

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Péče o osoby s demencí (Alzheimerova choroba) – komparace domácí a
ústavní péče u klienta (JČ kraj)**

Bakalářská práce

Autor: Jana Šoltésová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2012

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Care for persons with dementia (Alzheimer's disease) institutional and home care
comparison (SB region)

Bachelor Thesis

Author: Jana Šoltésová

Study programme: Specialization in Education

Study of Programme: Health Education

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, April 2012

Jméno a příjmení autora: Jana Šoltésová

Název bakalářské práce: Péče o osoby s demencí (Alzheimerova choroba) – komparace domácí a ústavní péče u klienta (JČ kraj)

Pracoviště:KVKZ, PF JU České Budějovice

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2012

Abstrakt:Bakalářská práce se zabývá komparací domácí a ústavní péče u klienta s Alzheimerovou demencí v Jihočeském kraji. Cílem práce je zjistit možnosti ústavní a domácí péče a jejich následné srovnání. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části shrnuji poznatky o stáří, demenci, Alzheimerově chorobě, domácí péči a ústavní péči. V praktické části sleduji pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů 5 vybraných klientů v domácí péči z Jihočeského kraje a klienty z ústavního zařízení se zvláštním režimem Loucký mlýna následně získané informace vyhodnocuji.

Klíčová slova:Alzheimerova choroba, demence, stáří, ústavní péče, domácí péče, rodinné prostředí

Name and Surname: Jana Šoltésová

Title of Bachelor Thesis: Care for persons with dementia (Alzheimer's disease)
institutional and home care comparison (SB region)

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of
South Bohemia

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

The year of presentation: 2012

Abstract: The Bachelor's Thesis deals with comparison of a home and institutional care in the South Bohemian region for clients suffering Alzheimer's disease. Target of the thesis is to find out the possibilities of institutional and home care and their consequent comparison. The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part I summarise the knowledge about old age, dementia, Alzheimer's disease, home care and institutional care. In the practical part I monitor 5 selected clients in a home care in the South Bohemian region and clients from Loucký mlýn, the institutional care facility with special regime, using a questionnaire survey and interviews and I consequently assess the obtained information.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, senior, social care, home care, family environment

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 20.4. 2012

Jana Šoltésová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Vlastě Kursové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování bakalářské práce.

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická část	10
	2.1 Zdraví a nemoc.....	10
	2.2 Proces stárnutí.....	11
	2.3 Demence.....	12
	2. 3. 1 Diagnostika demence.....	13
	2. 3. 2 Stádia syndromu demence.....	14
	2.4 Alzheimerova choroba.....	14
	2. 4. 1 Etiologie Alzheimerovy choroby.....	15
	2. 4. 2 Příznaky a průběh Alzheimerovy choroby.....	17
	2. 4. 3 Diagnostika Alzheimerovy choroby.....	19
	2. 4. 4 Léčba.....	20
	2.5 Domácí péče u Alzheimerovy choroby.....	20
	2. 5. 1 Role rodinného pečujícího.....	22
	2.6 Ústavní péče.....	25
	2. 6. 1 Česká Alzheimerovská společnost.....	27
	2. 6. 2 Projekty České Alzheimerovské společnosti.....	28
3	Cíl a úkoly práce	30
	3.1 Cíl práce.....	30
	3.2 Úkoly práce.....	30
	3.3 Odborné otázky.....	31
4	Praktická část	31
	4.1 Metodika.....	31
	4.2 Charakteristika souboru.....	32
	4.3 Organizace praktického šetření.....	33
5	Výsledky a diskuse	39

6	Závěr.....	51
7	Použité zdroje	
8	Seznam příloh	

1 Úvod

Demence je organické poškození mozku. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Je to porucha činnosti mozku, kdy je poškozeno myšlení, paměť a úsudek. Onemocnění postihuje především lidi vyššího věku, tedy seniory. Dochází k celosvětovému nárůstu tohoto onemocnění.

Setkávám se s lidmi, kteří se starají o své příbuzné s demencí typu Alzheimerova choroba, také jsem pracovala v ústavním zařízení, které pečovalo o tyto osoby, a vždy mne zajímalo, proč si vybrali právě domácí péči nebo ústavní zařízení? Hlavním důvodem, proč jsem si dané téma vybrala, byl zájem více proniknout do této problematiky, protože se domnívám, že jí dnešní společnosti není věnována taková pozornost.

Diagnóza Alzheimerovy nemoci zasahuje nejen do života samotného jedince, ale také do života jeho blízkých. Předmětem mého zájmu je člověk s demencí typu Alzheimerova choroba žijící v domácím prostředí a člověk s demencí žijící v ústavním zařízení. Hlavním cílem je zjištění možností využití sociálních služeb, zájmových aktivit a zdravotní péče a následná komparace domácí a ústavní péče.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji charakteristice pojmu zdraví a nemoc a procesu stárnutí. V této části se také zabírám demencí, její příčinou a diagnostikou. Popisuji Alzheimerovu chorobu, příznaky, průběh, diagnostiku a následnou léčbu. Charakterizovala jsem ústavní péči a domácí péči a popsala roli rodinného pečovatele. V závěru teoretické části práce se zabírám významem české Alzheimerovské společnosti a jejími projekty.

V praktické části sleduji pět klientů v rodinné péči v Jihočeském kraji a klienty v ústavní péči Alzheimercentrum Loucký mlýn. K získání dat jsem zvolila pozorování a dotazník s otevřenými otázkami a následně porovnávám péči v obou prostředí.

2 Teoretická část

2.1 Zdraví a nemoc

Zdraví je velmi subjektivní pojem. „Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tedy nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (KLENER, 2003, s. 24).

Udržení zdraví není jen otázkou lékařů, ale především člověka samotného. Zdravý člověk prožívá svůj život spokojeně ve všech oblastech svého života. Z hlediska tělesného, duševního zdraví a i dobrého sociálního umístění. Zdraví člověka je podmíněné kladným i záporným působením různých faktorů, tyto faktory se nazývají determinanty zdraví. Determinanty zdraví dělíme na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní faktory řadíme genetickou výbavu, kterou získává každý jedinec na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Zevní faktory se dělí do tří základních skupin (životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí, zdravotnické služby – jejich úroveň a kvalita zdravotní péče). Procentuální vyjádření vztahu mezi zdravím a determinanty zdraví je následující: nejvíce zdraví ovlivňuje životní styl 50 %, následuje životní prostředí a genetický základ 20 % a zdravotnické služby zaujmají 10 %. Z předchozích údajů je patrné, jak je důležité o své zdraví pečovat a podporovat jej. Důležitou složkou v péči o zdraví je prevence. Prevenci dělíme na primární (období, kdy nemoc ještě nevznikla), sekundární (časná diagnostika a účinná léčba) a terciární (zaměřena na prevenci následku nemoci). Je tedy lepší nemocem předcházet než jimi trpět. Preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009).

