s ním bude zabývat a koordinovat proces adaptace. Vzniká adaptační plán neboli individuální plán péče, který vychází ze zdravotního a duševního stavu klienta a posouzení jeho potřeb. Jeho cílem je zlepšení kvality života klienta. Je zde stanoven časový úsek a jsou zde rozděleny úkoly pro jednotlivé členy týmu. Obsahuje hodnocení klientovy situace a jsou zde zaznamenány změny v jeho

---

<sup>65</sup> DVORÁČKOVÁ D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, Praha: Grada 2012, s. 85-86.

potřebách a cíli. Hlavním členem, který rozhoduje o individuálním plánu je sám klient.<sup>66</sup>

### *3.4. Činnosti sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem*

Sociální pracovník vykonává již zmiňovanou administrativní činnost, kdy se stará o dokumentaci klienta, vyřizuje mu veškeré dávky, vede jeho důchodovou agendu, podává žádosti k omezení způsobilosti klienta, vyřizuje veškeré záležitosti s náležitými úřady, stará se o záležitosti zemřelého, a spravuje pozůstalostní agendu. Dále plánuje příchod klienta do zařízení, provádí sociální šetření v jeho přirozeném prostředí, udržuje kontakt s různými zdravotnickými zařízeními, přijímá klienty do domova, zařizuje umístění klientů na pokoje a lůžka, je v trvalém spojení s klientem i s jeho rodinou. Dále informuje veřejnost o domově se zvláštním režimem, ve kterém se angažuje, provádí rozhovory se zájemci a zajišťuje zkušební pobyty. Vytváří individuální plány, aktivity, či vzdělávací programy. Snaží se zapojovat rodinu, dobrovolníky a komunitu do činnosti instituce. Koordinuje respitní pobyty a sociální služby pro obyvatele. Pomocí různých technik se snaží o psychosociální pohodu klientů. Může se angažovat i v manažerské činnosti a dohlíží na dodržování práv klientů. Důležité je i individuální plánování.<sup>67</sup>

### *3.5. Multidisciplinární tým v domově se zvláštním režimem*

V domově se zvláštním režimem kromě sociálního pracovníka hrají důležitou roli i další zaměstnanci, kteří se o člověka s Alzheimerovou chorobou starají.

O lidi postižené Alzheimerovou chorobou pečuje pracovník v sociálních službách, který poskytuje přímou obslužnou péči o seniora. Nacvičuje s klientem jeho každodenní činnosti, pomáhá mu při osobní hygieně a oblékání, a uspokojuje jeho psychosociální potřeby. Dále klientovi poskytuje výchovnou činnost, při které upevňuje jeho každodenní běžné návyky, popřípadě vytváří nové.

---

<sup>66</sup> MATOUŠEK O. a kol. *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál 2005, s. 177-182.

<sup>67</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 122-124.

Dále pečuje přímo o klienta a o jeho prostředí, zajišťuje mu sociální pomoc a aktivizaci.<sup>68</sup>

Patří sem i zdravotní péče, jejíž základem je praktický lékař, který předepisuje léky a poskytuje informace. Dále do zdravotní péče patří zdravotní sestra, která lékaři pomáhá a koordinuje spolupráci.<sup>69</sup> Významní jsou i specializovaní zdravotníci, kteří se zaměřují na konkrétní problém nemocného seniora a fyzioterapeuti, kteří mají za úkol fyzickou rehabilitaci seniora.<sup>70</sup>

Dalším, kdo pečuje v domově se zvláštním režimem o nemocného seniora je ergoterapeut, který pomáhá jedinci zachovat schopnosti pro výkon každodenních činností a podporuje jeho participaci. Nemocný se pomocí aktivizačních činností podílí na terapii. Cílem ergoterapie je zachování maximální soběstačnosti klienta a nácvik různých dovedností. K tomu využívá různé metody a techniky práce. Hlavní technikou je smysluplná činnost, která vede k obnovení postižených funkcí.<sup>71</sup>

