

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Michaela Strnadová

Pojetí systému podpory a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou
z pohledu speciální pedagogiky

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. Hana Karunová, Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „System podpory a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu speciální pedagogiky“ zpracovala samostatně pouze s použitím literatury a pramenů uvedených v seznamu citované literatury pod vedením Mgr. Hany Karunové, PhD.

V Olomouci, dne 17. 4. 2019

.....

Michaela Strnadová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Karunové, Ph.D za odborné vedení mé bakalářské práce a cenné rady při jejím zpracování. Dále bych ráda poděkovala respondentům, kteří se zúčastnili rozhovoru k praktické části a pomohli mi tak výzkum realizovat.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	8
1.1 Alzheimerova choroba a její historie	8
1.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby	8
1.3 Faktory ovlivňující vznik Alzheimerovy choroby	9
1.4 Demence	10
1.5 Členění demencí	10
1.5.1 Atroficko- degenerativní demence	11
1.5.2 Sekundární demence	11
1.5.3 Vaskulární demence	12
1.5.4 Rozdíl mezi Alzheimerovou chorobou a multiinfarktovou demencí	12
1.6 Diagnostika Alzheimerovy choroby	13
1.7 Prevence	15
1.8 Terapie užívané u osob s Alzheimerovou nemocí	15
1.8.1 Kognitivní rehabilitace	16
1.8.2 Orientace realitou	17
1.8.3 Reminiscenční terapie	17
1.8.4 Adaptace na prostředí a soběstačnost	18
1.8.5 Ergoterapie	18
2 PÉČE A PODPORA O OSOBY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	19
2.1 Péče v sociálních službách	19
2.2 Sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou	20
2.2.1 Osobní asistence	20
2.2.2 Pečovatelská služba	20
2.2.3 Domovy se zvláštním režimem	20
2.2.4 Denní a týdenní stacionáře	21
2.2.5 Domovy pro seniory	21
2.2.6 Odlehčovací služby	21
2.2.7 Příspěvek na péči	21
2.3 Dlouhodobá péče	22
2.4 Služby poskytované ve zdravotnictví	23
2.4.1 Zdravotní podpora a její dělení	23
2.4.2 Formy zdravotních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou	24

2.5	Rodinná péče.....	24
2.6	Podpora osob s Alzheimerovou chorobou	25
2.6.1	Expresivní přístupy.....	26
2.6.2	Animoterapie	26
2.6.3	Bazální stimulace.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST		28
3	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	28
3.1	Kvalitativní výzkum	28
3.1.1	Cíl výzkumu	28
3.1.2	Výzkumný problém	29
3.1.3	Výzkumné otázky	29
3.1.4	Výběr respondentů.....	30
3.2	Způsob získávání informací.....	30
3.2.1	Hlubkový rozhovor.....	30
3.2.2	Realizace výzkumu.....	31
3.3	Interpretace získaných dat	32
3.4	Interpretace výsledků.....	40
Závěr.....		43
Seznam použité literatury a pramenů		45
Legislativa		47
Elektronické zdroje.....		47
Seznam zkratk.....		48
Seznam tabulek.....		49
Seznam příloh.....		50

Úvod

Alzheimerova choroba je onemocnění, které postihuje v největší míře osoby seniorského věku. V dnešní době se již může týkat i mladších osob, přesto je tato bakalářská práce zaměřena výhradně na seniorskou populaci. Jedná se o nemoc neurodegenerativního charakteru, která způsobuje syndrom demence, což s sebou nese řadu úskalí, jak pro osobu trpící touto nemocí, tak i jeho blízké okolí a pečující osoby. Vzhledem k této skutečnosti se tato bakalářská práce bude zabývat nejen Alzheimerovou chorobou, ale také možnostmi péče a podpory nemocných pacientů.

Cílem teoretické části práce, konkrétně první kapitoly, je stručně popsat Alzheimerovu chorobu a zmínit možné příčiny nemoci, popsat proces diagnostiky, možnosti léčby, prevence a využití terapií. Druhá kapitola se bude blíže zabývat péčí, která bude rozdělena na dvě části, a to na sociální péči a služby poskytované ve zdravotnictví. Zde budou blíže specifikovány ty služby, které jsou vhodné pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Na tyto možnosti péče navazuje péče rodinná, která hraje důležitou roli jak v životě klientů, tak pečujících rodinných příslušníků. Kromě péče se v druhé kapitole budu zabývat také podporou, která zde bude pojata ve smyslu možnosti aktivizace klientů formou expresivních terapií, animoterapie a bazální stimulace.

Alzheimerova choroba nezpůsobuje komplikace a trápení pouze postiženým osobám, ale také jejich blízkému okolí. Zpravidla to bývá rodina, která buď o blízkého pečuje, anebo se rozhoduje pro jeho umístění do zařízení institucionální péče. Pokud rodina zvolí tuto cestu, má často pocit, že selhala, je plná lítosti a frustrace. Široká veřejnost totiž často nemá ponětí, jak fungují domovy se zvláštním režimem, a představují si, že klienti v takovém zařízení pouze dožívají. Opak je pravdou a mnohdy se může stát, že se například zdravotní stav pacienta s příchodem do institucionální péče zlepší. Jde o to, že rodina kromě starosti o pacienta má také svůj osobní život a práci. Často nestíhají obojí zvládat na 100 % a přichází selhávání ve všech rovinách života, což se podepisuje také na zdravotním stavu nemocného. V domovech se zvláštním režimem se však zaměřují primárně na pacienta, plnohodnotně se mu věnují, a jsou tak schopni zabezpečit řadu věcí, které rodině mohou činit problémy. Právě z těchto uvedených důvodů, je v praktické části práce pro výzkumné šetření vybráno Alzheimercentrum Zlín, které zabezpečuje péči osobám s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence.

Cílem praktické části práce je tedy přinést poznatky z oblasti péče a podpory v praxi, které mohou následně sloužit jako materiál pro pečující rodinné příslušníky v případě, že se

rozhodují pro umístění nemocného v zařízení Alzheimercentra nebo jiném zařízení institucionální péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, které vede k ubývání nervových buněk a způsobuje vznik mozkové atrofie. Poté hovoříme o syndromu demence, který po propuknutí této choroby vzniká (Jirák a kol., 2009).

V roce 1906 poprvé Alzheimerovu nemoc definoval německý neurolog Alois Alzheimer, jehož jméno choroba nese (Buijssen, 2006).

1.1 Alzheimerova choroba a její historie

Jak je uvedeno na začátku, tato choroba nese název podle německého psychiatra a neurologa Aloise Alzheimera, který jako první popsal příznaky tohoto onemocnění. Po svých studiích, zakončených lékařským titulem, pracoval Alois Alzheimer v psychiatrické léčebně a následně zde společně s neurologem Franzem Nisslem pracovali na experimentální studii mozkové kůry a její anatomie. Alois Alzheimer také později o svých studiích přednášel. Za zmínku stojí například přednáška na lékařské konferenci v r. 1906, kde prezentoval případ těžkého onemocnění mozkové kůry u pacientky, které byla diagnostikována demence a následně ve svých 55 letech zemřela. Právě tento případ jej přiměl analyzovat mikroskopicky i makroskopicky mozkové tkáně a provádět důsledné pitvy. Jeho kolegové zpočátku nejevili o jeho snažení vyšší zájem a jeho počínům nekladli velkou váhu. Později však zásluhou profesora Kraepelina došlo k pojmenování charakteristických změn mozkové tkáně po svém objeviteli, Aloisi Alzheimerovi (Zvěřová, 2017).

1.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby

„Počáteční příznaky Alzheimerovy nemoci zůstávají často nepovšimnuty, protože připomínají běžné známky stárnutí“ (Bragdon a kol., 2009, s. 11).

Alzheimerovu nemoc lze charakterizovat jako jednu z chorob, která tvoří až 50 % všech demencí. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin demence. Alzheimerova nemoc se mnohdy podílí na smíšené formě demence, kdy se překrývá s dalšími chorobami (Jirák a kol., 2009).

Zdravotní stav člověka hraje klíčovou roli při vývoji nemoci, přičemž tento vývoj může trvat 8 až 20 let. Každá osoba, u které se projevila Alzheimerova choroba, pocítuje projevy

a rysy této nemoci individuálně i přesto, že většina projevů této nemoci má mezi sebou značnou podobnost. U každého jedince postiženého Alzheimerovou nemocí jsou příznaky odlišné a zhoršování u jednotlivců neprobíhá totožně. Zpočátku si můžeme na osobě, u které se začíná rozvíjet tato choroba, všimnout změn v jejím chování. Pokud je zde skutečné podezření na Alzheimerovu chorobu, tato osoba podstupuje řadu vyšetření, jelikož nástup nemoci bývá zpočátku málo znatelný (Callone, 2008).

Nejčastěji se hovoří o prvních příznacích v podobě poruchy recentní epizodické paměti, která se vyznačuje především zapomínáním událostí běžného každodenního života. Uvádí se, že před samotným propuknutím Alzheimerovy nemoci dochází ke změnám v mentálním stavu, jenž trvají zhruba dva až pět let před propuknutím nemoci. U osob majících předpoklad k propuknutí této choroby můžeme rovněž sledovat pokles plynulosti řeči. Při mírném stupni vývoje nemoci dochází k poruchám, které spočívají v problému uchování čerstvých paměťových dat a poruše konfrontačního pojmenování. Při vývoji choroby bývá zpočátku uchován jazyk, řeč zůstává plynulá, ale obsahově je sdělení jedince prázdné. Slovní spojení jsou tak často bez významu, nemocný jedinec často hledá adekvátní slova. Zároveň nyní dochází k poruše vizuospaciálních funkcí. Nemocný má problém s orientací, zapomíná cestu domů, zapomíná cestu na známá místa, jako je například obchod, lékař a podobně. Uvádí se, že zhruba 40 % nemocných postihnou projevy halucinací, agresivity a depresí (Koukolík a kol., 1998).

Jak uvádí Hauke a kolektiv (2017), zpravidla mluvíme o dvou typech Alzheimerovy nemoci, které se rozlišují. Jedná se o presenilní typ s časným začátkem před 65. rokem a typ senilní, u kterého je nástup nemoci po 65. roku života (Hauke a kol., 2017).

1.3 Faktory ovlivňující vznik Alzheimerovy choroby

Přesto, že se uvádí různé důvody, které vysvětlují vznik Alzheimerovy choroby, přesná příčina není dosud známá. V minulosti byla formulována různá vysvětlení. Jedním z nich bylo například tvrzení, že propuknutí choroby je způsobeno virem, kterým je mozek poškozen. Dalším tvrzením bylo, že u jedince byla choroba započata otravou kovy, zvláště pak hliníkem, obsaženým v pitné vodě. Třetí vysvětlení, jenž pramení z minulosti, nachází příčinu v chemické látce, která má pro fungování mozku zásadní význam (Buijssen, 2006).

V současnosti můžeme hlavní roli ve vývoji choroby bezpochyby přisoudit genetickým faktorům. Podle výzkumů je patrné, že příbuzní lidí trpících Alzheimerovou chorobou, mají dvakrát vyšší pravděpodobnost k vyvinutí choroby. Genetické dispozice jsou faktory, které

nejsou příliš časté, přesto se však vyskytují především u osob, které postihla forma Alzheimerovy choroby s časným začátkem. Tento typ choroby se vyznačuje především rychlým postupem a také tím, že propukuje ve středním věku života. Na první místo rizikových faktorů se však jednoznačně staví věk. Svou roli při vzniku choroby hraje právě věk a stárnutí, vzhledem k tomu, že tato nemoc se primárně vyskytuje u starších lidí. U lidí, kteří v životě prodělali vážné poranění hlavy, zvláště pak lebky, je také zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění. V neposlední řadě může také chronický vysoký tlak v budoucnu u jedince zapříčinit vznik této choroby (Tamtéž).

1.4 Demence

Jelikož se v této bakalářské práci zabýváme Alzheimerovou chorobou, je nutné alespoň krátce vymežit pojem demence, kterou tato nemoc způsobuje. Demenci bychom mohli definovat jako poruchu nebo poškození, u kterého dochází ke snížení stupně paměti a dalších kognitivních funkcí, mezi které společně s pamětí dále řadíme vnímání, pozornost, řeč, schopnost produkovat řeč, porozumět řeči, zpracovávat informace, být motivován k výkonu určité činnosti, plánovat, koncentrovat se na výkon, účelně jednat a podobně. Pokud hovoříme o kognitivních funkcích, měli bychom také zmínit pojem inteligence, kterým je stanovena komplexní úroveň kognitivních funkcí. Pokud dojde k postižení či snížení kognitivních funkcí, příčinou bývá chronické či postupující onemocnění mozku. Vedle již zmíněných kognitivních funkcí, se u demence setkáváme i s dalšími funkcemi, které bývají poškozeny či sníženy. Můžeme je členit do tří kategorií, které se vzájemně prolínají a nejsou jednoznačně ohraničeny. Máme na mysli právě kognitivní funkce, ke kterým se připojují aktivity denního života a také poruchy emocí, zde máme na mysli afekty a poruchy nálad, poruchy chování, spánku (Jiráková a kol., 2009).

Hovoříme-li o demenci, většina laické veřejnosti si představí osobu vyššího či seniorského věku. Zpravidla se skutečně o demenci hovoří jako o onemocnění typickém pro vyšší věk. Je však nutno zmínit se o demenci objevující se jak v dětství, která je nazývána jako Hellerova demence, tak i v rané dospělosti ve formě traumatické či toxické demence nebo HIV demence (Lužný, 2012).

1.5 Členění demencí

Dle etiologického hlediska členíme demence do dvou základních skupin. Jedná se o atroficko-degenerativní demence, kam patří mimo jiné právě Alzheimerova choroba,

Parkinsonova choroba a podobně. Druhou skupinu tvoří takzvané sekundární demence, jež můžeme nazývat také jako symptomatické (Zvěřová, 2017).

1.5.1 Atroficko- degenerativní demence

Do skupiny atroficko-degenerativních demencí, nazývaných těž primárně degenerativní demence, můžeme řadit již zmíněnou Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci (Pidrman, 2007).

Demence s Lewyho tělísky se vyznačuje jak základními příznaky typickými pro demenci, tak poruchami v kognitivních funkcích, které mají kolísající charakter. Dalšími symptomy typickými pro demenci s Lewyho tělísky mohou být například opakující se zrakové halucinace, bludy, parkinsonský syndrom. U toho typu demence zpočátku nemusí být znatelné porušení paměti. Pokud u klienta pozorujeme pouze jeden z výše uvedených symptomů, mohlo by se jednat pouze o takzvanou možnou demenci s Lewyho tělísky, pokud jsou však přítomny dva a více uvedených symptomů, můžeme tuto demenci jmenovat jako pravděpodobnou. Možný je rovněž výskyt podpurných jevů, kam lze zařadit například synkop, opakující se pády, občasné poruchy vědomí a podobně (Tamtéž).

O frontotemporální demenci (FTD) hovoříme jako o onemocnění, pro které je charakteristický poměrně vzácný výskyt. Tuto skutečnost lze porovnat například s Alzheimerovou chorobou, kdy se uvádí, že frontotemporální demence se vyskytuje až stokrát méně než Alzheimerova nemoc. Tento typ demence postihuje starší dospělou populaci. Jedná se především o věk mezi 55 až 65 lety. Mezi základní znaky řadíme například změny v osobnosti s viditelným postupným zhoršováním, zvýšenou dráždivost, asociální projevy související s výraznými poruchami chování. Tyto vyskytující se znaky se přisuzují změnám ve frontálních lalocích mozku. Změny, postihující v mozku temporální laloky, mají za následek afázii se zhoršujícím se charakterem, neporozumění významu řečeného, avšak plynulost řeči zůstává neměnná (Růžička a kol., 2003).

Jak uvádí Pidrman (2007), za nejčastější formu FTD je považována Pickova nemoc. Kromě již zmíněných znaků můžeme dále jmenovat některé další symptomy, jako je úzkost, deprese, tělesná senzitivita, rigidita, inkontinence a podobně (Pidrman, 2007).

1.5.2 Sekundární demence

Tato skupina se dá popsat jako nesourodý celek nemocí, jejichž vznik má řadu různých příčin. Můžeme jmenovat například demenci vzniklou na základě prožitého traumatu, poruch

metabolismu způsobené poškozením jater, ledvin, poškození respiračního systému, demenci vzniklou při epilepsii a další. Existuje celá řada nemocí, které můžeme řadit do této skupiny. Jmenovat bychom však měli především ty, které se vyskytují nejčastěji, a zároveň se jedná o nejzávažnější nemoci. Konkrétně jsou to například demence při Parkinsonově chorobě, traumatické demence, demence při nádoru CNS, toxické demence, demence při Huntingtonově chorobě, demence při infekcích a v neposlední řadě vaskulární demence, u které se uvádí, že zahrnuje až 20 % všech demencí (Pidrman, 2007).