Jakékoliv onemocnění působí na psychiku člověka negativně. Nemoc mění obvyklý způsob života, může člověka omezit v jeho běžných činnostech, snižovat výkon v povolání a ovlivnit mezilidské vztahy. Dle publikace *Výchova ke zdraví* z roku 2009 si můžeme nemoc definovat takto: „Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí“ (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2009, s. 12).

Každý člověk prožívá nemoc a její průběh odlišně. Důležité je na pacienta pohlížet jako na bio-psycho-sociální jednotu. Přistupovat k němu komplexně (ČECHOVÁ, MELLANOVÁ, ROZSYPALOVÁ, 1997).

Průběh nemoci je často ovlivněn psychickým stavem nemocného, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, školy, zaměstnání i zdravotnických pracovníků, věkem, nutričním stavem (KLENER, 2003).

2.2 Proces stárnutí

Vývoj každého z nás je individuální a je závislý na mnoha vnějších i vnitřních vlivech, které nás v průběhu života ovlivňují. Stáří je přirozené období života a je označováno za pozdní fázi ontogeneze (KALVACH A KOL., 1997).

Obor, který se zabývá stárnutím, se nazývá gerontologie. Chorobami ve stáří a jejich léčením se zabývá geriatrie (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Dle publikace Vybrané kapitoly z gerontologie (2003) rozdělujeme stáří na jednotlivé etapy. Počínající stáří od 60 do 74, 75 až 89 let vlastní stáří a 90 let a více dlouhověkost. Lidský věk si můžeme rozdělit na kalendářní (věk člověka) a biologický, který odpovídá stavu jednotlivých systémů, například stavu cév (HOLMEROVÁ, JURÁŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2003).

V období stáří dochází k poklesu výkonnosti a schopností jedince. „ Stáří je tedy obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, poklesových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu“ (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006, s. 7).

Objevuje se častější nemocnost, pomalejší hojení, celkové biologické stárnutí všech tkání. Zhoršuje se smyslové vnímání, sluch, zrak a paměť, zejména pro nové události, ale starší zážitky si často dobře pamatují. Klesá schopnost se učit novým věcem, řešit věci rychle v časovém stresu. Proces stárnutí je velmi individuální, někteří lidé jsou vitální, duševně i tělesně zdatní do vysokého věku a někteří mají potíže jen v některých oblastech. Osobnost stárnoucího člověka je dána předcházejícím vývojem,

životními zkušenostmi a naučenými způsoby jak zvládat náročné životní situace (ČECHOVÁ, MELLANOVÁ, ROZSYPALOVÁ, 1997).

2.3 Demence

Mezi nejčastější organické poškození mozku patří demence. Demence je pojem odvozený od latinského kořene *de mens*, který znamená pokles úrovně duševní činnosti (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

Jak můžeme definovat demenci? „Je postiženo myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, početní schopnosti, řeč, úsudek. Toto zhoršení kognitivních funkcí je dříve nebo později provázeno narušením chování, emocí či volních vlastností“ (HRDLIČKA, HRDLIČKOVÁ, 1999, s. 11).

Demenci můžeme také charakterizovat snížením intelektových funkcí, především myšlení a paměti. Míra postižení může být různá. Porucha může být přítomna pouze jen v některých oblastech nebo může být celková. V myšlení se mohou objevovat bludy (mylná přesvědčení), nespojitosti, může být porušena řeč, hybné funkce (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

Demence se může projevovat úbytkem paměťových funkcí. Ztráta paměti může ovlivnit plnění běžných denních činností. Mezi další příznaky demence řadíme místní i časovou dezorientace, změny v náladě, změny v osobnosti a ztráta iniciativy.

Demenci nelze brát za proces normálního stařeckého zapomínání. Demence je vždy výsledkem chorobného procesu, není běžnou součástí stárnutí. Ve stáří nemusí automaticky docházet k poruchám kognitivních funkcí (BUIJSSEN, 2006).

Demence může mít řadu příčin (HÁLOVÁ, 2010):

- Demence subkortikální – projevuje se emočními změnami, poruchou úsudku,
- Demence u neruozsfilidy
- Demence u Parkinsonovy choroby
- Demence u Pickovy choroby
- Demence při AIDS
- Demence vaskulární
- Demence u Huntingtonovy nemoci
- Delirium tremens
- Demence u Alzheimerovy choroby

V procentuálním vyjádření, dle České Alzheimerovské společnosti, mezi nejčastější příčiny demence patří Alzheimerova choroba (56%), vaskulární demence (14%) (ALZHEIMER, 2012, online).

Demence je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří. „ Ve skupině 65-75letých závažnější demencí trpí 5-7 %, ale u 85letých již 20 % osob“ (DIENSTBIER, 2009, s. 114).

2. 3. 1 Diagnostika demence

Pro diagnostiku demence je důležitá řada vyšetření. Neurologické vyšetření, které potvrdí nebo vyloučí ložiskové změny na mozku za pomoci EEG (elektroencefalograf), CT (počítačová tomografie) nebo MR (magnetická rezonance)Nedílnou součástí je rodinná a osobní anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření. Dle výsledků a podezření na různé typy demencí se vyšetření zaměřují více specificky (HÁLOVÁ, 2010).

K diagnostice demence se využívají různé psychologické testy. Nejjednodušší orientační test se skládá ze tří otázek. První otázkou zjišťujeme časoprostorovou orientaci, tedy místo, rok, den, měsíc. Následně pacientovi řekneme názvy tří jednoduchých předmětů (např. strom, auto, kytka) a za pět minut se na ně zeptáme znovu. Mezi tím necháme pacienta odečítat sedmičky od padesátky. Tento velmi orientační test opakujeme s odstupem čtyř týdnů. Lidé s podezřením na demenci nebo její vývoj mají potíže s časoprostorovou orientací, nejsou schopni si vybavit po pěti minutách již uvedené předměty a nemají správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání. Za čtyři týdny zopakujeme tento test a pokud ani po zavodnění a úpravě farmakologické léčby je stav stejný nebo horší, podezření na syndrom demence se rapidně zvyšuje (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

Pro diagnostiku střední až těžké demence zejména při Alzheimerově chorobě je vhodný tzv. MMSE test. Folsteinův Mini – MentalStateExamination „mini – vyšetření“ duševního stavu (viz.příloha č. 1), je mezinárodně uznávaný test. Výše uvedený test a vyšetření ukážou, zda má pacient postiženy kognitivní funkce (paměť, poznávání, řeč, pohyb) a zda se jedná o syndrom demence či nikoliv. Pokud nejsou postiženy kognitivní funkce, nejedná se o syndrom demence a pokud ano, může jít o vývoj syndromu demence nebo o delirium nebo depresi (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

2. 3. 2 Stádia syndromu demence

Pro určení hloubky demence slouží sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny z roku 1982 (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