### *3.6. Další možnosti institucionalizované péče*

Dalšími možnostmi, které u nás však zatím nejsou běžné a vyskytují se v jiných zemích, kam umístit jedince s Alzheimerovou chorobou jsou: program pokračující péče doma, kdy pečovatelé poskytují nemocnému nepřetržitou péči v jeho domácím prostředí, byty pro seniory v domovech, které jsou však vhodné pouze pro lidi s mírnou kognitivní poruchou, neboť zde není pro lidi s demencí adekvátní dozor, domovy s pěstounskou péčí, (specializované na lidi s Alzheimerovou chorobou), ve kterých osoba postižená demencí bydlí s pečující osobou, domovy s pečovatelskou službou (specializované na lidi s Alzheimerovou chorobou), které nabízí pro klienta pokoj, stravu a dohled. Všechny tyto programy jsou však plně na zodpovědnosti rodiny, neboť pro ně neexistují žádné standardy zajištění kvality. Dále jsou to zařízení s asistovaným bydlením, které nabízí pokoj, stravu, dohled, aktivity a asistenci, domovy důchodců s trvalou péčí, kde lidé

---

<sup>68</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 93.

<sup>69</sup> MACE L. N. a kol. *ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, Praha: Triton 2018, s. 43-44.

<sup>70</sup> DVOŘÁČKOVÁ D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, Praha: Grada 2012, s. 80-81.

<sup>71</sup> <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

s demencí žijí dočasně samostatně, dokud se jejich stav nezhorší. Blízká osoba má možnost se do tohoto zařízení přestěhovat k nemocnému jedinci.<sup>72</sup>

### *3.7. Sociální práce s rodinou, která umístila nemocného do domova se zvláštním režimem*

Sociální práce se netýká pouze rodinných příslušníků, kteří pečují o jedince s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí, ale zaměřuje se i na rodiny, které umístily seniora s demencí do sociálního zařízení, neboť spolupráce s rodinou v pobytových službách je velice důležitá. Sociální pracovník by měl rodinné příslušníky zapojovat do své práce s nemocným klientem a informovat je o průběhu pobytu v zařízení. Rodina ví o nemocném veškeré informace, které jsou pro úspěšnou sociální práci potřebné. Nemocí jsou často narušovány vztahy, proto se sociální pracovník stává prostředníkem, který se je snaží udržovat. Blízkost rodinných příslušníků působí prospěšně na psychiku nemocného.

#### *3.7.1. Edukace rodinných příslušníků*

Edukace probíhá již při zájmu rodiny o zařazení nemocného do pobytového zařízení, poté před přijetím, při přijetí až po pobyt klienta v zařízení. Jsou vedené zápisy o provedené edukaci a rodinní příslušníci poté podepisují edukační záznam. Je důležité, aby si sociální pracovník vymezil časový prostor, který pravidelně věnuje rodině nemocného, připravil si veškeré věci potřebné k edukaci, neprovádět edukaci v nevhodných podmínkách, projevil respekt, nezapojovat do postupu přílišné emoce, důležitá je spolupráce s rodinou na řešení problémů a dát jí najevo, že jí vnímáme jako partnera, v závěru je vhodné shrnout dohodnutý postup.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> MACE L. N. a kol. *ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, Praha: Triton 2018, s. 338-342.

<sup>73</sup> MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada 2011, s. 265.

## **Závěr**

V mé bakalářské práci bylo cílem popsat podrobně zdravotní i sociální aspekty Alzheimerovy choroby a s tím související nároky na péči o tyto jedince.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na tři kapitoly, které s cílem mé bakalářské práce souvisí.

Nejprve jsem v první kapitole popsala, co je to obecně demence, poté jsem upřesnila, co je to vlastně Alzheimerova choroba, historické aspekty tohoto onemocnění, charakterizovala jsem její jednotlivá stadia, a v nich i péči o tyto jedince, faktory se kterými souvisí i prevence, příznaky, pomocí kterých se nemoc začne projevovat, což souvisí i s projevy v chování a prožívání nemocného, diagnostiku, a nakonec možnosti léčby.