1.5.3 Vaskulární demence

Vzhledem k poměrně vysoké četnosti výskytu vaskulární demence v populaci, si tento pojem krátce vymežíme. Lze ji rozdělit na demenci multiinfarktovou a Binswagerovu nemoc. Obě tyto formy vaskulární demence se shodují v přesvědčení, že kognitivní poruchy, případně jiné doprovázející poruchy, spočívají v následcích cévního poškození mozku. V souvislosti s vaskulární demencí lze hovořit také o tzv. smíšené demenci, kdy dochází ke kombinaci s Alzheimerovou chorobou, která je v populaci ještě častější než zmiňovaná vaskulární demence (Koukolík a kol., 1998).

Jiné členění vaskulární demence uvádí například Jiráček (2008), kdy dělí tento typ demence na multiinfarktovou, smíšenou alzheimerovsko-vaskulární, vaskulární demenci s náhlým začátkem, smíšenou kortisubkortikální a Biswangerovu, kterou zde nazývá převážně podkorovou vaskulární demencí (Jiráček in Kalvach, 2008).

1.5.4 Rozdíl mezi Alzheimerovou chorobou a multiinfarktovou demencí

V této podkapitole si vymežíme základní rozdíl dvou nejběžnějších forem demence. U obou nemocí můžeme pozorovat mnoho společných symptomů a následků, avšak najdeme mezi nimi několik zásadních rozdílů. První základní rozdíl je ve vývoji nemoci. Alzheimerova choroba se vyvíjí velmi pomalu. U multiinfarktové demence se hovoří o náhlém nástupu zmatenosti, který patrně vzniká v důsledku prodělání lehkého infarktu. Po této počáteční fázi obvykle dochází k mírnému zlepšení, kdy se stav pacienta poměrně ustálí, než dojde k dalšímu období zmatenosti. Alzheimerova choroba postupuje u nemocných jiným způsobem, který by se dal přirovnat k mírnému sestupu. Jedná se tedy o mírné postupné zhoršování, zatímco u MID jde o strmější sestup, kdy se choroba zhoršuje rychleji, nicméně v určitém období se stav nemocného na nějakou dobu opět zlepší. Pacienti s Alzheimerovou chorobou si nejsou schopni

uvědomovat dlouhodobé zhoršování jejich stavu, zatímco pacienti s MID jsou si vědomi postupného zhoršování, vzhledem k tomu, že tato nemoc způsobuje poškození mnoha malých mozkových částic, přičemž okolní oblast mozku je stále funkční (Buijssen, 2006).

1.6 Diagnostika Alzheimerovy choroby

V současnosti můžeme konstatovat, že jak diagnostika, tak i samotné léčení této choroby jde kupředu, neustále se vyvíjí. Komplexní posudek a stanovení diagnózy provádí lékař. Někdy lze hovořit i o nepřesných diagnózách, kdy je nemocným a jejich příbuzným sdělováno, že se „pravděpodobně“ jedná o Alzheimerovu chorobu, případně progresivní demenci. Při určování Alzheimerovy nemoci je proto vhodné provést u pacienta diferenciální diagnostiku, jejíž metody spočívají v odlišení příznaků jiných nemocí právě od Alzheimerovy choroby (Glennner a kol., 2012).

Mathilde Regnault (2011) se ve své knize na prvním místě zmiňuje o praktickém lékaři, u něhož vše začíná. Obecně vždy první kroky jedince, jenž má jakýkoli zdravotní problém, vedou k již zmiňovanému praktickému lékaři. Ten následně odkáže pacienta na příslušná odborná pracoviště. Poté je provedena řada vyšetření, která spočívají například ve vyšetření paměti a dalších kognitivních funkcí (Regnault, 2011).

Jak jsme si již v této podkapitole uvedli, pro správnou diagnostiku Alzheimerovy choroby je nejdůležitější vyloučit jiné choroby či etiologie demencí. Další důležitou složkou pro celkové zjištění diagnózy Alzheimerovy choroby, je anamnéza. U anamnézy, pátrající po výskytu této choroby u pacienta, je důležité zaměřit se především na možné proběhlé úrazy hlavy, onemocnění srdce, cévní onemocnění, mozkové příhody, psychické poruchy či demence zaznamenané u příbuzných pacienta a podobně. Po prostudování anamnézy pacienta následuje vyšetření kognitivních funkcí, kde je testována celková paměť jedince, řeč, a schopnost ji ovládat, vyšetření vizuospaciálních funkcí, jež může lékař ověřit na místě v praxi. Jedná se totiž o aktivity denního života, jako je orientace v prostoru, ovládání mobilního telefonu, televize, schopnost plánovat a vykonávat aktivity a podobně. Dále jsou u pacienta vyšetřovány poznávací funkce a frontální exekutivní funkce, kam řadíme například rysy chování – agresivitu, apatii a tak dále. V souvislosti s testováním kognitivních funkcí si uvedeme jednotlivé testy, které se využívají. Testování pacienta probíhá za přítomnosti psychologa, případně psychiatra či neurologa. Nejvíce známým a nejpoužívanějším testem zůstává MMSE test (Mini-Mental State Examination). Test je složen z několika aktivit, které plní pacient za přítomnosti odborníka. Jedná se o počty, kdy pacient od čísla sto odečítá postupně číslo sedm,

pojmenovává předměty, překresluje obrázky podle předlohy, opakuje věty, zapamatovává si slova, nejprve ihned a dále po uplynutí určité doby, orientuje se časem a místem. Existují i další, rovněž časté vyšetřovací metody. Pro přehled si zmíníme pouze některé z nich. Často používaný je například test řečových funkcí. Toto testování spočívá především v ověření si u pacienta spontánní mluvení, opakování a porozumění řeči a tak dále. Po této části testu následuje druhá část, jedná se o testy, které hodnotí u jedince celkový výkon úkolu, jeho psaní, čtení a počítání. Jako poslední z testových metod zmíníme Wechslerovu paměťovou škálu, která se zabývá logickou pamětí jedince a jeho celkovou slovní i zrakovou pamětí (Jirák a kol., 2009).

Tabulka 1 Diagnostická kritéria (Zvěřová, 2017)

NINCS- ADRDA	DSM- IV	DSM- 5
<ul style="list-style-type: none"> • Porucha epizodické paměti, přítomná v testech, jedinec má problém ve vybavování si určitých věcí • Porucha se zhoršujícím se stavem paměťových funkcí, která jsou zaznamenána pacientem či např. rodinným příslušníkem, tyto příznaky se musí projevat v délce trvání nejméně 6 měsíců 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivní poruchy, projevující se poruchami paměti, dále např. afázií apod., poruchami exekutivních funkcí • Poškození dále přechází do narušení v běžných činnostech života, např. pracovní, sociální činnosti • Dochází k postupnému poklesu schopnosti vykonávat činnosti, poklesu kognitivních funkcí • Poškození není zapříčiněno jiným poškozením CNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pomalý nástup poruchy, pozvolné zhoršování v jedné nebo více poznávacích funkcí • Musí být splněna kritéria lehkého či vážného porušení

1.7 Prevence

Léčba Alzheimerovy choroby či jiného typu demence by měla být komplexní. Měla by začít především upravením životosprávy, s čímž souvisí také pravidelné užívání léků, vitamínů, dostatečný přísun tekutin a důsledná rehabilitace (Kučerová, 2006).

Pokud mluvíme o léčbě, měli bychom se zamyslet nad tím, jak můžeme vzniku choroby předejít a jak důležitá je prevence. Zdravý způsob života je klíčovým faktorem v prevenci proti vzniku jakýchkoli chorob. Za zdravý způsob života považujeme dostatečný spánek, co nejméně stresových a zátěžových situací, pobyty v přírodě a podobně. Nejdůležitějším předpokladem pro zamezení vzniku demence je tedy snažit se co nejlépe překonávat zátěžové životní situace. Každý člověk se se stresem vyrovnává po svém. Někteří jedinci však nejsou schopni vyrovnat se s tímto typem zátěže sami, a dokonce jim nepomůže ani podpora druhých osob, například rodiny. Zde je na místě zmínit, že v takovém případě je důležité vyhledání odborné psychologické či psychiatrické pomoci. V průběhu života se člověk rovněž setkává s běžnými tělesnými nemocemi. Máme tím na mysli například infekci horních dýchacích cest, drobná nachlazení, ale také například poruchu štítné žlázy. Je velmi důležité tyto běžné choroby vždy kvalitně vyléčit. Pokud však pacient již trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, i zde je třeba dbát na prevenci. U těchto pacientů je důležitý harmonogram dne, což spočívá především ve spánku v noci a udržení aktivity ve dne. Dále bychom měli zařadit pohyb na čerstvém vzduchu. Jinou prevencí je také například dodržování pitného režimu. U starších lidí, trpících demencí, je časté zapomínání napít se, jelikož žízeň nepocítují nebo neví, že mají pít. Dehydratace může způsobit zmatenost, případně až mozkovou mrtvici. Kvalitní strava a pravidelné užívání léků jsou neméně důležitými faktory, na které je třeba dbát u pacientů s demencí (Tamtéž).

1.8 Terapie užívané u osob s Alzheimerovou nemocí

Terapeutické přístupy, jenž jsou v současné době užívány, mohou průběh onemocnění pouze zpomalit, zmírňovat důsledky spojené s touto chorobou. Do dnešní doby totiž stále hovoříme o Alzheimerově chorobě jako o nevléčitelném onemocnění (Jirák, 2008, online).

Terapii ACH lze rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Tyto terapeutické přístupy mají za cíl nejen celkově zlepšit kvalitu života osoby postiženou touto nemocí, ale také oddálit těžká stadia choroby, případně zmírnit jejich následky. Farmakologickou léčbu dále dělíme na farmakoterapii nekognitivní, která se zaměřuje na příznaky demence, projevující se v poruše chování a psychiky. Kognitivní farmakoterapie se naopak snaží zlepšit narušené

kognitivní funkce. Z farmak užívaných při kognitivní farmakoterapii můžeme jmenovat například přípravky galantamin, donepezil, rivastigmin atd. Lékaři také při léčbě Alzheimerovy choroby v některých případech využívají farmakoterapii, podporující léčbu vzniklých poruch chování, ale také například poruch spánku či emotivity. Pro tuto skupinu vzniklých potíží se užívá léčba formou antipsychotik (Tamtéž).

U některých typů farmak se mohou dostavit nežádoucí účinky. Při volbě farmakoterapie je tedy třeba dbát především na vhodnost určených farmak, určení vhodné indikace a dávky, ale také dodržování přesné doby podávání léků (Kalvach, 2008).

Kromě farmakoterapie se pro úspěšnější léčbu Alzheimerovy nemoci využívají v praxi socioterapeutické a psychoterapeutické přístupy. Základním principem těchto metod je snažit se s pacienty rozvíjet funkce, které byly dosud zachovány. Tuto metodu nazýváme reedukací. Při léčbě osob s ACH by měl být kladen důraz také na pečující osoby, kterými povětšinou bývají rodinní příslušníci. Starat se o člověka postiženého touto nemocí s sebou často nese především psychické vypětí, doprovázené postupnou ztrátou zaměstnání pečovatele, jelikož péče o nemocnou osobu se postupně stává časově náročnější. Je důležité pečující osoby vzdělávat, a především vysvětlit podstatu onemocnění. Pečující příbuzní často mylně doufají v úplné uzdravení blízké osoby. Mají příliš velké očekávání z léčby pacienta, kdy poté dochází například k sebeobviňování či obviňování lékařů a podobně. Podstatné je v tomto případě seznámit pečující osoby s průběhem nemoci a průběhem celého léčení, kdy může dojít pouze k dočasnému zpomalení vývoje nemoci, ale nedojde k úplnému vyléčení. V České republice se o vzdělání pečovatelů o osoby s ACH zabývá Česká Alzheimerovská společnost (Franková, 2005, online).

1.8.1 Kognitivní rehabilitace

Hlavním cílem užití terapií při léčbě osob s ACH je především zlepšení kvality jejich života. První terapii, kterou bychom měli zmínit, nazýváme kognitivní rehabilitací. Tato metoda se používá pro zlepšení paměti. Spočívá především ve slovních hrách, doplňování říkanek, zjednodušených pexes atd. (Franková, 2005, online).

Při trénování paměti a užívání praktických cvičení je především potřeba dobře znát životní příběh klienta. Je také důležité přistupovat ke klientovi s empatií a respektem, vyhradit si dostatečný časový prostor pro tyto aktivity a všechny úkony provádět v klidu. Při tréninku paměti je dobré využít běžných věcí, které nás provází životem. Například pracujeme s ročním obdobím. S měsícem leden je spojen nový rok. Můžeme tedy začít trénink paměti tím,

že klientovi položíme otázku, jaká slova a pocity se mu vybaví při slovech „nový rok“. Poté klademe další otázky spojené s tímto tématem a vznikne tak příjemné cvičení (Cingrošová a kol., 2014).

1.8.2 Orientace realitou

Další terapií, která podporuje fungování v každodenním životě jedince, je orientace realitou. Zde je důležité si na začátku ověřit, jak na tom pacient s orientovaností je. Dále následují aktivity, v rámci kterých jsou zapojeny všechny kognitivní funkce, všechny smysly. K těmto aktivitám využíváme různé obrázky, předměty, kdy formou diskuse s pacienty přiřazujeme k těmto předmětům tvary, barvy a podobně. Vhodné je také zařadit „nápovědy“, kdy můžeme například na nástěnku připevnit informace s kalendářem, ročním obdobím, kdo má jaký den svátek atd. (Franková, 2005, online).

Důležitá je také pro pacienta orientace v čase. Kromě nástěnky s informacemi je vhodné zařadit časovou orientaci před každé kognitivní cvičení. Věnujeme pár minut základním otázkám, jako jsou například otázky typu jaký je den, kdo v tento den slaví svátek, zda klient zná někoho s takovým jménem, jestli se s dnešním datem pojí nějaká významná událost a podobně. Pokud pacienti při orientaci chybují, neměli bychom je příliš opravovat, spíše bychom měli navrhnout správnější řešení a poté o tom diskutovat (Cingrošová a kol., 2014).

1.8.3 Reminiscenční terapie

Při terapii Alzheimerových pacientů využíváme reminiscenční terapii. Metoda reminiscence je založena na vzpomínkách a jejich vybavování pomocí různých podnětů. Využívá se zde například fotek, o kterých se vypráví, starých předmětů, ke kterým mají pacienti vztah, vyprávění příběhů z minulosti a podobně. Cílem této metody je zlepšit u pacienta schopnost komunikace, ale především zlepšit jeho psychický stav a zachovat jeho důstojnost (Franková, 2005, online).

Metody reminiscence lze používat ve všech fázích Alzheimerovy nemoci, jelikož bylo dokázáno, že přináší pozitivní výsledky i při hlubších demencích, a dokonce může být v těchto fázích efektivnější. Pozitivní vliv má tato metoda například na komunikaci jedinců s Alzheimerovou chorobou, i na jejich celkovou aktivitu. V zařízeních institucionální péče kladně působí na práci pečovatелů a prohlubování vztahů klienta a pracovníka. Vzpomínky výborně slouží jako prostředek motivace klienta, jelikož pracují s dlouhodobou pamětí, která bývá v případě demence stále zachována. V rámci reminiscenční terapie se kromě různých

předmětů, zmíněných výše, využívá různých vůní, hmatových, zrakových či sluchových podnětů, pohybů nebo třeba chutí (Janečková a kol., 2010).

1.8.4 Adaptace na prostředí a soběstačnost

Prostředí, ve kterém pacient žije, by pro něj mělo být zejména přehledné a měl by se v něm cítit dobře. To platí také pro zařízení, ve kterých pacienti krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Důležité je neměnit uspořádání místností, nepřesouvat předměty na jiná místa a podobně. Zde je podstatné zachovat stereotyp (Franková, 2005, online).

V péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí je zásadní vést ho k samostatnosti. Být soběstačný znamená pro osobu s ACH zachování jeho lidské důstojnosti. Být co nejméně závislý na pomoci druhých pacientovi pomáhá v neprohlubování a pozastavení negativního vývoje nemoci (Tamtéž).