1. *Bez postižení kognitivních funkcí* – nejsou potíže s pamětí. Období běžného stáří.
2. *Postižení kognitivních funkcí* – poruchy paměti např. zapomíná, kam si odložil běžné věci, zapomíná jména lidí. Během pohovoru nejsou poruchy paměti zřejmé, můžeme ji nazvat benigní stařeckou zapomnětlivostí.
3. *Lehké postižení kognitivních funkcí* – mírná porucha paměti, ztrácí cenné věci, špatně se orientuje v neznámém prostředí, pokles výkonnosti, pacient si špatně pamatuje jména lidí, se kterými se poprvé setkal, porucha soustředění.
4. *Středně těžké postižení kognitivních funkcí* – zmatenost, výrazné poruchy řeči, porucha rozhodování, soustředění, plánování, změna nálady, ztráta zájmů.
5. *Pokročilé postižení kognitivních funkcí* – fáze mírné demence. Zpomalenost, apraxie, porucha paměti. Dezorientace časem i místem. Pacient bloudí i na známých místech. Dochází ke ztrátě soběstačnosti, zapomínání věcí, událostí, jmen. Může být přítomno paranoidní chování, úzkost, vystrašenost.
6. *Těžké poškození kognitivních funkcí* – střední až pokročilá fáze demence. Pacient je velmi dezorientován a má výrazné poruchy v chování, které se projevují zvýšenou agresivitou. Nepamatuje si jméno svého manželského partnera. Je zde úplná ztráta soběstačnosti a pacient vyžaduje celodenní péči.
7. *Velmi těžké postižení kognitivních funkcí* – fáze těžké demence. Objevuje se amnézie, celková porucha funkcí. Neschopnost vstát z lůžka a neschopnost chůze. Pacient není schopen se o sebe postarat, potřebuje pomoc s krmením a ve většině případů je inkontinentní. Pacientův stav je více ohrožen infekčními onemocněními a je závislý na odborné ošetrovatelské péči.

2.4 Alzheimerova choroba

Nemoc poprvé popsal na počátku 20. století německý lékař Alois Alzheimer. Byla považována za nemoc vzácnou a neobvyklou. Alzheimer představil vědecké radě svoji pacientku. Ve svých 51 letech trpěla depresí, halucinacemi a údajnou chorobnou

žárlivostí na svého manžela. Později se však u ní projevila ztráta paměti a porucha chování, kdy schovávala věci a ztrácela se ve vlastním domě. Po smrti pitva prokázala změny v jejím mozku a choroba byla pojmenována podle svého objevitele. Dnes touto nemocí trpí minimálně každý dvacátý člověk starší 65 let. Po osmdesátém roce věku je to dokonce už každý pátý. Alzheimerova choroba není jen nemocí seniorů. Může postihnout i lidi v mladším věku. Podle odhadu trpí v současné době tímto onemocněním 17-25 milionů lidí na celém světě, v Evropě je to 7 milionů lidí, v České republice je to zhruba 50-70 tisíc osob. Odborná veřejnost odhaduje, že počet nemocných v roce 2030 stoupne na 34 milionů. Souvisí to se stárnutím světové populace (ALZHEIMER, 2012, online).

2.4.1 Etiologie Alzheimerovy choroby

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně)“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, s. 29).

Alzheimerova choroba způsobuje poruchu až úpadek činnosti mozku. Projevuje se poruchou tzv. kognitivních funkcí - myšlení, paměti a úsudku. Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence až 50 % (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

V mozkové tkáni nemocného dochází v prostorách mimo nervové buňky ke vzniku a ukládání patologické bílkoviny, která se nazývá beta amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky a vznikají útvary, zvané neurotické plaky. Čím více je plaků v oblasti mozkové kůry, tím víc je tato oblast mozku funkčně postižena. Beta amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna za normálních okolností. Tato bílkovina se nazývá amyloidový nekurzorový protein. Za patologických okolností Alzheimerovy choroby se zmiňovaný protein za běžných okolností neštěpí a vzniká beta-amyloid. Další změna se odehrává v neuronech. Dochází zde k degeneraci bílkoviny, která se nazývá tau- protein. Tau protein se na základě patologických procesů změní a vytváří vlákna, která mají tvar dvojité šroubovice, a ta jsou pak podkladem pro útvary, kterým se říká neurofibrilární klubka. Neurony obsahující klubka postupně zanikají a přestávají plnit svou funkci. Toto onemocnění nevyvolává jen vznik patologických bílkovin, ale dochází i k řadě dalších degenerativních změn, které jsou

navzájem propojené. Dochází k poruše neurotransmiterů, tedy přenašečů vzruchů mezi jednotlivými nervovými buňkami. Nejdříve je postižen acetylcholinergní systém. Po uvolnění acetylcholinu se přenáší vzruch na další nervová vlákna v mozku, která jsou důležitá pro paměť a další významné poznávací funkce. Při nedostatku acetylcholinu ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. Tato porucha se projevuje postupným zhoršováním paměťových a rozumových schopností a rozvíjí se demence (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

V dalších stádiích Alzheimerovy choroby jsou porušeny i ostatní systémy neurotransmiterů, například systém excitačních aminokyselin. V důsledku toho dochází k poruše učení. U některých pacientů se vyskytuje choroba familiárně. Dle publikace Demence a jiné poruchy paměti bylo nalezeno několik genových mutací na chromozomech 1,14 a 21, které vedou ke spuštění tvorby a ukládání chorobné bílkoviny *beta- amyloid*. Alzheimerova nemoc není jedna nemoc s jednou příčinou, nemoc vzniká souhrou mnoha okolností, je to choroba nevyléčitelná. Přesné příčiny Alzheimerovy choroby nejsou zatím úplně známé. Existuje řada faktorů. K rozvoji onemocnění přispívají již zmíněné genetické vlivy, které činí některé lidi náchylnější ke vzniku tohoto onemocnění, ale u některých může dojít k rozvoji bez těchto genetických příčin. Jedním z rizikových faktorů propuknutí této nemoci je věk. Před šedesátým rokem věku se tato choroba vyskytuje vzácně, zato nad 80 let jí trpí každý pátý člověk. Alzheimerova choroba se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Velký vliv má i stupeň dosaženého vzdělání. Je zřejmé, že „trénovaný“ mozek je více odolnější. Příčinou mohou být i multifaktoriální vlivy, nevhodný způsob života, duševní úpadek, nedostatek tělesného cvičení, úzkost, stres. Zvýšeným rizikem je i poškození mozku opakovanými údery a pády. Příčinou mohou být virové infekce, toxické vlivy prostředí, poruchy imunity. Všechna uvedená rizika mohou způsobit rozvoj Alzheimerovy choroby (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