Ve druhé kapitole jsem se zaměřila na péči o jedince s tímto onemocněním, kterou jsem rozdělila na domácí péči, kdy o jedince s Alzheimerovou chorobou pečují rodinní příslušníci v klientově přirozeném prostředí, a popsala jsem praktické rady pro pečující. Poté jsem popsala sociální práci s rodinou nemocného člověka, a rozdělila jsem jí na práci s lidmi, kteří pečují o jedince doma a na ty, kteří umístili nemocného jedince do institucionalizovaného zařízení. Dále jsem popsala možnosti sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou, kde jsem vypsala metody, které sociální práce využívá.

V poslední kapitole jsem popsala institucionální péči o jedince s Alzheimerovou chorobou a činnosti sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem, který se na tuto cílovou skupinu specifikuje.

Bakalářská práce pro mne byla velice přínosná, neboť jsem se dozvěděla nové metody, pomocí kterých lze pracovat s lidmi s Alzheimerovou chorobou a praktické rady pro pečující, které povedou k mé kvalitnější práci. Velikým přínosem pro mne bylo i dozvědět se obecné informace o této chorobě, pomocí kterých již budu lépe chápat některé situace a chování konkrétních klientů, kteří bývají agresivní či nespolupracují. Díky těmto odborným znalostem budu jako pečující osoba o to tolerantnější a trpělivější, a budu lépe připravena i na prevenci syndromu vyhoření, který by mohl v budoucnu nastat.

Tato bakalářská práce mne utvrdila v mém rozhodnutí stát se zaměstnankyní v domově se zvláštním režimem a zvolit si za cílovou skupinu právě seniory s Alzheimerovou demencí.

Pokud bych měla srovnat výhody a nevýhody institucionální péče oproti domácí péči, řekla bych, že starat se o člověka s Alzheimerovou chorobou je velice těžká úloha, kdy toho rodina mnoho ztrácí. Jde o velikou zátěž, co se týče veškerých potřeb lidských bytostí, a proto je důležitá přítomnost institucionální pomoci, která rodině dodává pocit jistoty, že o nemocného jedince bude postaráno. Další výhodou této péče je, že se jedinec s Alzheimerovou chorobou socializuje mezi ostatní jedince s tímto onemocněním. Naopak nevýhodou je, že klient je vytržen ze svého přirozeného prostředí, což se stává zásadní změnou v jeho životě a mění se tím i jeho psychická rovnováha. Přichází i o pocit jistoty a bezpečí, který vnímal od své rodiny, a nastává pocit osamění. V novém prostředí se hůře adaptuje a těžko se srovnává s novou situací. Domácí prostředí je pro klienta v mnohém prospěšnější, a proto je potřeba podporovat především péči prostřednictvím rodinných příslušníků, neboť institucionální prostředí nemůže nemocnému člověku poskytnout totéž co jeho rodina, a na co byl celý život zvyklý.

## **Seznam použitých zdrojů:**

BRAGDON D. GAMON D. Nedovolte mozku stárnout, Praha: Portál 2009  
ISBN 978-80-7367-500-4.

CALLONE P. R. a kol. Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe, Praha: Grada 2008, ISBN 978-80-247-2320-4.

DVOŘÁČKOVÁ D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory, Praha: Grada 2012, ISBN 978-80-247-4138-3.

ELICHOVÁ M. Sociální práce, aktuální otázky, Praha: Grada 2017, ISBN: 978-80-271-0080-4.

GLENNER a kol. Péče o člověka s demencí, Průvodce pro rodinné příslušníky, Praha: Portál 2012, ISBN 9788026201540.

HAUKE M., Zvládání problémových situací se seniory, nejen v pečovatelských službách, Praha: Grada 2014, ISBN 978-80-247-5216-7.

HOLMEROVÁ I. a kol. Na pomoc pečujícím rodinám, Česká alzheimerská společnost, o. p. s., Praha 2014, ISBN 978-80-86541-33-4.

HOLMEROVÁ I. a kol. Alzheimerova choroba v rodině, Pfizer 2008,

HROZENSKÁ M. a kol. Sociální péče o seniory, Praha: Grada 2013, ISBN 978-80-247-4139-0.