1.8.5 Ergoterapie

Ergoterapie napomáhá lidem v běžných činnostech takovým způsobem, že se sami do těchto aktivit zapojují. Terapie se stává pro osoby s Alzheimerovou chorobou významná v případě, kdy souvisí s aktivitami, jež jsou pro klienta důležité a smysluplné, které dobře zná a které mu napomáhají v dobrém každodenním fungování. U pacientů s Alzheimerovou chorobou nedochází k naučení nových činností, ergoterapie je však podněcuje v rozvoji již naučených funkcí, které mohou zlepšovat a zdokonalovat. Činnosti ergoterapeuta se liší podle toho, jaký mají cíl. Jak už jsme zmínili výše, u osob s Alzheimerovou nemocí se jedná o nácvik každodenních činností. Máme tím na mysli například oblékání, jedení, osobní hygienu atd. Dále jsou to například činnosti, které souvisí s chodem domácnosti, jako je úklid, vaření a podobně. Základním cílem je tedy dosažení alespoň částečné soběstačnosti klienta (Krivošíková, 2011).

2 PÉČE A PODPORA O OSOBY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V první kapitole této bakalářské práce jsme se zaměřili na teoretická vymezení Alzheimerovy choroby, na charakteristiku nemoci, její projevy a tak dále. V této kapitole se budeme zabývat péčí a podporou o jedince, které tato nemoc potkala.

Mluvíme-li o péči a podpoře, měli bychom se zamyslet nad tím, zda je mezi nimi nějaký rozdíl. Péči můžeme charakterizovat jako soubor úkonů, které uživatel přijímá, sám se na nich nepodílí a pečující je za něj vykonává. Podporu však lze chápat odlišně. Jedná se o aktivní zapojení klienta do jednotlivých úkonů, které sám či za pomoci druhé osoby zvládá. Zde hovoříme o péči pouze v případě úkonů, které již klient skutečně není sám schopen vykonat (Hauke, 2011).

2.1 Péče v sociálních službách

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, je sociální služba úkon či soubor úkonů, zajišťující podporu a pomoc osobám, kterým hrozí sociální vyloučení nebo které je potřeba do společnosti začlenit (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální služby jsou v největší míře poskytovány seniorům, osobám se zdravotním postižením či znevýhodněním a rodinám s dětmi nebo lidem, kteří se ocitli na pokraji sociálního vyloučení. Je tedy patrné, že i osoby s Alzheimerovou chorobou patří mezi cílovou skupinu, využívající péči v sociálních službách. Poskytovateli sociálních služeb mohou být obce a kraje, ale také fyzické osoby či nestátní neziskové organizace (Čeledová a kol., 2017).

Čeledová (2017) definuje cíle sociálních služeb následovně. „Cílem sociálních služeb je zachovávat lidskou důstojnost klientů, vycházet z individuálně určených potřeb klientů, rozvíjet aktivně schopnosti klientů, zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů a poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě“ (Čeledová a kol., 2017, s. 462).

Mezi základní úkony, které se poskytují osobám v rámci sociálních služeb, řadíme například pomoc při osobní hygieně, pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při zajišťování bydlení, poskytnutí ubytování, sociálně-terapeutické činnosti a podobně (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017, online).

2.2 Sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou

V následujících odstavcích si vymezíme některé sociální služby určené pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, a které mohou pro své potřeby využít. V první řadě lze sociální služby členit na terénní, ambulantní a pobytové a zahrnují sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.2.1 Osobní asistence

Tento druh sociální služby je poskytován zájemci o službu v jeho přirozeném prostředí. Přirozeným prostředím máme na mysli domácnost jedince či zařízení sociálních služeb. Služba je určena seniorům a osobám se zdravotním znevýhodněním či postižením, a to v případě, že jejich zdravotní stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Pomoc spočívá v úkonech spojených s péčí o vlastní osobu, běžným chodem domácnosti, osobní hygienou atd. Osobní asistence je poskytována klientům za úhradu (Čeledová a kol., 2017).

2.2.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje osobám, které nejsou dostatečně soběstační, péče o vlastní osobu jim způsobuje problémy a jejich zdravotní stav či životní situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Služba je vykonávána v domácím prostředí klienta nebo v zařízeních sociální péče. Služba je rovněž jako osobní asistence poskytována za úhradu a pomáhá klientovi v péči o vlastní osobu, o domácnost, s osobní hygienou atd. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017, online).

2.2.3 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem fungují na principu dlouhodobého pobytu. U osob s Alzheimerovou chorobou je tento typ služby využíván často, vzhledem k tomu, že je u těchto klientů potřeba pravidelné pomoci druhé osoby. Služba je hrazena klientem a poskytuje mu ubytování, stravu a pomoc při běžných úkonech jako je hygiena, stravování, oblékání, péče o vlastní osobu atd. Samozřejmostí v takovém typu zařízení je také aktivizace klientů, aplikace sociálně-terapeutických činností a podobně (Čeledová a kol., 2017).

2.2.4 Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionář je služba poskytující osobám, které mají problém se soběstačností, pomoc druhé osoby a dohled. Stacionář rovněž jako výše jmenované služby poskytuje osobám s Alzheimerovou chorobou pomoc při zvládnání běžných činností života. Týdenní stacionář má stejné funkce jako denní stacionář, ovšem již název napovídá, že se jedná o pobytovou službu. Oba typy služby jsou poskytovány za úhradu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017, online).

2.2.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny osobám, které se nacházejí ve věku, kdy jim soběstačnost činí základní problém v provádění běžných aktivit denního života. V tomto typu zařízení se však mohou nacházet i osoby trpící Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Služba se zaměřuje především na asistenci druhé osoby při běžných úkonech klienta, poskytuje dohled a pomoc. Jedná se o pobytový typ služby a je klient si jej hradí sám (Čeledová a kol., 2017).

2.2.6 Odlehčovací služby

Odelehčovací typ služby využívají především osoby, které pečují o příbuzného v jeho přirozeném sociálním prostředí. Tato služba jim poskytne především odpočinek a uleví jim od každodenního stereotypu pečování. Mohou být jak terénní, ambulantní, tak i pobytové (Zákon č. 108/2006 Sb.).

2.2.7 Příspěvek na péči

Vzhledem k tomu, že jsme si výše uvedli sociální služby, jež jsou téměř všechny hrazeny samotným klientem, je třeba se zmínit o možnosti příspěvku na péči. Tento příspěvek slouží k částečnému pokrytí nákladů za službu. Na něj má nárok osoba, která v důsledku svého zdravotního stavu není schopna sama zvládat běžné denní úkony a není schopna soběstačností (Čevela a kol., 2012).

Příspěvek na péči je hrazen ze státního rozpočtu a vyplácí jej krajská pobočka Úřadu práce. Výše příspěvku je stanovena jak stupněm závislosti, tak věkem osoby, která o příspěvek žádá (Tamtéž).

Tabulka 2 Stupně závislosti (Čevela a kol., 2012, s. 160)

Stupeň závislosti	Popis	Výše příspěvku
I.	Osoba v důsledku svého nepříznivého stavu, který má dlouhodobý charakter, není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby	800 Kč
II.	Osoba v důsledku nepříznivého životního stavu není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb	4 000 Kč
III.	Zdravotní stav osoby způsobuje, že není schopna zvládat 7 nebo 8 životního potřeb	8 000 Kč
IV.	Tato osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a je plně závislá na péči druhé osoby	12 000 Kč

2.3 Dlouhodobá péče

V předchozí podkapitole jsme si vymezili sociální služby, které mohou být využity pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Můžeme říci, že se téměř vždy jedná o formu dlouhodobé péče. Dlouhodobá péče je poskytována lidem, kteří jsou na základě svého onemocnění částečně nebo trvale omezeni ve výkonu aktivit běžného života. To znamená, že potřebují pomoc druhé osoby, jsou na ní závislí. Aktivitami běžného života, jak už jsme definovali výše, myslíme například osobní hygienu, oblékání, pomoc s domácností, pomoc při jídle atd. Tato péče znamená i podporu, která spočívá především v udržení alespoň částečné soběstačnosti pacienta. Tato podpora je v případě potřeby často doplňována tzv. zdravotnickými úkony, jakými jsou například rehabilitace, paliativní péče, podávání léků, dohled nad zdravotním stavem pacienta, převazování ran. Mělo by se tedy jednat o propojení zdravotní péče se systémem sociálních služeb (Čevela a kol., 2012).

Mezinárodní dokument OECD (Long-term Care for Older People) vymezuje dlouhodobou péči jako systém poskytování služeb lidem, jejichž soběstačnost je natolik dlouhodobě omezena, že se stanou závislými a jejich schopnost vykonávat činnosti samostatně

je výrazně snížena. Dlouhodobá péče je poskytována jak v institucionálních zařízeních, tak v domácnostech klientů (Tamtéž).

Cílem dlouhodobé péče je poskytnout pacientům s nepříznivým zdravotním stavem, který se následně odráží i v celkové kvalitě života jedince, komplexní sociální i zdravotní péči. Tento cíl je přitom třeba podpořit kvalitní ošetrovatelskou péčí, která je založena na rehabilitaci klienta, uchování či zlepšení kvality jeho života a také na snaze předcházet dalším zdravotním problémům (Hudáková a kol., 2013).

2.4 Služby poskytované ve zdravotnictví

Zdravotní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Pacienti a pečující rodinní příslušníci se však často špatně orientují v síti poskytovaných zdravotnických služeb. Dostupnost tak obvykle nezaostává ve vzdálenosti těchto služeb, ale spíše v nedostatečné míře informovanosti všech zainteresovaných osob (Čevela a kol., 2014).

Zdravotní služby můžeme chápat jako soubor aktivit a opatření, které mají sloužit osobě potýkající se s nemocí, přičemž je primární zaměřit se na prevenci, odhalení či odstranění nežádoucího zdravotního stavu. Dále je třeba uchovávat, obnovovat nebo zlepšovat zdravotní stav jedince a snažit se zmírňovat utrpení související s nemocí. Zdravotní služba je i zdravotní úkon prováděný zdravotnickým pracovníkem za účelem prevence, diagnostiky, léčby, ošetrovatelství a podobně (Tamtéž).

Základem každé zdravotní služby by měla být tzv. péče primární, která spočívá ve vyšetření pacienta praktickým lékařem. V péči o osoby s Alzheimerovou chorobou by měl praktický lékař spolupracovat jak s pečující rodinou, tak s dalšími službami, podílejícími se na primární péči, jako je například pečovatelská služba (Dvořáčková, 2011).

2.4.1 Zdravotní podpora a její dělení

Zdravotní podporu a péči dělíme na několik druhů podle toho, na co se konkrétně zaměřuje. Na prvním místě by měla být péče preventivní. Ta zajišťuje včasné zachycení vzniku a rozvoje nemoci a podílí se na jejím předcházení. Čím dříve se na tuto, nebo jakoukoli jinou nemoc přijde, tím lépe. Na prevenci navazuje diagnostická péče. Diagnostika v souvislosti s péčí znamená především průběžnou kontrolu zdravotního stavu klienta a závažnost choroby. Dalším typem je dispensární péče, která se u osoby s demencí zaměřuje na možné zhoršení stavu pacienta a díky ní lze zásadně ovlivnit příští vývoj nemoci. Léčebná péče u Alzheimerovy

choroby plní takovou funkci, která může například pomoci k udržení alespoň částečné soběstačnosti pacienta. Péče léčebně-rehabilitační navazuje na již zmíněnou léčebnou péči, ale zaměřuje se detailně na poznávací, řečové, smyslové a psychické funkce. Ošetrovatelská péče se pak snaží uspokojovat individuální potřeby klienta a podporovat ho v aktivitách, které si sám přeje a pomoci v tom, co již sám bez pomoci druhé osoby nezvládne. Poslední druh péče, který zde zmíníme, je paliativní péče. Ta se snaží zmírňovat utrpení klienta, ke kterému dochází v důsledku Alzheimerovy nemoci, a kde je nejvýznamnějším faktorem zachování kvality života jedince trpícího touto chorobou. Z hlediska financování, je zdravotní péče v České republice hrazena prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění (Zákon č. 372/2011 Sb.).

2.4.2 Formy zdravotních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, dělí obecně formy zdravotní péče na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou v přirozeném prostředí pacienta. Tyto formy péče lze využít i pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Ambulantní péče bývá poskytována za účelem vyšetření pacienta, jehož zdravotní stav však nevyžaduje pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení. Jednodenní péče bývá uplatňována tehdy, pokud zdravotní úkony, prováděné v souvislosti se zdravotním stavem pacienta, vyžadují pobyt na lůžku méně než 24 hodin. Lůžková péče se poskytuje pacientovi v tom případě, pokud je nutná jeho hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Lůžkovou péči dále dělíme podle toho, s jakou zdravotní komplikací pacient přichází. Pro příklad si uvedeme dlouhodobou lůžkovou péči, která je určena pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči (Tamtéž).

2.5 Rodinná péče

Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí je možná tehdy, pokud rodinní příslušníci mohou s péčí o blízkého pomoci. Je však stěžejní popřemýšlet o tom, do jaké míry je to možné. Pokud rodina z časových důvodů nemůže zabezpečit péči o blízkého v plné míře, nabízí se možnost využít terénní sociální služby. V kombinaci s rodinou se jedná o velmi dobré zajištění pacienta s Alzheimerovou chorobou. Rodina a rodinná soudržnost je v tomto případě velmi důležitým psychologickým prvkem (Holmerová a kol., 2014).

Pro člověka s Alzheimerovou nemocí může domov představovat pocit bezpečí, pozitivní vzpomínky a emoce, ale také souvisí například se snadnějším využíváním jeho

uchovaných schopností. Naopak ale také může u osoby s demencí vzbuzovat pocity frustrace a deprese. Pro tuto osobu se rovněž může její domov stát nebezpečným, jelikož ji podněcuje k výkonu činností, kterých již není schopna (Zgola, 2003).

Vzhledem k tomu, že u Alzheimerovy choroby nedochází k jejímu zlepšování, ale postupnému zhoršování, nejsou tyto osoby schopny naplánovat si denní činnosti a vykonávat je. Proto je potřeba, aby pečující rodinný příslušník naplánoval tyto aktivity za něj a snažil se tak zajistit, aby byl nemocný co nejvíce přes den aktivní. Důležité je rovněž u pacienta zůstat co nejvíce v pohybu, aby docházelo k co nejmenší ztrátě tělesné hmoty. Toto lze zajistit pomocí jednoduchých pohybových cvičení či pohybu do rytmu oblíbené hudby. Může se stát, že pacient zůstane upoután na lůžku. V takovém případě je potřeba snažit se předejít vzniku proleženin. To lze docílit pravidelným polohováním zhruba po 2 hodinách, využíváním nejrůznějších podložek, ale také udržováním čistoty lůžka. Strava je dalším důležitým faktorem, ke kterému je třeba přistupovat velmi individuálně, podle potřeby pacienta. V případě nutnosti je důležité například upravit konzistenci jídla tak, aby bylo pro pacienta dobře stravitelné. Dle potřeby můžeme dopomoci s konzumací. Velmi důležitá je u osoby s Alzheimerovou chorobou hydratace. Tito jedinci často nemají pocit žízně a neví, že se mají napít, tudíž velmi často dochází k dehydrataci pacienta. Je tedy důležité dbát na tuto skutečnost a zajišťovat pravidelný přísun tekutin. S péčí o rodinného příslušníka s demencí souvisí také hygiena. Míra dopomoci v tomto úkonu závisí na stádiích nemoci. V pokročilejších stádiích Alzheimerovy choroby může docházet k inkontinenci, proto je vhodné sestavit si plán, kde budou znázorněny jednotlivé úkony s přibližnými časy, kdy budou vykonávány (Česká Alzheimerovská společnost, 2015, online).

2.6 Podpora osob s Alzheimerovou chorobou

V rámci podpory osob s Alzheimerovou chorobou se v této bakalářské práci zaměříme především na techniku bazální stimulace a prvky animoterapie. Dále se budeme zabývat expresivními terapiemi, které jsou také uplatňovány při podpoře osob s tímto typem nemoci.

Pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence je při dobře zvoleném systému podpory možné udržovat kvalitu jejich života na takové úrovni, aby mohli v rámci jejich zdravotního stavu žít uspokojivým životem (Paliativní medicína, 2013, online).