2.4.2 Příznaky a průběh Alzheimerovy choroby

Postupem času v našem životě některá z důležitých funkcí našeho mozku začne slábnout. Zapomínáme jména, nenacházíme správné slovo, některé věci trvají déle než předtím. Může to být způsobené nedostatkem spánku, fyzického onemocnění, stresu, deprese a po vyřešení příčiny se vracíme zpět do běžného života. Zmíněné příznaky

mohou být důsledkem již uvedených příčin nebo stářím („senilní zapomnětlivost“). Taktéž může jít o prvotní příznaky Alzheimerovy choroby. Nemoc postupuje svým vlastním tempem. Demence se rozvíjí plíživě, nenápadně, může docházet k plynulému zhoršování bez větších výkyvů, někdy může dojít ke zpomalení až zastavení zhoršování. Forma a příznaky nejsou u jednotlivců stejné. Ze začátku se projevuje jako mírná porucha poznávacích funkcí. Mezi první příznaky řadíme poruchy paměti a to především krátkodobé. Postupem času se objevují poruchy orientace v prostoru i čase. V období prohlubování demence začnou pacienti bloudit, nejdříve v místech, které nenavštěvovali tak často a po té i v místě svého bydliště. V těžkých stádiích demence bloudí i ve svém bytě. Začíná se zde projevovat i porucha orientace v čase, která se může projevit například nakupováním v noci. Dochází ke snížení až zániku logického uvažování, ke zpomalení myšlení. V průběhu rozvoje choroby dochází ke snížení slovní zásoby, k zapomínání jmen, pojmů, ale i neschopnost rozeznat tváře tzv. prosopagnozie. Pro postižené je těžké poznávání objektů (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Publikace Demence a jiné poruchy paměti (2009) dělí Alzheimerovu demenci do tří stupňů. Lehká, střední, těžká demence.

- *Lehká demence* – počáteční stadium nemoci si může snadno splést s přirozeným stárnutím. Projevuje se poruchami paměti, je postiženo zapamatování nových informací. Může dojít k poruchám běžných aktivit denního života. Poruchy orientace ve vzdálených místech od bydliště. V tomto stádiu mohou být přítomny poruchy nálady. Jedná se především o deprese, které mohou být vyvolány změnami a člověk není schopen je ovlivnit.
- *Střední demence* – výrazné zhoršení paměti. Častější dezorientace v prostoru i čase
- *Těžká demence* – těžká porucha paměti. Člověk není schopen si zapamatovat nové informace. Neví, kde má své lůžko, kde je v bytě nebo ústavu například toaleta. Zvýšená porucha chůze, jemné motoriky. Špatně chodí, je inkontinentní a ve většině případů je upoután na lůžko nebo vozík. Změny chování a emocí. Nemocní nepoznávají ani nejbližší příbuzné či pečovatele (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Podle průběhu můžeme demenci rozdělit s časným začátkem a s pozdním začátkem.

- *Alzheimerova demence s časným začátkem* – začíná ve středním věku, vždy však před 65. rokem. Probíhá relativně rychle. Zpočátku se projevuje hlavně poruchou řeči. Dochází k sensorické afázii, je zachovaná schopnost mluvit, ale zhoršuje se schopnost porozumět. Postižený hodně mluví, navazuje kontakt, i když málo rozumí. Rychle se rozvíjí agrafie, není schopen psát, ztrácí schopnost číst (alexie) a má potíže s počítáním (akalkulie). Není schopen vykonávat složité pohyby (apraxie). Objevuje se depresivní nálada z důvodu uvědomění si snížené výkonnosti. V pokročilém stádiu se prohlubují poruchy řeči. V terminálním stádiu vydávají jen neidentifikovatelné zvuky. Není schopen se sám o sebe postarat, nezvládá osobní hygienu a není schopen komunikovat se svým okolím. Projevuje se svalová ztuhlost a může dojít k epileptickým záchvatům. Je plně odkázán na péči druhých osob.
- *Alzheimerova demence s pozdním začátkem* – vzniká po 65. roce života, většinou kolem 80 let. Průběh je pomalý. Hlavním příznakem je především porucha paměti. Dochází k poruše osobnosti, ztrátě zájmů, poruše paměti, dezorientaci. Postižený si neuvědomuje svůj stav, může se například toulat po ulicích. Dezorientace se následně prohlubuje. Dochází k neschopnosti sebeobsluhy (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002).

„Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7-10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním může být průběh i rychlejší. Naopak u některých pacientů byla shledána doba přežití 15 i více let“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Publikace s názvem Alzheimerova choroba 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe z roku 2008 uvádí, že vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let, v závislosti na podmínkách a zdravotním stavu člověka. Vzhledem k novým léčebným postupům se bude zřejmě přežití s touto chorobou prodlužovat (CALLONE, KUDLACEK, 2008).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou umírají obvykle na bronchopneumonii, která u mnoha stejně starých lidí je léčitelná. Další příčinou smrti mohou být pády, úrazy a jejich následky (REGNAULT, 2011).

„Alzheimerovu chorobu je tedy nutno označit za základní (nikoli bezprostřední) příčinu smrti. Je to jedna z nejčastějších základních příčin smrti (na čtvrtém až pátém místě)“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, s. 33).

2.4.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Na diagnostice Alzheimerovy choroby se podílí praktický lékař, psychiatr, psycholog, neurolog, ošetřovatel, rodina i samotný pacient.

Prvním krokem je sestavení anamnézy – rodinné, osobní, pracovní a sociální. Pozornost je věnována informacím o nynějším stavu, příznaky a časové postupnosti průběhu onemocnění. Pomoc rodiny a ošetřovatele je v tomto směru velmi důležitá. Pacient trpící demencí si často svůj problém neuvědomuje (nozognózie) nebo si ho nepřipouští. Objektivní zhodnocení druhé osoby (rodiny, ošetřovatele) velmi napomůže k celkovému zhodnocení. V anamnéze je nutné pátrat například po úrazech hlavy, mozkových příhodách, léčených depresích, psychických změnách, užívaných lecích. Následuje orientační vyšetření poznávacích funkcí, které se provádí za pomoci testů. Tato vyšetření s pacientem provádí neurolog, psychiatr či psycholog. Samotné testy nestanovují diagnózu, ale jsou důležitou složkou vyšetřování. Test je pro pacienta náročný a je vhodná dobrá příprava a vysvětlení testu. V rámci demence se testuje paměť, řeč a poznávací funkce. Alzheimerova choroba a jiné demence se projevují, jak jsem se již zmínila, poruchou prostorového rozlišování. Velmi vhodným a jednoduchým testem je tzv. test nakreslení hodin, který uvádím v příloze č. 2. Test je důležitý pro srovnání výkonu pacienta v čase a poskytuje informace o prostorovém rozlišování. Příklad nakreslených hodin od pacienta s Alzheimerovou chorobou uvádím v příloze č. 3 (HOLMEROVÁ, 2003).

Nejčastějším testem pro diagnostiku Alzheimerovy choroby je MMSE (Mini-MentalStateExamination). Do češtiny ho můžeme přeložit jako „mini vyšetření“ duševního stavu. Test MMSE vyšetřuje základní neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence – paměť, orientaci místem, časem, osobou, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky nebo zadané úkoly se bodují. V testu je možné dosáhnout nejvíce třiceti bodů. 23 bodů je hranice, která odděluje lidi nedementní od lidí s demencí. Tento test je jednoduchý, dobře využitelný v praxi. Určuje střední a

těžkou demenci, ne lehkou ani počínající. Pokud pacient dosáhne méně, než 23 bodů s největší pravděpodobností se jedná o střední až těžkou Alzheimerovu nemoc (MME test uvádím v příloze č. 1) (HOLMEROVÁ, 2003).