KLEVETOVÁ D. a kol. Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada: 2008, ISBN 978-80-2169-9.

MACE L. N. a kol. ALZHEIMER Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi, Praha: Triton 2018, ISBN 978-80-7553-583-2.

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

MATOUŠEK O. a kol. Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi, Praha: Portál 2005, ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK O. a kol. Metody a řízení sociální práce, Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

MÁTĽ O. a kol. zpráva o stavu demence 2016, Česká alzheimerská společnost, o. p. s., Praha 2016, ISBN 978-80-86541-50-1.

MICHALÍK J. a kol. Poradenství uživatelům sociálních služeb, Praha 2008, ISBN 978-80-903658-2-7.

O'CONNOR M. ARANDA S. Paliativní péče pro sestry všech oborů, Praha: Grada, ISBN 80-247-1295-4.

PICHAUD C. THAREAUOVÁ I. Soužití se staršími lidmi, Praha: Portál 1998 ISBN 80-7178-184-3.

PROVAZNÍKOVÁ E. KALVACH Z. Rady pro pečující o člověka s demencí.

PRŮŠA L. Respitní péče, Diakonie ČCE 2016, ISBN 978-80-87953-29-7.

RESSNER P. a kol. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí.

TĚŠÍNSKÝ P. Interní medicína-meziooborové přehledy 2013, kap. Výživa u Alzheimerovy demence.

ZVĚŘOVÁ M. Alzheimerova demence a zátěž pečovatele, Čes. a slov. Psychiatr 2010.

ZVĚŘOVÁ M. Alzheimerova demence, Praha: Grada 2017.

Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii, INSTITUT Bazální stimulace s. r. o., s. 58-59.

Mosty do zapomnění, Jak přistupovat k lidem nemocným demencí, Pohořelice 2012.

<https://poradimesi.cz/pece/co-je-pecovatelska-sluzba/>

<http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

<http://socialni prace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=1033>

<https://www.pfizer.cz/va%C5%A1e-zdrav%C3%AD/alzheimerova-nemoc/diagnostika>

<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/prevence>

<https://www.pfizer.cz/va%C5%A1e-zdrav%C3%AD/alzheimerova-nemoc/p%C5%99%C3%AD%C4%8Diny-rizikov%C3%A9-factory>

## **ABSTRAKT**

HEJNÁ, M. Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou, České Budějovice 2019. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba, sociální práce, rodina, domov se zvláštním režimem, institucionalizovaná péče

Abstrakt: Tato bakalářská práce pojednává v první kapitole o sociální práci s lidmi s demencí. Popisuje, co je to demence, Alzheimerova choroba, její historii, faktory vzniku onemocnění, prevenci, příznaky, projevy v prožívání a chování nemocného, diagnostiku, a léčbu. Ve druhé kapitole se zaměřuje na péči o jedince s Alzheimerovou chorobou a na sociální práci s rodinou, která pečuje o nemocného jedince v domácím prostředí. Ve třetí kapitole pojednává o institucionalizované péči o jedince s touto chorobou, o domově se zvláštním režimem, přechodem seniora do tohoto zařízení, činnostech sociálního pracovníka a multidisciplinárního týmu v tomto zařízení, dalšími možnostmi institucionálních zařízení a sociální práci s jeho rodinou.

## **ABSTRACT**

HEJNÁ, M. Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou, České Budějovice 2019. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra oddělení. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

**Keywords:** Alzheimer's disease, social work, family, special regime home, institutionalized care

Abstract: In the first chapter deals this bachelor thesis about social work with people with dementia. It describes what dementia, Alzheimer's disease is, its history, factors of disease development, prevention, symptoms, symptoms of experiencing and behaviour of the patient, diagnosis, and treatment. The second chapter focuses on the care about person with Alzheimer's disease and on social work with the family, who cares for the diseased person in their home environment. The third chapter deals with the institutionalized care about person with this disease, with a special regime home, transition of the elderly to this facility, activities of social worker and multidisciplinary team in this facility, other possibilities of institutional facilities and social work with family of elderly person.