2.6.1 Expresivní přístupy

Expresivní přístupy mohou zmírňovat či odstraňovat nežádoucí důsledky nějaké nemoci, mohou mít edukační či aktivizační záměr nebo mohou sloužit například jako nástroj pro získávání informací. U osob s Alzheimerovou chorobou se zaměřujeme právě na již zmíněné zmírňování obtíží související s nemocí, a na aktivizaci klientů. Expresivními přístupy užívanými v terapii jsou muzikoterapie, arteterapie, tanečně-pohybová terapie, dramaterapie a biblioterapie (Friedlová a kol., 2015). Blíže budeme specifikovat pouze ty druhy terapií, které se pro klientelu s Alzheimerovou nemocí nejvíce vhodné.

Arteterapie pro své účely využívá výtvarné umění. Pomocí této metody lze u osoby s demencí pozitivně ovlivňovat náladu, měnit její myšlenky, pomáhá při komunikaci a sdělování emocí a pocitů. To vše lze přenést na papír pomocí různých prostředků, například kresby. S klienty s Alzheimerovou chorobou lze pracovat individuálně, skupinově a můžeme například využít i formu rodinné terapie. Další, velmi oblíbenou metodou u osob trpících Alzheimerovou chorobou, je **muzikoterapie**. Tuto metodu můžeme považovat za léčebný prostředek, který se snaží zlepšit kvalitu života jedince s Alzheimerovou nemocí. Pomocí hudby má možnost pacient procvičovat paměť a zachovávat ji. S tím je spojena také řada uchovaných dovedností, které lze pomocí hudby dál rozvíjet. Muzikoterapie zároveň funguje jako prevence proti depresím, a v případě jejich rozvinutí se snaží o odstranění a navození pozitivních emocí. Poslední expresivní přístup, který zde zmíníme, je **tanečně-pohybová terapie**. V případě, že klientovi nečiní pohyb větší problém nebo zdravotní komplikace, nebo nemá zdravotní postižení týkající se mobility, je tato terapie u osob s demencí vítána. Tanec není pouhým pohybem, nýbrž expresivním výrazem. Prostřednictvím tance se vyplavují pozitivní emoce. Klienti mohou být vedeni terapeutem a opakovat jeho taneční kroky po něm, nebo mohou nechat průchod vlastní fantazii. V dlouhodobé paměti klientů se často objevují různé taneční variace, které jsou jim známé z mládí (Friedlová a kol., 2015).

2.6.2 Animoterapie

Za animoterapii je považována taková léčebná metoda, která se snaží nemocnému jedinci pomoci prostřednictvím zvířat. Pro osoby seniorského věku je domácí mazlíček velmi důležitý především z toho důvodu, že je udržuje ve fyzické kondici. Také tím, že jsou nuceni se o zvíře a starat a dělají to rádi, si zvyšují vlastní schopnost postarat se sám o sebe. V zařízeních institucionální péče zvířata zlepšují klientům náladu, udržují jejich psychiku v dobrém stavu. Fungují také jako pozitivní prvek při adaptaci klienta, který se nejdříve seznámí

se zvířetem a poté lépe navazuje kontakty s ostatními klienty a pracovníky. Zvířata jsou prostředkem pro získávání společných zážitků klientů a rozvíjejí jejich vzájemnou komunikaci (Nerandžič, 2006).

Pro terapii prostřednictvím zvířat se nejvíce chovají psy a kočky, popřípadě koně (poníci). Terapie většinou probíhá formou návštěvního programu, kdy do zařízení institucionální péče dochází zástupci sdružení, zabývající se právě animoterapií. **Canisterapie** je jednou z nejčastějších animoterapií a pro své léčebné účely používá psi. Asistenční pes musí mít speciální výcvik, který se uskutečňuje ve školách canisterapie. **Hipoterapie** je název pro terapii s použitím koně. Ježdění na hřbetu koně má speciální léčebný účinek, kdy prostřednictvím pohybu hřbetu koně u klienta dochází ke zklidnění. Tato metoda může být rovněž použita jako prostředek pro fyzioterapii. Jako poslední terapii zvířetem zmíníme **felinoterapii**, pro své účely cvičí a využívá kočky (Tamtéž).

2.6.3 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace se využívá především ve speciální pedagogice a v ošetrovatelství. Proto je také vhodnou variantou pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Smyslem bazální stimulace je zlepšit a podporovat oblast vnímání jedince, rozvíjet jeho komunikaci, zklidnit ho a navodit mu příjemné pocity. Stimulace smyslových orgánů, tedy vnímání, je však považována za nejzákladnější a nejdůležitější princip. Prostřednictvím bazální stimulace dochází k podpoře vnímání vlastního těla, okolí, prostorové a časové orientaci, navázání komunikace a podobně (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace nepodporuje pouze vnímání, nýbrž také hybnost, motoriku, a již zmíněnou komunikaci. Pro svou práci používá různých prvků. Jedním z nejzákladnějších jsou doteky. Soustředit se musíme zvláště na jejich kvalitu, intenzitu a místo doteku. Pro příklad si zde uvedeme iniciální dotek, kterým poskytujeme klientovi určitou informaci, například o začátku a konci terapie. Dále můžeme využít různých polohovacích pomůcek, masážních míčků, světelných efektů, vibračních, optických pomůcek a podobně. Důležitou roli při bazální stimulaci hraje také kreativita terapeutů (Tamtéž).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Praktická část je poslední kapitolou této bakalářské práce. Zde se budu zabývat kvalitativním výzkumem, který svými poznatky z praxe navazuje na myšlenky teoretické části práce. Výzkum se opírá o data, která byla poskytnuta zařízením Alzheimercentrum ve Zlíně.

3.1 Kvalitativní výzkum

Pro zpracování praktické části jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu, který se jevil jako nejvhodnější pro dané téma. Kvalitativní výzkum je pojem, jenž v sobě skrývá široké spektrum rozdílných přístupů. Jedná se o specifický proces, který nelze jednoznačně vymezit či provádět (Hendl, 2005).

V minulosti nebyla forma kvalitativního výzkumu uznávána a nebyla brána jako rovnocenná v porovnání s výzkumem kvantitativním. Posléze se však kvalitativnímu přístupu dostalo uznání a na oba přístupy začalo být nahlíženo stejně. Je však nutno podotknout, že se jedná o dvě naprosto odlišné metodologie, které se se svými strategiemi mohou navzájem kombinovat a využít tak silných stránek obou těchto metodologií. I dnes můžeme narazit na terminologickou roztržičnost, co se kvalitativního výzkumu týká. Lze totiž tento přístup definovat různě, na základě použité metody sběru dat. Zde bude pro příklad uvedena definice podle typů dat. Pro kvalitativní výzkum se využívají tři typy, a to data z rozhovoru, data z pozorování a data z dokumentů. Výzkum tedy spočívá v práci se slovy a textem, nejedná se o numerické šetření, jak tomu bývá v kvantitativním přístupu (Švaříček a kol., 2014).

3.1.1 Cíl výzkumu

Stanovení cílů představuje samotný počátek výzkumu. Zároveň je třeba si ověřit, zda jsou tyto cíle dostatečně specifické a ušité na míru skupině osob, kterou budeme zkoumat. V souvislosti s tímto ověřením je dále nutné si vymezit, koho bude náš výzkum zajímat (Švaříček a kol., 2014).

V rámci této bakalářské práce jsem si stanovila tři základní cíle. Prvním cílem je poukázat na to, jak vnímají institucionální péči pracovníci zařízení Alzheimercentra Zlín, v čem vidí kladné stránky institucionální péče, a jakým způsobem se na péči klientů podílí rodinní příslušníci, vzhledem k tomu, že institucionální péče nastává v mnoha případech tehdy, pokud

již rodina péči o blízkého nezvládá. Cílem je tedy přinést poznatky z praxe, které vycházejí z osobních zkušeností pracovníků. Dalším cílem je získané informace využít jako materiál pro pečující rodinné příslušníky, kteří uvažují o institucionální péči pro své příbuzné, přičemž budou mít objektivní informace od osob, pracujících s pacienty s Alzheimerovou chorobou a několikaletou praxí. Jako poslední, byl pak stanoven cíl, který hovoří o obohacení výzkumníka této bakalářské práce, tedy mě. Problematika osob s Alzheimerovou chorobou se mi stala blízká zejména v době, kdy jsem absolvovala praxi v denním stacionáři pro osoby s tímto onemocněním. Měla jsem možnost vidět, jak to funguje v tomto malém zařízení, a s tím také narostla touha dozvědět se více o tom, jak vypadá širší koncept péče a podpory o tyto osoby.

3.1.2 Výzkumný problém

Vzhledem ke zvolenému tématu této bakalářské práce se v praktické části zabývám zkoumáním institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou, a to z pohledu pracovníků zařízení Alzheimercentra ve Zlíně. K tomuto zkoumání tedy slouží poznatky z praxe, které se zaměřují na odhalení systému fungování tohoto konkrétního zařízení, a snaží se tak odkrýt problematiku institucionální péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

3.1.3 Výzkumné otázky

Při volbě výzkumných otázek je důležité, aby korespondovaly s vymezenými cíli. Základní výzkumná otázka tedy zní: **„Jakým způsobem je uplatňována institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?“** Dále jsem formulovala specifické výzkumné otázky, které by v konečném výsledku měly sloužit jako podklad pro odpověď na výzkumnou otázku základní.

Specifické výzkumné otázky zní následovně:

1. **„Jaká je Vaše pracovní pozice v zařízení?“**
2. **„Jaké je Vaše vzdělání?“**
3. **„Jak je z Vašeho pohledu poskytována péče pacientům s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?“**
4. **„Jaká je podle Vás klíčová charakterová vlastnost pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou?“**
5. **„Jaká je dle Vašeho názoru adaptace klienta na prostředí zařízení?“**
6. **„Jak se z vašeho pohledu na péči klientů podílí rodinní příslušníci?“**

7. „Jakým způsobem je podle Vás možné podporovat klienty s Alzheimerovou chorobou?“

Tyto specifické výzkumné otázky byly dále v případě potřeby či zájmu doplněny o tazatelské otázky.

3.1.4 Výběr respondentů

Vzhledem k vymezení cílů výzkumu bylo třeba vybrat pět pracovníků zařízení Alzheimercentra ve Zlíně, kteří ze své pracovní pozice budou schopni na dané výzkumné otázky odpovídat. Snahou při výběru respondentů bylo, aby jejich pracovní pozice byly různé, a aby tak bylo možno nahlížet na problematiku z různých úhlů pohledu. Rovněž však bylo cílem, aby byly shledány určité společné prvky a případně bylo poukázáno na některá rozdílná vnímání tázaných osob. U dvou respondentů došlo ke střetu stejné pracovní pozice, nýbrž se to nakonec neukázalo jako problematické, vzhledem k různorodým odpovědím.

Sběr dat byl tedy proveden s pěti pracovníky Alzheimercentra, jejichž pracovní pozice byly ředitelka zařízení, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a dvě zdravotní sestry. K sběru dat nebyli dále osloveni další pracovníci, jelikož došlo k nasycení informací.

3.2 Způsob získávání informací

Při provádění kvalitativního výzkumu je velmi důležité dobře si promyslet a následně vybrat správnou metodu pro zpracování kvalitativního výzkumu. Můžeme vybírat z metod pozorování, interview či studium a analýza dokumentů. Pro tento výzkum se však jako nejvhodnější jevil hloubkový rozhovor (Hendl, 2005).

3.2.1 Hloubkový rozhovor

Metoda nazývaná jako hloubkový rozhovor je považována za nejčastěji používanou z hlediska sběru dat v kvalitativním výzkumu. Otázky bývají zpravidla pokládány jedním výzkumníkem a na ty odpovídá opět pouze jeden respondent. Mají formu otevřených otázek, kterých bývá několik. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru pak smí badatel zkoumat například členy různých prostředí, určité sociální skupiny a podobně. Základem toho všeho je zejména zachycení odpovědí, u nichž je nejdůležitější jejich přirozenost. To považujeme za základní princip kvalitativního výzkumu (Švaříček a kol., 2014).

Hloubkový rozhovor má formu polostrukturovaného, nebo nestrukturovaného rozhovoru. Z hlediska zvoleného tématu této bakalářské práce a její praktické části, bylo

rozhodnuto pro použití polostrukturované formy hloubkového rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je postaven na principu předem připraveného seznamu témat a otázek. Je důležité si uvědomit, že před tím, než výzkumník vstoupí do terénu a začne vést rozhovor, je třeba se důkladně připravit a také vědět, jak bude po rozhovoru postupovat dále. Nejedná se totiž pouze o nějakou formu interview, nýbrž o celý proces získávání a zpracování informací (Tamtéž).

Tyto polostrukturované rozhovory byly nahrávány na diktafon, vzhledem k tomu, že s nahráváním všichni tazající souhlasili. Po rozhovoru jsem byla velmi ráda, že jsem zvolila metodu nahrávání na diktafon, protože jsem měla možnost plně vnímat odpovědi pracovníků, aktivně naslouchat a reagovat v případě potřeby.

3.2.2 Realizace výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila institucionální zařízení Alzheimercentrum ve Zlíně, především z toho důvodu, že se zaměřuje primárně na cílovou skupinu osob s Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence.

Na začátku jsem postupovala tím způsobem, že jsem se prostřednictvím e-mailové komunikace dohodla s ředitelkou zařízení na osobní schůzce. Ve stejný den již proběhl i samotný sběr dat, který mi byl na základě předložení žádosti o povolení ke sběru dat umožněn. Tuto žádost jsem předkládala k rukám ředitelky zařízení. Konkrétně to bylo 22. 3. 2019. Ředitelce a následně i tazáným pracovníkům jsem sdělila plán svého výzkumu a uvedla, jakou metodu budu využívat. V této souvislosti jsem si od všech tazáných zajistila informovaný souhlas, který pojednával o poskytnutí výzkumného materiálu. Zároveň jsem je seznámila se skutečností, že všechny informace, které mi sdělí, budou využity pouze jako materiál k této bakalářské práci a nebudou nijak zneužity. Dále jsem je informovala o anonymitě.

Nejprve probíhal rozhovor s ředitelkou zařízení, v rámci kterého mi na začátku poskytla základní informace o Alzheimercentru, které si zde uvedeme. *„Alzheimercentrum Zlín je registrovaná pobytová sociální služba. Poskytujeme domov se zvláštním režimem a současná kapacita centra je 140 klientů. Jsou to klienti, kteří potřebují nějakou míru pomoci, nebo dopomoci, anebo péči ve všech rovinách. To znamená například dopomoci slovně, navést, někteří potřebují začít tu činnost a slovně doprovodit, a u některých našich klientů musíme zajistit komplexní specializovanou péči. Většina našich klientů jsou se třetím nebo čtvrtým příspěvkem na péči, je to téměř 90 %. Všichni naši klienti jsou s nějakým typem demence, nejčastěji je to Alzheimerova choroba. Naše cílová skupina jsou klienti již od 27 let, ale máme tady momentálně klienty nad 50 let. Demence je většinou záležitost osob nad 80 let, ale jsou*

tady i časté demence, kdy prognóza je rychlejší. Naši klienti žijí v dvouložkových pokojích, ale máme i několik jednolůžkových pokojů. Systém máme nastaven tím způsobem, že klienti žijí celý den s námi, nezůstávají na pokojích, nabízejí se jim nejrůznější aktivity, terapie, tvoření, zpívání, takže velká škála nabízených aktivit. Každý si vybere sám, co má rád a co ho zajímá. Úkolem pracovníků je také trénovat s klienty jejich kognitivní funkce. Pracují zde zdravotničtí pracovníci, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a aktivizační pracovníci.“

Po tomto základním rozhovoru s ředitelkou zařízení jsme mluvily o tom, jaké pracovníky bych chtěla pro své šetření použít. Mým požadavkem bylo, aby se jednalo o pracovníky, kteří mají na starost různorodé pracovní aktivity. Toto mi bylo z velké části umožněno, pouze u dvou případů jsem shledala stejné pracovní pozice respondentů. Na začátku se mi to jevilo jako problematické, nicméně se posléze ukázalo, že v tomto ohledu nebyla viditelná potíž. Během všech rozhovorů jsem se snažila o jejich stejné vedení. Začátek a konec vždy probíhal stejným způsobem, avšak průběh každého rozhovoru měl trochu jinou strukturu, a to ve smyslu kladení tazatelských otázek. Potíž jsem našla v časové realizaci rozhovoru, kdy rozmezí bylo od 15 minut až po 34 minut. To souvisí s problémem navázat na přetřhanou nit u respondenta, kdy jsem se měla snažit vkládáním svých tazatelských otázek o rozvedení tématu. Nicméně i přes tuto časovou rozmanitost si myslím, že se mi povedlo u všech rozhovorů nalézt adekvátní odpovědi k daným otázkám. Povedlo se mi tedy shromáždit potřebné materiály. S každým z pracovníků jsem se po rozhovoru rozloučila a poděkovala za poskytnutá data.