Lékař také vyhodnocuje krevní tlak, pulz, EKG, laboratorní vyšetření krve. Neurologická prohlídka je další složkou celé diagnostiky, především EEG (elektroencefalogram) zjištění elektrické mozkové aktivity. Morfologické odchylky se zjistí pomocí computerové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR). Upozorní na přítomnost patologických útvarů (nádory, cysty) nebo na změny prokrvení mozku (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999).

2.4.4 Léčba

Alzheimerovu chorobu nemůžeme úplně vyléčit, avšak včasná diagnóza a léčba mohou průběh onemocnění výrazně zpomalit. Existují možnosti, které průběh onemocnění zmírňují. Může to být léčba medikamentosní (léky) a také rehabilitace, která je velmi důležitá, protože zátěžové situace onemocnění zhoršují. Nedílnou součástí je i ošetrovatelská péče. V medikamentózní léčbě se v současné době nejvíce užívají inhibitory acetylcholinesterázy a butyrylcholinesterázy (rivastigmin) a inhibitory acetylcholinesterázy, léky, které ovlivňují acetylcholinový systém. Progresi onemocnění zamezují například léky Aricept, Exalon, Cognex, Reminyl. Ke stabilizovanému průběhu onemocnění pacient užívá neuroleptika (např. Tiapridal), antidepresiva (zmírňují depresivní stavy), antipsychotika (ovlivňují halucinace), anxiolytika (zmírňují úzkost), sedativa (napomáhají odstraňovat poruchy spánku), laxativa (léčí zácpu) (KLENER, 2003).

2.5 Domácí péče u Alzheimerovy choroby

Pro člověka je domov místem, který mu poskytuje pocit bezpečí, pohodlí, místo, kde se může setkávat se svými příbuznými či přáteli.

Ústavní, nebo domácí péče? Tuto otázku si pokládá jistě mnoho lidí, kteří mají v rodině či nejbližším okolí člověka trpící touto demencí. V České republice se užívá

termín rodinný pečující pro osobu, která se denně stará o svého příbuzného trpící demencí, neexistuje jiný oficiální termín (REGNAULT, 2011).

Péče o člověka s demencí závisí na stupni a průběhu demence. Pro rodinného příslušníka je péče o osobu s demencí velmi náročná a vyžaduje určité znalosti. Nemocní vyžadují pomoc druhé osoby. Někteří potřebují pomoc v oblékání, stravování až po zařizování různých záležitostí (úřady atd.). V posledním stádiu onemocnění pacient vyžaduje komplexní péči. V některých případech jde o ležící nemocné, kteří jsou plně odkázáni na pomoc ostatních. U těchto pacientů se zvyšuje riziko přidružených onemocnění, jako jsou proleženiny nebo infekce, a zde je důležité si uvědomit, zda je rodinný pečující schopen poskytnout dostatečně odbornou péči.

Při péči o osobu s demencí je důležité zdůraznit některé faktory, které výrazně ovlivňují život nemocného (zachování funkčních schopností, bezpečnost v domácím prostředí, emocionální zdraví) (ZGOLA, 2003).

Prostředí může mít velký vliv na zachování funkčních schopností. Tzv. „nápomocné“ prostředí podporuje optimální fungování jedince. Znamé předměty mohou fungování usnadnit, nové předměty jej mohou znemožnit. Mezi zachované schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí patří celoživotním učením silně zafixované pohybové vzorce. Tyto vzorce jsou spuštěny používáním známých předmětů, které se vyskytují v prostředí, například hodiny s ručičkami místo digitálních. Domácí prostředí můžeme upravit tak, aby bylo co nejvíce přizpůsobeno omezením dané osoby, například nepoužíváním nesprávných předmětů. Vyřešíme to tím, že zjednodušíme prostředí a odstraníme matoucí či zavádějící předměty a nabídneme věci, které jsou vhodné pouze pro daný úkol. Musíme zajistit možnost uspokojit individuální potřeby klienta, zejména potřebu chodit sem a tam nebo typické bloumání, které zbavuje přebytečné energie. Vhodné je šlapací kolo napevno v místnosti nebo houpací křeslo (ZGOLA, 2003).

Významným faktorem pro domácí péči je bezpečnost. Příznaky, které se projevují při tomto onemocnění, mohou způsobit řadu nepříjemností jak pro pacienta trpícího touto demencí tak pro ošetřovatele. V domácím prostředí je řada potenciálních rizik, elektrické, plynové spotřebiče, různé chemikálie, které se v domácnosti běžně používají. Dalším rizikem je toulání. Je vhodné označit okraje schodiště výraznou páskou. V prvním stádiu nemoci je užitečné popsat dveře nebo jej označit obrázky pro snadnější orientaci. V pozdějším stádiu, kdy už je osoba dezorientována, je vhodné

nechat důležité dveře jako například toaletu otevřené. Mohlo by dojít k agresivnímu chování a zvýšené zmatenosti (GLOSOVÁ A KOL., 2006).

Aktivizační činnosti podporují člověka s demencí v jeho soběstačnosti a jsou nedílnou součástí péče. Aktivizační činnosti probíhají v ústavním zařízení, v centrech denních služeb, v týdenních stacionářích pod vedením vyškolených lektorů. Výrazně ovlivňují průběh onemocnění. Jakákoliv aktivita, která zdokonalí orientaci, vnímání, zvýší nemocnému pocit bezpečí a emocionální zdraví (ZGOLA, 2003).

Následně bych ráda uvedla některé činnosti a stručně je charakterizovala.

- Reminiscence je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek a jejich podporování. Používají se rodinné fotografie klienta, vzpomínají na zážitky, jména osob (JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, 2010).
- Ergoterapie „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení“ (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 13).
- Canisterapie využívá pozitivního působení psa na člověka, je jedna z forem zooterapie (EISERTOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2011).
- Muzikoterapie je terapie hudbou. „Studie u klientů s Alzheimerovou chorobou zjistily, že zvýšená hladina melatoninu, po muziko terapeutických jednotkách přispívá k uvolnění stavu klientů a klidné náladě“ (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009, s. 51).
- Hipoterapie využívá přirozený pohyb koně jako součást rehabilitace.

2.5.1 Role rodinného pečujícího

Péče o blízkého člověka, kterého postihla Alzheimerova demence, je nesmírně náročná. Rodinný pečovatel je důležitá osoba v životě člověka s demencí, avšak je velmi důležité nezapomenout při ošetřování osoby námi nejbližší na sebe samého, udělat si čas jen pro sebe a přijmout i pomoc od ostatních členů rodiny nebo kontaktovat další, kteří také pečují o osoby s demencí. Mít čas na své koníčky, potěšit sám sebe a získat energii na další péči. Důležité je si uvědomit, kolik toho je člověk schopen zvládnout, aby ho pečování zcela nevyčerpalo a nepohltilo. Sbíráni informací a rad je přínosem nejen pro rodinného ošetřovatele, ale i pro nemocného samotného. Zdrojem

pomoci pro rodinného pečujícího mohou být svépomocné skupiny (podpůrné) lidí, kteří také pečují o osoby s demencí. Pravidelně se scházejí, aby si předali zkušenosti a rady. Pro správné zvládnutí role pečovatele je důležité vědět, jaké služby jsou dostupné v místě bydliště. Jednou ze služeb, kterou může nemocný člověk či jeho rodina využít, je pečovatelská služba. „Zařízení pečovatelské služby je komplex služeb, jehož cílem je umožnit žít lidem ve vlastním přirozeném prostředí“ (KOZLOVÁ, 2005, str. 27).

Pečovatelská služba je určena lidem, kteří už nejsou schopni si sami zajistit své životní potřeby. Úkony pečovatelské služby probíhají v domácnostech občanů. Provozují je převážně soukromé agentury pečovatelské služby. Využití pečovatelské služby může být velkým přínosem pro rodinné ošetřující, ale samozřejmě i pro samotného nemocného (VOJNAR, 2001).

Další pomoci pro pečující může být tzv. respitní péče. Tuto péči můžeme chápat jako „odlehčovací péči“, z anglického slova respite –oddech, odpočinek. Jde o odpočinkovou péči, „pohlídání“ pacienta trpícího demencí, o kterého pečují jeho rodinní příslušníci. Cílem této služby je poskytnout oddech, přestávku rodinám, které se o člověka s Alzheimerem starají. Pečující si odpočinou, vyřídí si své osobní věci a získají další energii pro péči o osobu blízkou. Může se jednat o krátkodobý pobyt v zařízení, o denní pobyty nebo pacient může zůstat v původním rodinném prostředí. „Existují dostatečné vědecké důkazy, které potvrzují, že respitní péče významným způsobem oddaluje umístění klientů v institucích a zmírňuje stres a sekundární nemocnost rodinných pečovatelů“ (ZACHARIASOVÁ, 2000, s. 81).

V některých případech musí rodinný pečující převzít veškeré administrativní a finanční záležitosti osoby, o kterou se stará. Stane se jejím opatrovníkem, protože nemocný není schopen vyřizovat právní nebo úřední záležitosti. V České republice je „tzv. řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům, kdy soud zbaví způsobilosti k právním úkonům fyzickou osobu, která pro duševní poruchu tyto úkony není schopna vykonávat“ (REGNAULT, 2011, s. 28).

Informace o finanční pomoci se nacházejí na sociálním odboru při obecních úřadech. Léčba je hrazena zdravotním pojištěním, ale náklady během péče se rychle zvyšují a nemocný a jeho rodina mají nárok na pomoc od státu, mezi které patří například:

- nárok na invalidní důchod

- příspěvek na péči
- příspěvek na kompenzační pomůcky
- příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu
- příspěvek na koupi motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- ostatní dávky (dávky pomoci v hmotné nouzi, příspěvek na živobytí) (REGNAULT, 2011).

Z výše uvedených informací je zřejmé, jak je péče o osobu s demencí typu Alzheimerova náročná. V následující kapitole bych ráda uvedla rady pro pečující o nemocné, které doporučuje Česká Alzheimerovská společnost a odborná kniha s názvem Alzheimerova choroba od Cyrila Hoschla a kol.

- *Více stereotypů, ale dál žít běžným životem*
Zavedená rutina může pro člověka s demencí znamenat pocit bezpečí. Pečující by se měl, pokud to stav dovolí, chovat k nemocnému tak, jak se choval před vypuknutím nemoci.
- *Podporovat soběstačnost nemocného*
Je důležité, aby nemocný zůstal nezávislý, jak jen to bude možné, ulehčuje to péči ošetřovatele a především zvyšuje pocit sebedůvěry nemocného.
- *Zachovat důstojnost nemocného*
Člověk, který je ošetřován stále vnímá a cítí. Musíme dávat pozor, co v jeho okolí říkáme, nevhodná komunikace může způsobovat neklid.
- *Vyhýbat se konfliktům*
Konflikty vyčerpávají nemocného i ošetřovatele.
- *Zadávat jednoduché úkoly*
Věci se snažíme zjednodušit a nenutíme pacienta, aby si často vybíral a rozhodoval se.
- *Smysl pro humor*
Smysl pro humor může být dobrým pomocníkem proti stresu a únavě.
- *Udržovat komunikaci*
S postupem času mohou nastat potíže s komunikací. Nejprve je důležité se přesvědčit, zda nedošlo ke zhoršení zraku či sluchu nebo zda pomůcky jako jsou

brýle či naslouchadlo odpovídají současnému zdravotnímu stavu. Mluvíme zřetelně, pomalu, nepoužíváme cizí a odborné výrazy. Udržujeme oční kontakt a při komunikaci se díváme tváří v tvář. Důležité je si všimnout i řeči těla nemocného, v pozdějších fázích mohou mít potíže s verbálním projevem a více využívají neverbální prostředky (HOSCHL A KOL., 1999).

2.6 Ústavní péče

Nemůže - li se člověk s demencí již o sebe sám postarat či jeho rodina nebo přátelé, má možnost využít ústavní péče.

Do ústavní péče můžeme zařadit zejména domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem, jejichž cílem je podpora soběstačnosti člověka a zajištění podmínek pro aktivní a důstojný život. Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby, které vyžadují pomoc druhé osoby. Jedná se zejména o pomoc při osobní hygieně, stravování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V zařízení by měl být klient seznámen s týmem zaměstnanců, kteří o něj budou pečovat. Má právo znát svůj plán péče, který bude přizpůsobován jeho potřebám a pravidelně kontrolován. Pokud to jeho zdravotní stav dovolí, může rozhodovat o způsobu svého života, tedy zda chce v určitou chvíli být ve společnosti či raději soukromí. Pacientův pohyb mimo zařízení i uvnitř nesmí být omezován, vše je v souladu s jeho zdravotním stavem. Pacient má právo na telefonáty a návštěvy (HOLMEROVÁ, JURÁŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2003).

Ústavy sociální péče jsou zařízení zpravidla zřizované státem, s týdenním nebo s celoročním pobytem. „Cílem služeb sociální péče je vyrovnání příležitostí, umožňující lidem, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni, zapojení do života společnosti“ (KOZLOVÁ, 2005, s. 24).

Ústavní péče má řadu výhod, ale i rizik spojených s pobytem v ústavu. Za výhody můžeme považovat, profesionální a každodenní péči, pravidelnou stravu, vhodné aktivity (muzikoterapie, arteterapie). Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus. Vzniká vlivem dlouhodobého pobytu v zařízení. Projevuje se ztrácejícím se zájmem o své okolí, zhoršenou komunikací a regresí (návrat)

do ranějších vývojových stádií, automatickými pohyby, nepřiměřeně dlouhým spánkem (MATOUŠEK, 1995).