3.3 Interpretace získaných dat

Odpovědi, které jsem zaznamenala formou polostrukturovaného rozhovoru, budou analyzovány pomocí tabulek, přičemž každá tabulka bude zaměřena na jednu specifickou výzkumnou otázku a budou zde znázorněny odpovědi respondentů. Následně dojde ke zhodnocení odpovědí, uvedení, zda je mezi nimi nějaký vztah, popřípadě jestli se v něčem liší. Po samotné interpretaci dat bude následovat interpretace výsledků, kde se kromě nich budu zabývat také tím, zda toto výzkumné šetření dokázalo zodpovědět základní výzkumnou otázku.

Tabulka 1 Pracovní pozice respondentů (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jakou zde máte pracovní pozici?**

Pracovník	Odpověď
P1	Ředitelka zařízení

P2	Sociální pracovník
P3	Všeobecná zdravotní sestra
P4	Všeobecná zdravotní sestra
P5	Pracovník v sociálních službách-pečovatelka

Tabulka číslo jedna se zabývá odpověďmi na první specifickou výzkumnou otázku. Zeptala jsem se pracovníků, jakou v zařízení zastávají funkci. Mým cílem bylo, aby se pracovní zaměření u pracovníků lišilo. Jak lze v tabulce vidět, u dvou respondentů se pracovní pozice shoduje. S uvedením pracovních pozic v této práci všichni tázaní souhlasili.

Tabulka 2 Vzdělání respondentů (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jaké je vaše vzdělání?**

Pracovník	Odpověď
P1	Vystudovaná zdravotní sestra, dále vysoká škola managementu a ekonomie
P2	Vysoká škola, obor sociální pedagogika
P3	Vyšší zdravotnická škola, obor diplomovaná zdravotní sestra
P4	Vysoká škola, všeobecná zdravotní sestra
P5	Střední odborná škola ekologie a životního prostředí, kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách

Tato tabulka pojednává o vzdělání pracovníků Alzheimercentra. Otázka vzdělání mě zajímala především kvůli odborné kvalifikaci pracovníků. Jak můžeme zaznamenat, kvalifikace všech pracovníků je dostatečná, vzhledem k výkonu jejich povolání. Pracovník P5 uvedl, že jeho původní vzdělání směřovalo k výkonu jiného povolání, ale následně bylo doplněno kvalifikačním kurzem. Uvedeme si zde celou odpověď pracovníka P5, abychom mohli lépe porozumět tomu, co ho k tomuto kroku vedlo.

Celá odpověď pracovníka P5: *„Já mám vystudovanou střední odbornou školu ekologie a životního prostředí, pak jsem byla chvíli na jazykovce a v rodině se stala událost, kdy jsem se setkala s rodinným příslušníkem, který měl přímo Alzheimerovu chorobu, nebo ne přímo Alzheimerovu chorobu, ale nějaký typ demence, a tak mě to ovlivnilo, že jsem si našla tuhle práci.“*

Tabulka 3 Péče poskytovaná pacientům s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jak je z Vašeho pohledu poskytována péče pacientům s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?**

Tazatelská otázka: **Co je konkrétně náplní vaší práce?**

Pracovník	Odpověď	Doplňující odpověď na tazatelskou otázku
P1	Posílení a udržení soběstačnosti klientů, aktivity zacílené na trénink rozumových schopností, práce s biografií klientů	Zajištění chodu celého zařízení, zajištění personálu, přítomnost na denním hlášení, udržování spolupráce na pracovišti, propagace zařízení, zajištění dobrého pocitu pro klienty a rodiny
P2	Péče je poskytována podle stavu nemoci klienta, slovní dopomoc, fyzická dopomoc s oblečením, stravou, hygienou, aktivizace, terapie, přímá péče, rehabilitace	Jednání se zájemci o službu, evidence žádostí o přijetí, komunikace s rodinami, řešení příspěvků na péči
P3	Zabezpečení zdravotní stránky, podávání léků, převazy apod., přímá péče-hygiena, krmení, hydratace, aktivizace klientů	
P4	Nadstandartní péče, aktivizace, úkony jsou prováděny s respektem, láskou, bazální stimulace, terapie	
P5	Zachování u klientů soběstačnosti, procvičování paměti, kognitivní cvičení, bazální stimulace, přímá péče – pomoc s hygienou, oblékáním, stravou, s chůzí	

Tabulka číslo tři znázorňuje myšlenky pracovníků v souvislosti s péčí poskytovanou klientům v jejich zařízení. Srovnáním těchto odpovědí lze vidět jednu nejčastěji se vyskytující, a tou je udržení soběstačnosti. Soběstačnost sice není jako konkrétní slovo obsaženo ve všech

odpovědích, nýbrž se skrývá za jinými slovy. Například pracovník P2 uvedl, že klientům dopomáhají se stravou, oblečením atd. Již toto totiž můžeme považovat za snahu udržení u klienta soběstačnosti. Jelikož zde nehovoříme o pomoci, ale pouze o dopomoci. Z dalších myšlenek můžeme zaznamenat, že se pracovníci opírají o pracovní úkony, které souvisejí s jejich odbornou kvalifikací a výkonem práce v zařízení. Pouze u pracovníka P1 a P2 jsem postřehla jistou míru obecnosti, proto jsem jim položila doplňující otázku, co je konkrétně náplní jejich práce.

Pro příklad uvedeme celou odpověď pracovníka P3, kde je možné v první polovině odpovědi vysledovat jeho fixaci na odbornou kvalifikaci. *„Takže ta péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je poskytována od nás, říkáme si modří, zdravotníků. Takže po té zdravotní stránce zabezpečujeme, aby klienti dostali léky, aby měli udělané převazy atd. Potom je tu přímá péče, což jsou ti pečovatelé, takže zajišťují oblast hygieny, krmení, hydratace. Potom tu máme aktivizační pracovníky, ti se zase starají o to, aby klienti byli dobře zaktivizovaní, různě s nimi tvoří, vymýšlí jim program a také se zapojují i do krmení.“*

Tabulka 4 Důležité charakterové vlastnosti pracovníka pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jaká je podle Vás klíčová charakterová vlastnost pracovníka pro práci s klienty s Alzheimerovou chorobou?**

Tazatelská otázka: **Je podle vás důležité, vytvořit si vztah pracovníka s klientem?**

Pracovník	Odpověď	Doplňující odpověď na tazatelskou otázku
P1	Kladný vztah k seniorům, velká trpělivost a obrovská empatie, odborné vzdělání podle vykonávané pozice, důležitý je kontakt s klienty-pohlazení atd.	Vztah klient-pracovník je nesmírně důležitý, dobrá komunikace, pozitivní naladění, přirozené doprovázení k péči
P2	Vcítění se do člověka s demencí, umět vyhodnotit situaci a chování klienta, empatie, trpělivost	Vztah je důležitý, dále je důležitá důvěra, klient by se neměl pracovníka bát
P3	Velká trpělivost, hodně empatie, vytvoření si vzájemné důvěry a vztahu	Vytvoření si vztahu klient-pracovník je důležitý, nejdůležitější je pak důvěra

P4	Empatie, vcítění se do klienta, trpělivost, vytvoření dobrého zázemí, dobrá organizace práce, odbornost, dobrá komunikace	Vztah je důležitý, ale nesmí dojít k fixaci klienta na pracovníka, dodržení profesionální úrovně
P5	Obrovská trpělivost, schopnost vcítit se do člověka, empatie, schopnost komunikovat, jednat klidně, mít tu práci rád	Nic nesmí zajít moc daleko, důležité je si vztah s klientem udržet na profesionální úrovni, nesmí to přesáhnout do osobního života

V pomáhajících profesích bychom měli zvážit důležitost povahových vlastností. Proto se jevílo jako zásadní, položit respondentům otázku na téma klíčová charakterová vlastnost pracovníka, jehož klientela jsou osoby s Alzheimerovou chorobou. V tabulce číslo pět se v odpovědích vyskytuje opakující se slovo empatie či vcítění. Tuto odpověď jsem shledala u všech respondentů, z čehož je patrné, že jejich přístup k práci vnímají totožně a snaží se o udržování pozitivních emocí.

V průběhu rozhovoru se v souvislosti se specifickou výzkumnou otázkou nabízelo navázat otázkou na téma vztahu pracovníka s klientem. V tabulce se u všech respondentů vyskytuje, že je důležité vytvořit si vztah na úrovni pracovník – klient. U pracovníků P4 a P5 si pak lze všimnout komentáře, ve kterém se shodují s ostatními respondenty, ale zároveň doplňují, že by měl vztah pracovníka s klientem zůstat na profesionální úrovni.

Tabulka 5 Adaptace klientů na prostředí Alzheimercentra (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jaká je dle Vašeho názoru adaptace klienta na prostředí vašeho zařízení?**

Pracovník	Odpověď
P1	U každého klienta probíhá adaptační fáze, 1 až 3 měsíce, pro každého klienta je náročné, zadaptovat se na nové prostředí, změna je pro ně těžká, zatím se vždy adaptace zdařila, známe životní příběh klienta, zjišťujeme si veškeré informace, proto mu můžeme uzpůsobit jeho pokoj tak, jak byl zvyklý z domova, víme, jak ke klientovi přistupovat, důležité je, aby se tady klient cítil jako doma, dát mu dostatečný prostor a čas, důležitá je trpělivost a empatie pracovníků

P2	Záleží na tom, z jakého prostředí klient přichází, pokud například přichází z nemocnice, je adaptace lepší, než pokud přichází z domova, do čtrnácti dnů probíhá první fáze adaptace, kdy se jedná spíše o orientaci po prostředí zařízení
P3	Je to individuální u každého klienta, někteří se zadaptují rychle, někteří hůře, první dva dny se často stává, že se klienti obléknou a chtějí jít domů
P4	Zpočátku je adaptace těžší, u nás v zařízení se však snažíme dělat maximum pro to, aby adaptace proběhla co nejlépe, aby byla co nejpříjemnější, může trvat týden, dva nebo měsíc, zaměřujeme se na to, aby klient trpěl co nejméně
P5	Každý případ je jiný, někteří klienti jsou v pohodě hned, to jsou například klienti, kteří přijdou z nemocničního prostředí, dále jsou klienti, kteří delší dobu chtějí jít domů, ale časem si zvyknou, trvá to třeba týden nebo dva týdny a někomu třeba i půl roku

Odpovědi zaznamenané výše v tabulce, pojednávají o tématu adaptace klientů na prostředí zařízení. Aby mohla být poskytována péče, měla by být nejprve dobře provedena adaptace klientů s Alzheimerovou chorobou na prostředí zařízení.

Zde můžeme vidět, že každý z respondentů popisuje adaptaci v zařízení svým pohledem. Lze opět uvažovat o nahlížení na problematiku z pohledu jejich profesní orientace, jako tomu bylo například v tabulce číslo tři. Shrňme-li všechny odpovědi, dostane se nám výsledku, že u každého klienta se adaptace zdaří, i když je nutné brát zřetel na rozdílné časové rozpětí. To však nepoukazuje na nějaký nedostatek, nýbrž na to, že každý klient je jedinečná lidská bytost a ke každému je třeba přistupovat individuálně.

Pro příklad použijeme celou odpověď pracovníka P1, jímž je adaptace detailně popsána a z níž můžeme zaznamenat, jak v Alzheimercentru probíhá. „*Tak u každého klienta probíhá adaptační fáze. Bývá minimálně jeden, dva, až tři měsíce. Samozřejmě pro každého klienta je náročné se zadaptovat na nové prostředí. Jsou to lidé, kteří právě vychází z té dlouhodobé paměti, takže mají zafixovaný svůj domov, ve kterém žili třeba 80 let a ta změna je pro ně těžká. Ale tady je to vždycky důležité a zatím se nám to vždy podařilo, aby tím, že my známe jejich životní příběh, který nám přinese rodina, známe jejich biografii, nastudujeme si ji, řekneme si společně, jak ten člověk žil, protože on už nám to sám říct nedokáže. Rodina mu přinese fotografie, hodně nám o něm řeknou, tím pádem, když o tom klientovi hodně víme, tak už víme, jak k němu přistupovat, co mu nabízet, jak se s ním bavit. A klient musí poznat, že jsme tady pro něj, že máme tu trpělivost, lásku, že ho známe a že mu chceme pomáhat. První týden bývá nejobtížnější, kdy je klient nejistý. Protože ví, že není doma, že je někde jinde. Ale v okamžiku,*

kdy pochopí, že jsme tady pro něj, a že se mu snažíme co nejvíc věnovat, tak po měsíci nebo po dvou už si to sedne a cítí se tu dobře. A pak se často stane, že jde s rodinou na procházku nebo na víkend a když se vrací, tak řekne, konečně jsem doma. A myslí tady v Alzheimercentru. A já vždy říkám, že to je to vítězství. Takže to chce prostor, dát mu opravdu čas. Je to o velké trpělivosti, empatii a hlavně je důležité, vědět hodně informací o tom klientovi.“

Tabulka 6 Podíl rodinných příslušníků na péči osob umístěných v Alzheimercentru (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jak se z Vašeho pohledu na péči klientů podílí rodinní příslušníci?**

Pracovník	Odpověď
P1	Rodina se na péči podílí již před tím, než klient nastoupí, podílí se na vybavování pokoje pro klienta, přinesou klientovo oblečení, předají nám životní příběh klienta, v životním příběhu klienta se dozvíme, jak žil, co má rád atd., většina spoluprací s rodinami je výborná, je zde také velká škála návštěv, je zde velká škála akcí, na které rodiny dochází, např. oslava narozenin klienta, berou si klienta domů na víkend, doprovodí ho k lékaři apod., v zařízení není určená žádná návštěvní doba
P2	Rodina je přítomna při jednání se zájemcem, tedy klientem o službu, jelikož klient již není schopen vše říct, chystají klientovi jeho věci, podílí se na zařizování pokoje, dále v průběhu pobytu řešíme s rodinou klienta vše, co je v dané chvíli třeba, zveme rodinu například na oslavy narozenin, celkově jsou tu úžasné rodiny, komunikace s nimi je bezproblémová
P3	Někteří rodinní příslušníci se hodně věnují klientům, často je navštěvují, podílí se například i na krmení, s většinou rodin je dobrá komunikace
P4	Většina rodin se zajímá o své blízké, chodí za nimi, mají neomezené návštěvy, mohou vzít klienty ven, valná většina rodinných příslušníků využívá možnosti navštěvovat klienty

P5	Někteří rodinní příslušníci chodí velmi často, u jiných se rodina nezastavila ještě vůbec, je to individuální, komunikace pracovníků s rodinou musí probíhat na úrovni, někdy je to náročné a někdy zase méně, pracovník v sociálních službách kontaktuje rodinu v případě, že klient potřebuje přinést nové oblečení, koupit věci potřebné na hygienu apod.
----	--

Rodina je důležitým prvkem i v průběhu pobytu nemocného v Alzheimercentru, jelikož ve většině případů péče o klienty v zařízeních institucionální péče navazuje na rodinnou péči. Podíl rodiny na péči klientů pracovníci P1 a P2 charakterizovali jako proces, který začíná již před tím, než klient do zařízení nastoupí. Tito pracovníci rovněž uvedli, na jakých úkonech se konkrétně rodina podílí, zmínili se také o návštěvách, které lze v zařízení vidět často. Na tyto skutečnosti navázali i respondenti P3, P4 a P5. Pracovnice P5 následně uvedla, že jsou zde i případy rodin, které se o své klienty nezajímají a blíže specifikovala, co je jejím cílem v komunikaci s rodinou.

Tabulka 7 Podpora klientů v Alzheimercentru (vlastní výzkum)

Specifická výzkumná otázka: **Jakým způsobem je podle Vás možné podporovat klienty s Alzheimerovou chorobou?**

Pracovník	Odpověď
P1	Udržování u klientů soběstačnosti, to, co klient zvládá sám, má dělat sám, duchovní podpora - do zařízení dochází kněz, podpora ve smyslu běžné komunikace, klienti si chtějí „vylít srdíčko“, dále podpora ve formě aktivizačních metod – muzikoterapie, reminiscenční terapie, canisterapie, hippoterapie, trénink paměti, zapojení do běžných činností - škrábání zeleniny, pečení koláčů apod.,
P2	Důležitá je motivace klientů, vypracuje se individuální plán klienta, ve kterém si společně s klíčovým pracovníkem stanoví, ve kterých činnostech by se chtěl zlepšit, co by chtěl trénovat, dále aktivizace pomocí kognitivních tréninků, muzikoterapie, canisterapie, nácvik chůze, bazální stimulace, pořádání akcí- např. oslavy narozenin, ples, pořádají se výlety do okolí, do cukrárny
P3	Podpora soběstačnosti, aktivizace klientů – nácvik jemné motoriky atd., canisterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie

P4	Aktivizace, kterou vykonávají aktivizační pracovníci - práce s jemnou a hrubou motorikou, kreslení, vnímání hudby, bazální stimulace s cílem uklidnit klienta, orofaciální stimulace, aromaterapie, canisterapie
P5	Terapie, kognitivní cvičení, malování, tvoření, jezdí se do divadla, zachování aktivit běžného života, reminiscenční terapie - např. pomocí předmětů nebo fotografií, jednoduchá fyzická cvičení, pletení atd.

Podporu klientů v zařízeních institucionální péče je možné vnímat z mnoha úhlů pohledu. Respondenti na podporu v jejich zařízení nahlíží především jako na možnost aktivizace. Pracovník P1 přitom uvedl, že je důležitá nejen aktivizace, ale zejména snaha udržovat u klientů soběstačnost, kterou blíže specifikuje jako soubor úkonů, jež souvisí s běžnými denními činnostmi. Na myšlenku soběstačnosti navazuje pracovník P3, u které se zaměřuje na osobní hygienu, kde je cílem, aby si klient například sám dokázal umýt obličej, vyčistit zuby apod. Oba tito respondenti pak uvádí aktivizační přístupy, zmiňují především terapie, které jsou uvedeny v tabulce. O aktivizační přístupy se opírá také respondent P5, což je z uvedené odpovědi patrné. V průběhu rozhovoru se však pracovnice nejvíce rozpovídala o reminiscenční terapii, kterou podle jejích slov ráda při své práci s klienty využívá. Pracovnice P4 při rozhovoru naopak více přiblížila podporu klientů formou bazální stimulace a aromaterapie, jelikož se těmito přístupy zabývá do hloubky a jsou její hlavní pracovní náplní. Podle slov respondenta P2 je určitým druhem podpory motivace, jež může u každého klienta spočívat v něčem jiném. K zjištění, v čem chce být klient motivován, pomůže pracovníkům individuální plán, kde jsou přání klienta zodpovězena. Kromě motivace pracovník P2 zmiňuje kupříkladu aktivity, při kterých se klient sdružuje se svou rodinou.

3.4 Interpretace výsledků

Témata o chorobách týkajících se především seniorského věku bývají často opomíjena. Proto jedním z cílů práce bylo zvýšit povědomí o Alzheimerově chorobě a možností uplatnění podpory a péče těmito osobám. Alzheimerova choroba jako taková sice již není pouhým problémem postihujícím seniorskou populaci, nicméně tato bakalářská práce je zaměřena pouze na seniory trpící touto chorobou. Dalším cílem bylo zjistit, jakým způsobem probíhá právě již zmíněná péče a podpora v zařízeních institucionální péče. Tyto poznatky z praxe by pak mohly sloužit rodinným příslušníkům jako doplňující informační prostředek o systému poskytovaných služeb v případě, že uvažují o institucionální péči pro své příbuzné. Právě proto bylo pro

praktickou část práce vybráno Alzheimercentrum ve Zlíně. Jedná se o pobytovou sociální službu, konkrétně domov se zvláštním režimem. Péče v zařízení je poskytována osobám s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Kapacita zařízení je až 140 klientů. Pobyt klientům v zařízení je umožněn formou dvoulůžkových a jednolůžkových pokojů, které jsou vybaveny podle vkusu a zvyku klientů. Zařízení je situováno v okolí přírody, s výhledem na celé město Zlín. Pobyt je klientům zpříjemňován nejrůznějšími aktivitami, od společenských akcí až po terapie či kosmetické služby. Kontakt rodiny s klientem je v zařízení více než vítán, jsou zde neomezené návštěvní hodiny. Strava je přizpůsobena potřebám klientů a zakládá se na domácí kuchyni. Hlavním cílem zařízení je vytvořit pocit domova a bezpečí (Alzheimercentrum, 2019, online).

Pro výzkumné šetření byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Otázky, které byly formulovány a následně pokládány pracovníkům, měly za cíl zjistit, jakým způsobem v zařízení funguje péče a podpora. Na základně získaných dat byly vytvořeny tabulky, ve kterých jsou zaznamenány klíčové informace, odpovídající na jednotlivě položené otázky. Následně byly tabulky doplněny komentáři, které se zaměřují na souhrn rozebírané problematiky. Ve výsledku lze konstatovat, že se podařilo získat použitelná data, která se soustředí přímo na dané téma a neodbíhají od něj.

Specifické výzkumné otázky jsou, jak bylo již výše popsáno, rozebrány v tabulkách. Zbývá tedy zamyslet se nad tím, zda se podařilo sesbírat data tím způsobem, aby došlo k nasycení odpovědí na základní výzkumnou otázku, která byla styčným bodem výzkumného šetření. Tato otázka zněla následovně: **„Jakým způsobem je uplatňována institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?“** Nahlédneme-li zpět do interpretace získaných dat, tak lze zhodnotit, že se na tuto otázku podařilo v zásadě dobře odpovědět. Péče byla z pohledu pracovníků široce popsána, v mnoha případech nenahlíželi na problém pouze ze své pracovní pozice, ale snažili se situaci popsat celoplošně. Klientům je v zařízení poskytována přímá péče, která však dbá na to, aby se u klientů dodržovala soběstačnost. Jedná se hlavně o ty činnosti, které alespoň z části zvládnou vykonávat sami. Ať už se jedná o osobní hygienu, nebo o aktivity běžného dne. Součástí péče jsou mimo jiné i zdravotnické služby, které zahrnují například podávání léků či převazy ran, a jsou zabezpečovány odborníky z řad zdravotních sester. Další variantou péče jsou aktivizační činnosti, které mají za úkol u klientů udržovat aktivitu, dobrou náladu a motivaci. K tomuto se využívá i různých druhů terapií, od expresivních až po zvířecí terapie. Aby mohla péče probíhat dobře a kvalitně, měl by být tým pracovníků tvořen odborníky, kteří jsou vybaveni určitými osobnostními předpoklady. Proto byla součástí výzkumného šetření také otázka nahlížející na

klíčové charakterové vlastnosti pracovníka v zařízení institucionální péče. Kromě kvalifikovaných odborníků, je důležitým faktorem pro kvalitní péči dobrá adaptace klienta na prostředí. Jakým způsobem tato adaptace probíhá, se máme možnost dozvědět ve výzkumném šetření a tabulce věnované právě této problematice. Velký vliv na zdravotní a psychický stav pacienta může mít zájem rodiny. Jelikož často institucionální péče navazuje na rodinnou péči, je ve výzkumu rozebírán podíl rodiny na péči klientů umístěných v Alzheimercentru. Poslední rozebíranou částí ve výzkumu je koncept podpory. Z odpovědí pracovníků lze zaznamenat jisté propojení podpory a péče, což tak v praxi skutečně funguje. Cílem zařízení Alzheimercentra není o klienty pouze pečovat, ale především je podporovat. Příkladem může být třeba komunikace. Člověk, který není schopen verbálně komunikovat, může při muzikoterapii začít reagovat, pobrukovat si a podobně.

Na závěr je důležité konstatovat, že při poskytování péče a podpory je nutné přistupovat ke klientům s respektem a láskou.

Závěr

Tato bakalářská práce měla za cíl přinést teoretické i praktické poznatky o problematice Alzheimerovy choroby, konkrétně pak o péči a podpoře poskytované klientům trpícím tímto onemocněním. Práce byla dále zaměřena pouze na klienty seniorského věku. V první kapitole teoretické části jsou zpracovány informace, týkající se Alzheimerovy choroby, její historie, stručné charakteristiky a faktorů, které vznik nemoci ovlivňují. Alzheimerova choroba způsobuje syndrom demence. Vzhledem k této skutečnosti byla demence v teoretické části práce uvedena, a bylo specifikováno jedno z jejích možných členění. Dále byla vymezena diagnostika Alzheimerovy choroby a diagnostická kritéria, která byla zaznamenána v tabulce. Druhá kapitola byla věnována již zmiňované péči a podpoře. Péče byla pro lepší přehlednost rozdělena na péči poskytovanou prostřednictvím sociálních a zdravotnických služeb. Byly zde popsány ty služby, které jsou pro osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence nezbytné, a zároveň v České republice dostupné. Institucionální péče však není jedinou alternativou, proto v této části nalezneme také popis rodinné péče. Na podporu bylo možné nahlížet z více stran, nicméně pozornost byla v tomto případě zaměřena především na expresivní přístupy, animoterapie a bazální stimulaci.

Pro zpracování praktické části práce bylo vybráno institucionální zařízení Alzheimercentrum Zlín. Výzkumného šetření se zúčastnili pracovníci uvedeného centra, kteří odpovídali na otázky kladené formou polostrukturovaného rozhovoru. Celkem se výzkumu zúčastnilo 5 respondentů, jejichž odpovědi byly zaznamenávány pomocí nahrávek na diktafon. Otázky byly formulovány tím způsobem, aby korespondovaly s tématem bakalářské práce, přinesly poznatky z praxe a aby naplnily cíle, které byly v rámci kvalitativního výzkumného šetření stanoveny. Výsledky výzkumu byly zaznamenány do přehledných tabulek a následně okomentovány. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem funguje péče a podpora v zařízení institucionální péče očima pracovníků, zaměřená pouze na osoby s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Proto bylo dobrou volbou oslovit Alzheimercentrum Zlín, jelikož tuto podmínku splňuje. Bylo tedy stanoveno 7 specifických výzkumných otázek, které se týkaly uvedeného tématu. Jednotliví pracovníci se v zásadě ve svých odpovědích shodovali, místy bylo možné pozorovat, že je odpověď částečně fixována na specifickou pracovní pozici respondenta, kterou v zařízení vykonává. To lze považovat za kladný faktor, jelikož cílem šetření bylo získat pro rozhovor respondenty s různými pracovními kvalifikacemi. Pouze ve dvou případech došlo ke střetu stejných pracovních pozic, nicméně se to na výsledku nijak neprojeвило, jelikož každý z respondentů odpovídal odlišným způsobem. Jak bylo již uvedeno,

většina odpovědí se svými myšlenkami shodovala. To ukazuje na fakt, že pracovníci Alzheimercentra mají stejný cíl, a to sice poskytovat klientům kvalitní péči, a především je podporovat ve všech možných oblastech. Z výsledků šetření je rovněž možné upozorovat týmovou práci Alzheimercentra a propojenost jednotlivých sfér péče a podpory.

Tato práce, a především její praktická část, může posloužit všem rodinným příslušníkům pečujícím o blízkého s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, jako materiál, do kterého mohou nahlédnout, pokud uvažují o umístění blízké osoby do zařízení institucionální péče. Rodinná péče je totiž velmi náročná, především psychicky, a zasahuje všechny oblasti osobního života. Pečující rodinní příslušníci často pocítují osobní selhání v případě, že o institucionální péči začínají uvažovat, nebo pokud již péči o blízkého nezvládají. Proto je důležité jim ukázat, že cílem Alzheimercentra ve Zlíně není pouze nechat pacienta dožít, ale umožnit mu život plnohodnotně prožívat.

Seznam použité literatury a pramenů

- BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Vyd. 2. Přeložil Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-500-4.
- BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.
- CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- CINGROŠOVÁ, Klára a Klára DVOŘÁKOVÁ. *Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0703-0.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3828-7.
- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Martina a Martin LEČBYCH, ed. *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4599-1.
- GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

- HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Legislativa

Zákon č. 108/ 2006 Sb. O sociálních službách

Zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách

Elektronické zdroje

ALZHEIMERCENTRUM. *Alzheimercentrum pobočka Zlín* [online]. Alzheimercentrum, © 2009-2019 [cit. 2019-05-04]. Dostupné

z: <https://www.alzheimercentrum.cz/pobočka/zlin.html>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Pro rodinné pečující. *Jak naplánovat denní aktivitu* [online]. Praha: ČALS, © 2015 [cit. 2019-07-04]. Dostupné

z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-naplanovat-denni-aktivitu/>

FRANKOVÁ Vanda. *Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby*. Interní medicína [online].

Dobřany: Psychiatrická nemocnice, © 2016, č. 18(2) [cit. 2019-25-03]. ISSN: 1803-

5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>

JIRÁK Roman. *Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby*. Neurologie pro praxi [online].

Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK, © 2008, č. 9(4) [cit. 2019-11-03]. ISSN: 1803-5280

Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/04/10.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální práce a sociální služby* [online].

Praha: MPSV, © 2017 [cit. 2019-22-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

PALIATIVNÍ MEDICÍNA. *Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence* [online].

Praha: ČALS, © 2013 [cit. 2019-29-03]. Dostupné

z: https://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/pa_ia_klasifikace_cals_srpen_2013.pdf

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách* [online]. © 2010- 2019

[cit. 2019-25-02]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 372/ 2011 Sb., O zdravotních službách*. [online]. © 2010-

2019 [cit. 2019-27-02]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam zkratek

ACH.....	Alzheimerova choroba
CNS.....	Centrální nervová soustava
DSM- IV.....	Diagnostic and Statistical Manual, 4. revize
DSM-5.....	Diagnostic and Stastiscial Manual of Mental Disorders, 5. revize
FTD.....	Frontotemporální demence
MID.....	Multiinfarktová demence
MMSE.....	Mini Mental State Examination
NINCS- ADRDA.....	National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s disease and Related Disorders
OECD.....	Long-term Care for Older People

Seznam tabulek

Teoretická část:

Tabulka 1 Diagnostická kritéria

Tabulka 2 Stupně závislosti

Praktická část:

Tabulka 1 Pracovní pozice respondentů

Tabulka 2 Vzdělání respondentů

Tabulka 3 Péče poskytovaná pacientům s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru

Tabulka 4 Důležité charakterové vlastnosti pracovníka pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou

Tabulka 5 Adaptace klientů na prostředí Alzheimercentra

Tabulka 6 Podíl rodinných příslušníků na péči osob umístěných v Alzheimercentru

Tabulka 7 Podpora klientů v Alzheimercentru

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o povolení sběru dat

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1

Vážená paní

Ing. Helena Nováková

Ředitelka zařízení

Alzheimer centrum Zlín

Růmy 1393, 760 01 Zlín

Věc: žádost o povolení sběru dat k výzkumnému projektu do bakalářské práce v Alzheimer centru Zlín z.ú.

Vážená paní ředitelko,

Chtěla bych Vás požádat o povolení k výzkumnému šetření u pracovníků ve výše vyjmenovaném zařízení v rámci mé bakalářské práce.

Cílem práce je zmapovat proces podpory a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení z pohledu pracovníků.

Svou práci vykonávám pod vedením Mgr. Hany Karunové, Ph.D., na ústavu speciálně pedagogických studií PdF UP v Olomouci.

Výzkumné šetření bude prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru.

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky šetření.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Michaela Strnadová

Studentka 3. ročníku PdF UP v Olomouci

Kontaktní adresa

Michaela Strnadová

Lúčky 332, 687 34 Újezdec u Luhačovic

Vyjádření k žádosti:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko.....

22. 8. 2019

Alzheimercentrum Zlín z.ú.
Růmy 1393
760 01 Zlín
IČO 034 61 891

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas se týká bakalářské práce na téma „Pojetí systému podpory a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu speciální pedagogiky“.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě rozhovoru.

Jméno:

Datum narození:

- 1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve výzkumu.**
- 2. Jsem si plně vědom/a, že výzkum, který je prováděn, je výzkumnou činností. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli výzkumu, o jeho postupech a o tom, co se ode mě očekává.**
- 3. Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv přerušit nebo odstoupit.**
- 4. Při zařazení do výzkumu bude kladen důraz na mou anonymitu. V prepisech rozhovorů budou odstraněny veškeré, tudíž i potencionální identifikační údaje.**
- 5. Souhlasím s tím, že mé jméno se nevyskytne v referátech o tomto výzkumu. Já naopak nebudu proti použití výsledků z tohoto výzkumu.**
- 6. Výzkumnice bere v potaz mlčenlivost, která se týká mých osobních údajů.**
- 7. Jakmile dojde k přepsání rozhovoru, budu mít možnost se k uvedenému textu vyjádřit.**

Děkuji za Váš čas a pozornost, kterou jste věnoval/a výše uvedeným informacím.