Pro výběr vhodného zařízení může pomoci tzv. Registr poskytovatelů sociálních služeb. Na základě zákona č.108/2006 Sb., O sociálních službách, s platností od 1.1. 2007 je zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb. Cílem tohoto zákona je chránit práva a zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin(MPSV,2012, online).

Společnost, prostřednictvím státu, poskytuje pomoc a podporu fyzickým osobám, a to formou sociálních služeb.

Publikace Metody a řízení sociální práce definuje sociální služby takto: jsou to „všechny služby krátkodobé i dlouhodobé poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.“ (MATOUŠEK, 2008, s. 214).

Internetový portál Ministerstva práce a sociálních věcí definuje sociální služby: „Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., O sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti“ (MPSV, 2012, online).

Sociální služby poskytují kraje, obce, které zřizují organizace, které poskytují sociální služby (domovy pro seniory) nestátní neziskové organizace, fyzické osoby, ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV, 2012, online).

Sociální služby dělíme:

- Terénní služby – pečovatelské služby, ošetrovatelské služby, osobní asistence
- Ambulantní služby – centra denních služeb
- Pobytové služby – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře (MATOUŠEK, 2008).

Lidé s Alzheimerovou chorobou jsou umístěni v domovech se zvláštním režimem. Definice tohoto zařízení podle zákona č.108/2006 Sb.,§50: „V domovech se

zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislost na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (MPSV, 2012,online).

Seznam domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji uvádím v příloze č. 4.

2.6.1 Česká Alzheimerovská společnost (ČASL)

První Alzheimerovská společnost ve světě vznikla v roce 1977 v Kanadě – Alzheimer Society of Canada. 20 let po jejím vzniku tedy v roce 1997 vzniká Česká Alzheimerovská společnost. Důvodem vzniku této organizace byla skutečnost, že demenci typu Alzheimerova není věnována dostatečná pozornost. Členové byli zpočátku lékaři, sestry, sociální pracovníci, studenti sociálních oborů, později se přidali rodinní příslušníci a pečovatelé, tedy lidé, jichž se uvedená problematika týká nejvíce (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Česká Alzheimerovská společnost (ČALS) sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. Cílem této společnosti je pomoc a podpora lidí postižených demencí jak pro samotné nemocné, tak jejich rodinné příslušníky, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny. ČALS má tzv. kontaktní místa po celé České republice (v současné době celkem 25), aby byla dostupná všem lidem. Kontaktní místa jsou zařízení státní i nestátní, sociální i zdravotnická a cílem je poskytování kvalitních služeb. Jejich seznam uvádím v příloze č. 5. Česká Alzheimerovská společnost je členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. V roce 2004 pořádala mezinárodní kongres a výroční kongres evropské asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

ČALS vydává řadu brožur a letáků určené zejména laické veřejnosti za účelem poskytnutí informací o onemocnění a včasné diagnostice. ČALS také vydává od roku

2009 čtvrtletník Vážka, který se zabývá Alzheimerem ve světě, výzkumy a novinkami v péči.

Česká Alzheimerova společnost organizuje různé přednášky a kurzy pro zdravotníky, studenty a rodinné pečující.

2.6.2 Projekty ČASL

Mezinárodní Alzheimerovská asociace Alzheimer's Disease International považuje od roku 1994 21. září za Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká Alzheimerovská společnost se připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 se tento den nazývá Pomerančový den. Během tohoto dne se upozorňuje na problematiku Alzheimerovy choroby a pořádá se řada akcí, např. koncert pro Vážku nebo veřejná sbírka, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby trpící demencí v kontaktních místech.

V roce 2005 byl Pomerančový den přesunut na 21. června, tedy den, kdy v Česku slaví jmeniny Alois (ALZHEIMER, 2012, online).

Zajímavostí této organizace je také udílení ceny Zlatá Vážka. Od roku 1998 je toto ocenění udělováno osobnostem, které se zasadily o rozvoj péče o seniory a chronicky nemocné. Nominován může být každý, kdo přispěl či přispívá svojí činností ať již z odborné či laické veřejnosti. Ocenění je předáváno v rámci gerontologických dní.

- Čaje o páté

Jednu z prvních služeb, kterou vytvořila Česká Alzheimerovská společnost, jsou „Čaje o páté“, které se konají ve všech regionech České republiky. Jedná se o svépomocné skupiny, kde za podpory vyškolených pracovníků si vyměňují zkušenosti rodinní pečovatelé. Společně se podporují a snaží se najít řešení různých problémů. Účastníky některých setkání jsou i odborníci, kteří odpovídají na dotazy (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

- Bezpečný návrat

Projekt bezpečný návrat je dlouhodobým projektem ČASL, který je zaměřen na lidi, kteří jsou ohroženi blouděním. Do projektu jsou zapojeni nemocní a rodinní pečující, kteří poskytují základní údaje o nemocném a především telefonické kontakty na sebe a další členy rodiny. Člověk s demencí často ztrácí orientaci i na známých místech, stává se, že není schopen najít cestu domů. Zprvu tuto situaci řešila kartička se jménem a tel. číslem a adresou. Z několika důvodů, ale není tato cesta nejlepší. Nemocný si ji ne vždy při procházce vezme s sebou, není také bezpečné veřejně vystavovat své osobní údaje. ČASL reaguje na tento problém projektem Bezpečný návrat. Cílem projektu je pomoci nemocnému člověku nalézt cestu domů. Účastník vyplní přihlášku, na jejímž základě získá tři náramky, na nichž je uveden jedinečný kód a telefonní číslo na linku ČASL. Když se majitel náramku ztratí, jsou schopni ho identifikovat a následně kontaktovat rodinu či příbuzné. Účast v programu je bezplatná a může se zapojit každý, kdo vyplní přihlášku, kterou uvádím v příloze č. 6 (ALZHEIMER, 2012, online).

- Certifikace Vážka

Česká alzheimerovská společnost vytvořila certifikační systém, který se zabývá službami, které jsou určeny pro lidi s demencí. Zařízení, která poskytují své služby v souladu s Kritérii pro udělení certifikátu Vážka, uděluje certifikát Vážka[®] na dobu 18 měsíců. Jak jsem se již zmínila výše, všechna kontaktní místa ČALS musí projít certifikační službou, kterou poskytují lidem s demencí. Od roku 2009 byl zahájen proces certifikace kontaktních míst, aktuálně mají certifikaci za sebou téměř všechna zařízení poskytující pobytové služby. Od poloviny roku 2011 se provádí audit kontaktních míst, která poskytují své služby v denním stacionáři a také audit ostatních zařízení (ALZHEIMER, 2012, online).

4 Praktická část

3. Cíl a úkoly práce

3.1 Cíl práce

Cílem mé práce je sledování a komparace domácí a ústavní péče o osoby s demencí na základě Alzheimerovy choroby v Jihočeském kraji. Zaměřila jsem na možnosti péče, kterou nabízí ústavní zařízení a srovnala je s možnostmi, které mají lidé s Alzheimerovou chorobou v domácí péči.