Za účelem výzkumu souhlasím s poskytnutím rozhovoru Michaele Strnadové.

Podpis účastníka:

Podpis průzkumnice:

Datum:

Polostrukturovaný rozhovor

SVO. č. 1. Jakou zde máte pracovní pozici?

P1: „Jsem ředitelka tohoto zařízení.“

P2: „Pracuji tady jako sociální pracovník.“

P3: „Já tady pracuji na pozici všeobecné zdravotní sestry.“

P4: „Dělám tady všeobecnou zdravotní sestru, ale momentálně mi nabídli takovou speciální pozici, dělám u klientů bazální stimulaci.“

P5: „Já jsem pracovník v sociálních službách, to znamená, že jsem pečovatelka a mojí prací je pomáhat klientům s hygienou, anebo ji celkově udělat u klientů, kteří už nemůžou.“

SVO. č. 2. Jaké je vaše vzdělání?

P1: „Já jsem původně všeobecná zdravotní sestra, takže se seniory pracuji prakticky celý život, už 30 let. Dřív jsem pracovala na pozici vrchní sestry no a pak se to nějak vyprofilovalo studií, praxí a vlastně jsem začínala v tomto zařízení, které bylo otevřeno před pěti lety, takže jsem tu od začátku. Přišla jsem sem jako zdravotní sestra a po třech měsících jsem přešla na pozici ředitelky zařízení. Takže zkušenost se seniory mám, mám v tom i nějaké vzdělání, vystudovala jsem zdravotní sestru a management a ekonomii.“

P2: „Mám vystudovanou vysokou školu, obor sociální pedagogika.“

P3: „Jsem diplomovaná zdravotní sestra, takže jsem chodila na vyšší zdravotnickou školu.“

P4: „Bakalářské, všeobecná sestra.“

P5: „Já mám vystudovanou střední odbornou školu ekologie a životního prostředí a pak jsem byla chvíli na jazykovce a v rodině se stala událost, kdy jsem se setkala s rodinným příslušníkem, který měl přímo Alzheimerovu chorobu, nebo ne přímo Alzheimerovu chorobu, ale nějaký typ demence a tak mě to ovlivnilo, že jsem si našla tuhle práci.“

SVO. č. 3. Jak je z Vašeho pohledu poskytována péče pacientům s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?

P1: „Já myslím, že škála té péče u nás je velmi pestrá, my se opravdu zaměřujeme na to, abychom posílili soběstačnost toho klienta anebo abychom ji alespoň udrželi. Ti naši klienti, oni se nenaučí nikdy už nic nového, takže našim cílem je co ještě zvládají, ať už je to jenom jednoduchá věc jako je umýt si obličej, učesat se, obléct si něco nebo aspoň část oblečení, tak abychom jim zachovali. Protože v okamžiku, kdy za ně tyto věci začneme dělat, tak oni to

zapomenou, za týden, za čtrnáct dní a už se nikdy k té činnosti nevrátí. Takže už jenom to, že si sami vezmou lžičku a začnou jíst třeba jídlo, je hrozně důležité, protože v okamžiku, kdy tento pohyb oni vynechají a začali bychom jim to jídlo podávat, tak už je musíme krmit jako napořád. Už to nezvládnou. No a kromě této soběstačnosti, kterou chceme udržovat, jsou to právě ty aktivity, jejichž cílem je jaksi trénovat rozumové schopnosti, protože u našich klientů dochází ke ztrátě krátkodobé paměti. Dlouhodobá, ta je zachovaná téměř až do smrti, ale krátkodobá mizí, takže my vycházíme z drah dlouhodobé paměti a známe biografii našich klientů, známe životopisy, takže my víme, co měli rádi, co je pro ně příjemné, kde pracovali, jaké měli koníčky a na to se snažíme navazovat nějakým způsobem v těch aktivitách.“

Můžu se zeptat, co je náplní vaší práce?

„Já musím zajistit celý chod toho zařízení. Je to od provozu, aby to tady fungovalo, aby tady bylo teplo, aby tady bylo jídlo, aby tady bylo uklizeno. A pak je to zajištění personálu, takže udělat nějaký multidisciplinární tým toho zařízení ve všech složkách. To znamená zdravotníky, pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky, koordinátory přímé péče a já jsem člověk, který chodí na hlášení, jsem přítomná té běžné denní praxe, takže znám chod toho zařízení, zajímám se o něj a snažím se, aby jednotlivé ty složky těch týmů mezi sebou spolupracovaly, protože toto je týmové pracoviště, tady individualista nemá nějak šanci, ale tady navzájem ty týmy o sobě musí vědět, musí si předávat informace a spolupracovat velmi úzce spolu. No a pak se musím zajímat o to, abych měla naplněné zařízení, protože klienti jsou pro nás důležití, takže nějaká propagace toho zařízení. Dále aby se tady hlavně klienti cítili dobře a jejich rodiny, protože ono je to takové propojené. Klient, rodina a personál. Když to funguje, tak pak to klapne dobře.“

P2: „V podstatě jako o běžné seniory. Je potřeba jim poskytnout, podle stavu, v jakém tom stavu nemoc je momentálně. Takže někteří potřebují jenom třeba slovní dopomoc při běžných úkonech, někteří už potřebují i fyzicky pomoci, potřebují pomoci s oblečením, podáním stravy, s hygienou. V podstatě klienti s Alzheimerovou chorobou si nějak nedokáží vyplnit vlastní volný čas, takže s nimi děláme i nějaké různé aktivizace, ať už je to kognitivní trénink, nebo různé tvoření, chodí nám sem paní s pejsky na canisterapii, máme tady muzikoterapii. Co se týká přímé péče, tak tam je to opravdu pomoc s hygienou, pomoc při oblékání, orientace, protože netrefí třeba do pokoje, na jídelnu, přesadit na vozík, protože už jsou třeba imobilní. Nebo teď tady třeba máme i rehabilitace, tak pomáháme třeba i do vysokého chodítka, aby se rozhodli.“

A co je konkrétně náplní vaší práce?

„Náplní mojí práce je jednání se zájemci, eviduji žádosti o přijetí, hodně komunikuji s rodinami, když je potřeba něco vyřídit.

P3: „Takže ta péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je tady poskytována od nás, říkáme si modří, jsme zdravotníci. Po té zdravotní stránce zabezpečujeme, aby dostali léky, aby měli udělané převazy a tak dále. Potom je tu přímá péče, což jsou pečovatelé, takže zajišťují oblast hygieny, krmení, hydratace. Potom tu máme aktivizační pracovníky, ti se zase starají o to, aby ti klienti byli dobře zaktivizovaní, různě s nimi tvoří, vymýšlí jim program a také se zapojují i do krmení.“

P4: „Tak tady je to soukromé zařízení, takže je to zařízení se zvláštním režimem. Je tu poskytovaná péče, která je řekla bych nadstandartní. Klienty je potřeba hodně aktivizovat, takže jsou tu nabízeny různé aktivizace jak dopoledne, tak odpoledne. Různé programy se pro ně dělají. Není to přímo nemocniční péče, ale je to hlavně s ohledem na ty klienty, s respektem, s úctou, nezatěžovat je různými výkony, které by je více trápily. Spíš se tady snažíme zajistit kvalitní a důstojnou péči. Já dělám konkrétně bazální stimulaci u klientů. Je to stimulace, která pomocí doteků umožňuje těm klientům vnímat všemi smysly. Jak zrakové, čichové. Je jich spousta druhů. Vlastně umožňuje klientům i rozeznávat ten den komplexně, jak se na ten den dívat, pomocí těch smyslů jim ho zpříjemnit. Samozřejmě se to odvíjí od zdravotního stavu klienta. Máme třeba zklidňující stimulace, kdy ti klienti jsou třeba nervózní, nebo agresivní, nebo se něčeho bojí. A to je stimulace, která pomocí doteků umožní, že oni se zklidní, pozitivněji se naladí. Používáme k tomu různé pomůcky, aromaterapii, muzikoterapii, která je také velkým přínosem pro vnímání tady těch okolních podnětů. Je to šité na míru, snažíme se s druhou sestřičkou jim to šít na míru, například pouštět muziku, kterou mají rádi. Všechno tady to ovlivňuje vnímání toho člověka. Lidí s demencí na všechno tohle velmi dobře reagují.“

P5: „Tak naším cílem je zachování u klientů soběstačnosti. Takže klienti, kteří jsou mobilní, dokážou se hýbat, tak se snažíme, aby ještě zvládali si třeba umýt obličej. Pak se snažíme s nimi procvičovat paměť, ale to už z mého pohledu nemá moc velké výsledky. Pak různé kognitivní cvičení. Procvičujeme prsty, ať se dokážou ještě třeba sami najíst, to dělá strašně moc. Holky tady dělají bazální stimulaci, to je vlastně uvědomování si vlastního těla. A tady je to vlastně tak pořád všechno dokola, protože s klienty většinou každé ráno začínám stejně. Ale u některých klientů jdou vidět velké pokroky. S hygienou je to tak, když to řeknu laicky, od hlavy až k patě. Přes umytí zubů, umytí obličeje, rukou, oblékání, učešání vlasů. To je pro ně strašně důležité, strašně rádi se češou. A plus ještě dopomocť jim s jídlem, některým částečně, některým úplně. Dopomocť s chůzí, orientací tady po budově. Bývají často zmatení,

obzvláště teď, když je to tady nové. Oni se vždy naučí nějakou trasu, a když se jim něco změní, tak je to pro ně těžké.

SVO č. 4. Jaká je podle Vás klíčová charakterová vlastnost pracovníka pro práci s klienty s Alzheimerovou chorobou?

P1: „Musí to být kladný vztah k seniorům. Je to velká trpělivost a obrovská empatie, to si myslím, že je úplný základ. A pak samozřejmě nějaké odborné vzdělání podle pozice, kterou děláte. Ale tato práce je opravdu o trpělivosti, empatii, a vztahu k seniorům, protože tady je důležitý třeba kontakt s těmi lidmi, nebát se jich dotknout, obejmout, vzít za ruku, pohladit. To je úplně nezbytné, bez toho to nejde.

Je tedy podle Vás důležité vytvořit si vztah pracovníka s klientem?

„Ten vztah je nesmírně důležitý, protože naši klienti poznají, kdo je na službě. Takže tady to už vychází z toho, jaký má ten personál tón hlasu, způsob komunikace. Jestli je pozitivně naladěný nebo není, jestli je do něčeho tlačí, anebo je doprovází k té péči přirozeně. Neexistují tady nějaké zakazy, musíš, nesmíš. Klienti to prostě nemají rádi a byli by agitovaní. Takže je to takové nenápadné doprovázení, a když je chceme už někam dostat, tak to nejde formu příkazů nebo nějakých zakazů. My se tady učíme nejrůznější techniky, používáme bazální stimulaci, učíme se validaci. Takže to je třeba způsob komunikace s našimi klienty. Myslím, že to má velkou budoucnost, která by mohla fungovat úplně skvěle, ale je to na delší dobu.

P2: „Určitě by se měl umět pracovník vcítit do toho člověka s demencí, protože je to opravdu specifická skupina klientů, a je dobré vědět, jaké jsou projevy demence, protože spousta věcí je opravdu projevem té nemoci a ne toho, že by ten člověk třeba nechtěl. A to ten pracovník musí umět pochopit a vyhodnotit si to. Takže určitě nějaká ta empatie a trpělivost.

A myslíte si, že je důležité vytvořit si vztah s klientem?

„Určitě by si měli důvěřovat. Ten klient by měl mít k pracovníkovi důvěru, neměl by se ho bát.“

P3: „Já si myslím, že je tady u nás důležitá velká trpělivost a hodně empatie. Měli bychom si s klienty vytvořit určitý vztah, myslím si, že potom klient tomu pracovníkovi věří.

A jak je to z vašeho pohledu zdravotní sestry?

„Myslím si, že tady ta důvěra je obzvláště důležitá, vzhledem k tomu, že jim podáváme léky a podobně.“

P4: „Tak samozřejmě to musí být empatie, ta určitě. Ta je asi nejdůležitější u těchto lidí, vcítit se do nich, protože lidé s demencí mají deprese a podle toho, když se do nich vcítíme, tak víme, co je trápí. Pak si myslím, že je to samozřejmě trpělivost. V klidu s klientem komunikovat, to je také důležité. A potom bych řekla, že je důležité, aby tady měli takové

rodinné zázemí, nemůžeme to nahradit, ale aby se tady cítili dobře. A poslední je určitě dobrá organizace práce a odbornost.“

Myslíte si, že je dobré vytvořit si vztah klient- pracovník?

„Určitě, ale ne moc, aby se ten klient potom nefixoval. U toho pracovníka to musí být z profesionálního hlediska. Takže vztah klienta a pracovníka je důležitý, ale na takové střední úrovni, aby to nebylo moc přehnané. Samozřejmě někdy rádi při přilneme ke klientům, jsou to takové naše zlatíčka. Hlavně, aby si klienti nevytvořili silný vztah, my jako pracovníci se s tím nějak vyrovnáme, ale klienti to mají horší. A také bychom neměli nikoho upřednostňovat. My to tady máme určitě profesionální. Vztah s klientem máme, je tam určitě nějaká pěkná úroveň, ale spíše je to na profesionální úrovni.

P5: „Z mého pohledu je to obrovská trpělivost, protože je to někdy vážně náročné. Třeba když se snažíte v klientovi uchovat soběstačnost a snažíte se, aby třeba jen uchopil kartáček na zuby a vyčistil si zuby, tak je to někdy zdlouhavé. Dále schopnost vcítit se do toho člověka, empatie. Schopnost komunikovat a vytušit, co ten klient momentálně potřebuje a to je vcítění. Třeba když se bojí, tak nejít na něj nějak moc zhurta. A mít tu práci rád, to prostě v sobě musíte cítit.“

Co se týče vztahu klienta s pracovníkem, myslíte si, že je důležité si ho vytvořit?

„Ono nic nesmí zajít moc daleko. Klienti umírají, a když si pracovník vytvoří hlubší vztah, tak je to samozřejmě pro něho těžší. Ale zase neříkám, že je dobré nemít vůbec žádný vztah. Já mám klienty ráda, ale na takové té profesní úrovni. Že to prostě nepřesahuje do té osobní roviny. Když odejdu z práce, tak se dveře zavřou a neberu si tu práci domů.“

SVO č. 5. Jaká je dle Vašeho názoru adaptace klienta na prostředí vašeho zařízení?

P1: „Tak u každého klienta probíhá adaptační fáze. Bývá minimálně jeden, dva, až tři měsíce. Samozřejmě pro každého klienta je náročné se zadaptovat na nové prostředí. Jsou to lidé, kteří právě vycházejí z té dlouhodobé paměti, takže oni mají zafixovaný ten svůj domov, ve kterém žili 80 let a ta změna je pro ně těžká. Ale tím, že my známe jejich životní příběh, který nám přinese rodina, známe jejich biografii, nastudujeme si ji, řekneme si společně, jak ten člověk žil, tak víme, jak k němu přistupovat. Rodina mu donese fotografie, hodně nám o něm řeknou, tím pádem, když o tom klientovi hodně víme, tak už víme, co mu nabízet, jak se s ním bavit. A klient musí poznat, že my jsme tady pro něj, že máme tu trpělivost, lásku, že ho známe a že mu chceme pomáhat. První týden bývá takový nejobtížnější, kdy on je takový nejistý. Protože ví, že není doma, je někde jinde. Ale v okamžiku, kdy pochopí, že my jsme tady pro něj, a že se mu snažíme co nejvíc věnovat, tak většinou po měsíci nebo po dvou už si

to sedne a cítí se tu dobře. A pak se často stane, že jde s rodinou na procházku, nebo na víkend, a když se vrací, tak řekne, konečně už jsem doma. A myslí tady a já vždycky říkám, že to je to vítězství, že tady už se cítí doma. Takže to chce prostor, dát mu opravdu čas, je to o velké trpělivosti, empatii a hlavně je důležité vědět hodně informací o klientovi.

P2: „Je to různé, podle toho, z jakého prostředí klient přichází. Pokud třeba přichází z nemocnice, kde už byl 3 měsíce třeba, tak tam je ta adaptace snazší. Protože už v nějakém zařízení byl, už si zvykl na to, že kolem něj není jen ta rodina, ale že se kolem něj střídají pracovníci, že je tam nějaký režim toho dne. Kdežto když přijde klient z domu, tak je zvyklý, že má kolem sebe třeba jen dceru, manželku, jednu osobu, se kterou je 24 hodin. Ta adaptace je potom náročnější. Většinou třeba do 14 dní proběhne taková ta první adaptace, že si zvykne, že je v jiném prostředí, už se trošku i zorientuje, kde je toaleta a podobně.“

P3: „Já si myslím, že je to individuální, u každého klienta je to různé. Někteří se zadaptují rychle, nemůžu říct, že je to nějak stejné u všech klientů. Někdy to probíhá hůř, někdy ten klient může být až agresivní. Hlavně ten první, druhý den, když přijde, tak se nám pak často stává, že ti klienti se jdou obléct a chtějí jít domů, a tak je to někdy těžké. Ale pak postupem času víme, že se to zlepší, až se ti lidi fakt zadaptují.“

Jakým způsobem reagují klienti v adaptační fázi na Vás jako na zdravotní sestru?

„Někdy je potřeba s nimi dlouze smlouvat, ale dá se s nimi domluvit. Myslím si, že v tomto ohledu není problém, že by ty léky nechťeli nebo tak. Když jsou zvyklí brát léky, tak si je vezmou většinou i od nás.“

P4: „Tak ze začátku je ta adaptace těžší, to je asi u všech klientů, což je srozumitelné, protože přijdou z domácího prostředí sem. Tím, že mají tu demenci, tak tomu neporozumí, je to pro ně složitější. Ale myslím si, že tady v zařízení se snažíme ze začátku přizpůsobit klientovi tu adaptaci, aby mu tady bylo co nejlíp. Děláme tady pro to maximum. Určitě ty začátky jsou pro něho těžší, ale myslím si, že ty začátky pro klienta nejsou tak dlouhé, například oproti nemocnici. Když to porovnám, tak tam je ta adaptace určitě delší, protože tam na ty pacienty prostě není tolik času. Tady trvá adaptace týden, dva, pro někoho měsíc, každý je jiný. Ale není to tak, že by to bylo nějak dlouho, určitě jsme tady na to zaměřeni, takže se snažíme, aby ten klient trpěl co nejméně. Snažíme se, aby klient neměl příliš moc léků. Každý má také svůj pokoj, snažíme se, aby tam měl své obrázky, aby pro něj byla ta adaptace co nejpříjemnější.“

P5: „To je případ od případu. Někteří klienti, když přijdou, tak jsou hned v pohodě. Že nijak nebloudí, neptají se, zapadnou do toho našeho rytmu. To jsou spíš klienti, kteří přijdou třeba z nemocnice, už mají takový rytmus a do našeho prostředí zapadnou. Potom jsou klienti, kteří si ještě částečně uvědomují, že změnili prostředí a chtějí jít domů, nechťejí být tady. Ale

oni si zvyknou. Někteří potřebují víc času, třeba týden, dva. Někým to třeba trvá i půl roku. To fakt záleží případ od případu. Někdy to trvá opravdu i kolem toho půl roku. U klientky, které to trvalo déle si myslím, že byla nějaká špatná komunikace s rodinou. Že jí řekli, že tady bude třeba jenom na pár týdnů a přitom tady už bude napořád. Takže klientka si myslí, že neustále půjde domů. Tím pádem je pro ni ta adaptace strašná.“

SVO č. 6. Jak se z Vašeho pohledu na péči klientů podílí rodinní příslušníci?

P1: „Tak ti se na tom podílí už před tím, než klient nastoupí. My chceme, aby přinesli věci, které klient na tom pokoji bude mít, jak to tam bude vypadat, protože klient už to většinou nedokáže říct. Ta rozumová složka už tam nefunguje. Takže se podílí na výbavě pokoje. Dále přinesou oblečení. Naši klienti chodí ve svých šatech, v tom co jsou zvyklí, co mají rádi. Předají nám životní příběh klienta. Je důležité, aby nám ho dali ještě před tím, než klient nastoupí, nejpozději den před nástupem klienta. Tam se dozvíme, kde se narodil, jak žil, jaké měl dětství, jaké měl mládí, kde pracoval, jaké měl koníčky, jak je to s ním teď v tom seniorském věku a jaký si přeje závěr života. Třeba jakou formou chce být pochovaný, když zemře. I tyto věci nás zajímají, protože i toto jednou přijde. Takže tato spolupráce je výborná s většinou našich rodin. Když se jim do toho nechce, tak my je přesvědčíme, protože je to pro klienta podstatné. No a pak naše rodiny velmi často dochází za našimi klienty. Je tady velká škála návštěv. To je moc hezké pozorovat, protože ty rodiny si uvědomují, že dokud je ti rodiče nebo blízcí poznají, tak to má smysl. A když chodí pravidelně, tak oni je skutečně poznají. Třeba už si nepamatují jméno, ale ví, že to je dcera nebo syn. No a děje se tady i velká škála společných akcí, kdy rodiny na tyto akce přicházejí a jsou tady s námi a jsou rádi, že to tak může být. Zapojí se třeba do narozenin. My tady společně slavíme narozeniny. Jsou na to zvány i rodiny, máme na to uzpůsobenou velkou místnost, uděláme takový raut, oslavíme to společně. Protože klient už nemůže odjet domů, třeba by už tu cestu nezvládl, takže to mohou spolu oslavit tady. Pak s námi spolupracují i v případě, pokud je potřeba zajet na vyšetření. No a někdy si berou klienta na víkend, na svátky nebo jen na jeden den. Není tady žádná daná návštěvní doba, takže lidi můžou přijít kdykoliv.

P2: „Určitě rodina může být přítomna při jednání se zájemcem, protože třeba klient už není úplně schopen všechno říct. Potom třeba když už domlouváme příjem, tak je potřeba všechno nachystat, veškeré oblečení, vyřídit nějaké zdravotní věci, zařídit pokoj, přinést obrázky, nějakou skříňku, cokoli, aby to tam měl pěkné. Takže to je třeba před přijetím. A potom v průběhu toho pobytu klienta tady řešíme s rodinou cokoli je potřeba. Teď máme třeba oslavy narozenin, tak zveme rodinné příslušníky. Ti donesou koláčky, upečou dort. Nebo

když je potřeba nějaké oblečení. Včera jsme měli ples, tak sem všechny rodiny nosili klientkám šaty. Většinou je fakt ta komunikace s rodinami bezproblémová. Jsou tady úžasné rodiny“

P3: „Já si myslím, že někteří rodinní příslušníci se fakt hodně věnují klientům, že je fakt často navštěvují, kolikrát i přijdou a klienta nakrmí. Myslím si, že s většinou rodin je i dobrá komunikace.“

P4: „Já moc rodinnými příslušníky nejsem v kontaktu, ale co tak sleduju, tak většina příslušníků se zajímá o ty svoje blízké, chodí za nimi. Samozřejmě příslušníci mají neomezené návštěvy, mají možný přístup k čemukoliv, můžou si ty klienty vzít ven. Z naší strany není problém, určitě jeví velké zájmy o příbuzné. Nemůžu říct, že ne, oproti nemocnici je to opravdu sto a jedna. Já to takhle spíše porovnávám. Jde to vidět i na těch klientech, že jsou šťastní, spokojení. Ten přístup je tu umožněn a oni to také využijí naplno. Neříkám, že všichni, ale valná většina jo.

P5: „Záleží rodina od rodiny, klient od klienta. Ale, za sebe můžu říct, že jsem někdy příjemně překvapena, kolik se jich tady sejde a jak často sem někteří rodinní příslušníci chodí. Ale zase jsou tady případy, kdy jsem u některého klienta ještě tu rodinu neviděla. A to už jsem tady čtvrtý rok. Což mi přijde takové smutné. Ale jinak komunikace s rodinou je někdy složitá, někdy méně složitá, ale snažíme se, aby tam byla. Aby byla taková na úrovni a v pořádku. Já jako pracovník v sociálních službách rodinu kontaktuju, když třeba klient nemá vhodné oblečení nebo mu chybí hygiena a podobně. Potom se nás rodina hodně ptá, někdy se až diví, že třeba maminka dělá různé věci, které nikdy nedělala, a chtějí vědět, proč to dělá. Nedokážou si připustit si, že maminka dělá určité věci, které by od ní nikdy nečekali.“

SVO č. 7 Jakým způsobem je podle Vás možné podporovat klienty s Alzheimerovou chorobou?

P1: „Tak určitě je to v tom, abychom udržovali jejich soběstačnost. To je důležitá podpora pro naše klienty. Takže personál je pořád edukován, aby to, co klient zvládá sám, dělal sám. Když si zvládne nalít čaj, aby si ho nalil. Když si zvládne nachystat ubrousek, aby si ho nachystal. Takže je to podpora soběstačnosti úplně ve všech oblastech. Pak samozřejmě se snažíme je podporovat duchovně, dochází sem kněz. Takže tady mají pravidelně bohoslužbu, mají možnost přijímání svátostí. Takže i duchovně je podporujeme. No a často potřebují takovou běžnou komunikaci, potřebují si vylít to srdíčko. Když jsou schopní ještě verbálně komunikovat, tak třeba chtějí říct, co je trápí, po čem se jim stýská. Máme tady velkou škálu terapií. Využíváme reminiscenční terapii, máme tady muzikoterapie, canisterapii, terapii s poníkem, máme tady dva králíky, andulky. Pak jsou to kognitivní tréninky, trénink paměti,

kreativní činnosti, tancování v rámci muzikoterapie. No a pak jsou to takové běžné věci, kdy oni se zapojují do běžných činností jako je třeba škrábání zeleniny, nebo chystají něco do kuchyně. To mají velice rádi, protože to znali, to doma běžně dělali. Nebo teď je před Velikonocemi, kdy pletou tatary nebo barví vajíčka. Někdy se dělají věci z keramiky, něco hezkého. Včera jsme měli ples pro klienty, tak pekli koláče. Takže někdo mísil, někdo mazal.“

P2: „Musí se u každého toho klienta najít nějaká motivace. To nejde říct nějak celoplošně, ale někdo třeba chce chodit, někdo už to vzdal. Ale je důležité najít vždy nějakou tu vlastní motivaci klienta, ne že my chceme, ale že ten klient se na tom musí podílet. Tím pádem děláme nějaké individuální plánování, kdy ten klient má nějaké přání, na základě kterého my stanovíme individuální plán, se kterým pak pracujeme. On si určí ve spolupráci s klíčovým pracovníkem, na čem by chtěl sám pracovat, co by ještě chtěl zvládnout, v čem by se chtěl zlepšit, nebo co by chtěl udržet. Dále tady máme různé kognitivní tréninky, terapie – muzikoterapie, canisterapie, máme tady králíky. Návčik chůze s rehabilitační sestrou, máme tady bazální stimulaci. I třeba validace je strašně fajn metoda. Máme tady i reminiscenční terapie, kdy vlastně zavzpomínají na staré časy. Dále pořádáme různé aktivity, slavíme narozeniny, kdy přijde rodina. Dále jsme pořádali ples, klientky se namalovaly, načesaly, rodina donesla oblečení, zářily jim oči. Ty aktivity slouží k tomu, že neznamená, že když jsou tady, že tu budou jen sedět a koukat do zdi. Ať žijí plnohodnotný život i s touto nemocí. Také se snažíme pořádát výlety, byli jsme třeba na Velehradě nebo na Hostýně autobusem. Chodí nám sem například děti ze školky, což je úžasné mezigenerační setkání, kdy klienti na to taky velmi dobře reagují, Ale i třeba studenti jako dobrovolníci si sem chodí povídat s klienty, projít se s nimi, taky zajdou třeba do kavárny.“

P3: „Už jenom to začíná u toho, že podporujeme jejich soběstačnost. Takže třeba při ranní hygieně neděláme všechno my. Jen částečně a zbytek si třeba dodělají sami - čištění zubů, umytí obličejů. Potom zase v těch aktivitách, které mají na starosti aktivizační pracovníci. Je to různá práce s jemnou motorikou a podobně. Z terapií tu máme canisterapii, využíváme tu muzikoterapii, reminiscenční terapii, máme různé kartičky.“

P4: „Tak určitě ta aktivizace, proto tady máme ty aktivizační pracovníky. Ta je velice důležitá, protože ty aktivizace jsou zaměřené všemi směry. Fyzická, vnímání na jemnou, hrubou motoriku, vnímání těch podnětů, okolí, vnímání hudby, kreslení. Potom tu máme možnost té bazální stimulace. Jak už jsem řekla, pomocí doteků se snažíme, aby ten klient co nejvíce vnímal všemi smysly. Třeba když klient nekomunikuje, leží, tak se snažíme navodit čich aromaterapií, snažíme se navodit sluch muzikoterapií, že pustíme muziku. My tady samozřejmě máme ještě program samostatně, muzikoterapii, ta se taky používá pro rozvoj, na to klienti

reagují velice dobře. Samozřejmě záleží, jak který klient. Ta hudba může mít podle mě léčebný účinek. Já si myslím, že ta bazální stimulace je i o výměně energií. My tam musíme chodit i s tím, že musíme být hlavně v klidu, nebýt depresivní. Pro ně je to takový prožitek, jsou uvolnění, cítí se dobře a hlavně, když za nimi příslušníci moc nechodí, což se stává, tak oni mají pocit, že se jim někdo věnuje. A to je pro ty klienty daleko víc, než například nějaké materiálně. Děláme i třeba respirační bazální stimulaci, rozšíří se průdušky, oni mohou snadněji vykašlat. Tam je důležité hlavně to, aby se zklidnilo dýchání. Když je jedinec zahleněný, je problém s vykašlávání, nebo je tam agrese, vždy se snažíme zapojit bazální stimulaci. Nebo se třeba používá i orofaciální stimulace u klientů, kteří nechtějí jíst. Snažíme se navodit chuť k jídlu, jsou k tomu různé techniky. Zapojují se orofaciální techniky, začnou se aktivovat podčelistní, příušní žlázy, což umožňuje chuť k jídlu. Poté se zapojuje i zraková a čichová technika. Teď se zabývám hlavně aromaterapií, chodím na různé kurzy. Vůně může u toho klienta způsobit rozšíření vnímání a zpříjemnění. Tady těch metod máme více, je tu i canisterapie.“

P5: „Tady v tom pomáhají určitě terapie, kognitivní cvičení. Pracovnice s nimi malují, neustále něco tvoří. Jezdí se i například do divadla. A dále tady u nás je důležité především zachování, u Alzheimerovy choroby nějaký rozvoj už není možný, že by se posunuli dopředu. My se spíše snažíme, aby to zůstalo na stejné úrovni, anebo aby to nebyl zas tak velký propad. Dost často používáme osobní fotky klientů, oni se u toho dost krásně rozpomenou a povídají, sice to nejsou souvislé věty, ale jim stačí se na to dívat a v hlavě se jim třeba odehrává ten příběh. Prožívají ten okamžik štěstí, který je zachycený na fotce. Anebo jsou tady různé reminiscenční předměty – například čajové servisy. Já jim někdy pouštím staré černobílé filmy, Babičku mají hodně rádi.“

Anotace

Jméno a příjmení:	Michaela Strnadová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Karunová, Ph.D
Rok obhajoby:	2019

Název závěrečné práce:	Pojetí systému podpory a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu speciální pedagogiky
Název závěrečné práce v angličtině:	The concept of system of support and care for persons with Alzheimer's disease from the point of view of special education
Anotace závěrečné práce:	Tato bakalářská práce se zabývá Alzheimerovou chorobou, péčí a podporou poskytovanou osobám trpícím tímto onemocněním. Teoretická část zahrnuje charakteristiku Alzheimerovy choroby, její příčiny, léčbu, diagnostiku demence a její stádia, terapie, možnosti péče a podpory. Praktická část se zabývá institucionální péčí. Obsahuje rozhovory s pracovníky Alzheimercentra Zlín. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak je poskytována péče a podpora klientům v zařízení institucionální péče z pohledu pracovníků.
Klíčová slova:	Alzheimerova choroba, demence, senior, sociální péče, institucionální péče, zdravotní péče, podpora, terapie, aktivizace
Anotace v angličtině	This bachelor's thesis deals with Alzheimer's disease and providing care and support to individuals that suffer from this disease. The theoretical part includes characteristics of the Alzheimer's disease, its casues, treatment, diagnosis of dementia and its phases, therapies, options for care and support. The practical part deals with institutional care. It contains interviews with the employees of the Alzheimercentrum Zlín.

	The main aim of the practical part was to find out how is the care and support provided to clients in institutional facilities from the point of view of employees.
Klíčová slova v angličtině	Alzheimer's disease, dementia, senior, social care, institutional care, health care, support, therapy, activation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Žádost o povolení sběru dat Příloha č. 2: Informovaný souhlas Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor
Rozsah práce:	50 stran
Jazyk práce:	Čeština