3.2 Úkoly práce

- Výběr vyšetřovaného vzorku klientů či pouze jednoho klienta
- Monitorování domácí a ústavní péče
- Komparace oboru způsobu ošetřování
- Vytvoření preventivních opatření pro potenciální pacienty
- Utřídění a vyhodnocení dat
- Stanovení závěrů
- Doporučení pro praxi

3.3 Odborné otázky

Otázka č. 1:

Je péče v domácím prostředí srovnatelná s péčí v ústavním zařízení?

Otázka č. 2:

Mají klienti ústavní péče větší možnost využít aktivizačních činností než klienti v domácí péči?

4. Praktická část

4.1 Metodika

Praktické šetření probíhalo pomocí řízeného rozhovoru a pozorování. Rozhovor zaznamenan na diktafon. Pro rozhovor jsem vytvořila strukturovaný dotazník, který je

zaměřen na určité dílčí části s možností doplnění informací od každého zkoumaného klienta.

4.2 Charakteristika souboru

Výzkum ústavní péče probíhal v Alzheimer centrum Loucký mlýn. Výzkumu v domácím prostředí se zúčastnilo 5 klientů z Jihočeského kraje. Se dvěma klienty z domácího prostředí se osobně znám. O zbývajících třech klientech jsem se dozvěděla prostřednictvím členů jejich rodiny.

V pěti vybraných rodinách bylo provedeno pozorování zaměřené na osobu s Alzheimerovou chorobou. V každé domácnosti jsem vedla rozhovor s člověkem s Alzheimerovou chorobou za přítomnosti rodinných pečovatелů, údaje jsem zaznamenávala na diktafon, jednalo se o 4 ženy a 1 muže. Jejich charakteristiku uvádím v tabulce č. 1. Pro zachování osobních údajů jsem označila jednotlivé klienty písmeny A,B,C,D,E. Všichni sledovaní klienti v domácí péči jsou mobilní.

Alzheimer centrum Loucký mlýn je zařízení specializované pro klienty s Alzheimerovou chorobou, psychické poruchy a jiné typy demencí. Je zde 65 klientů. Centrum se nachází nedaleko Vodňan. V okolí je krásná příroda a jsou zde tedy výborné podmínky pro procházky či jiné zájmové aktivity ve venkovním prostředí. Ubytování je zajištěno pomocí dvou až třílůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením. K dispozici jsou společenské a terapeutické místnosti, zimní zahrada, terasa.

Tabulka č. 1 Charakteristika souboru – domácí péče

Klienti domácí péče	Pohlaví	Věk	Místo bydliště	Doba trvání onemocnění	Stádium onemocnění	Kdo pečuje o nemocného?
Klient A	žena	81 let	Zliv	4 roky	AD s pozdním začátkem	Dcera rodina
Klient B	žena	79 let	České Budějovice	3 roky	AD s pozdním začátkem	Manžel rodina
Klient C	žena	82 let	České Budějovice	5 let	AD s pozdním začátkem	Dcera manžel

Klient D	žena	86 let	České Budějovice	5 let	AD s pozdním začátkem	Dcera
Klient E	muž	82 let	Tábor	4 roky	AD s pozdním začátkem	Dcera rodina

4.3 Organizace praktického šetření

Šetření v rodinách probíhalo za pomoci dotazníku, pozorování a řízeného rozhovoru, který jsem si s laskavým dovolením rodin zaznamenávala na diktafon. Během praktického šetření jsem navštívila každou rodinu v místě jejich bydliště. Ukázali mi, kde jejich příbuzný s Alzheimerovou chorobou žije, jeho pokoj a sociální zařízení. Následně jsem si povídala se všemi členy rodiny i se samotným nemocným.

Výzkum v sociálním zařízení probíhal v Alzheimer centrum Loucký mlýn nedaleko Vodňan. Loucký mlýn jsem pravidelně navštěvovala a účastnila se různých zájmových aktivit s klienty. Probíhaly rozhovory s nemocnými, se zaměstnanci a se sociální pracovníci na základě dotazníku.

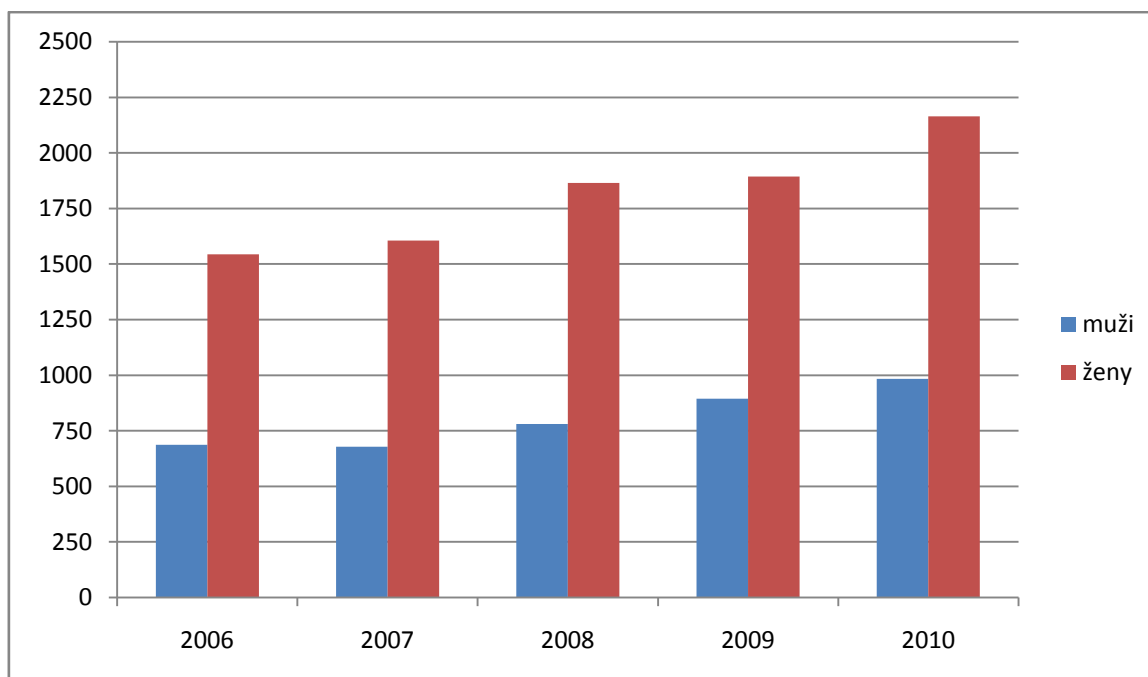
Praktické šetření probíhalo v období srpen 2011 až únor 2012.

Pro lepší orientaci v problematice zde uvádím základní statistické údaje a čísla. Data jsou platná k 31. 12. 2010.

- V České Republice žije celkem 10 532 770 obyvatel. Z toho 5 168 799 mužů a 5 363 971 žen (MPSV, 2012, online)
- V České republice onemocnělo Alzheimerovou chorobou zhruba 123 194 lidí, ve světě je to 7,3 milionu lidí (ALZHEIMER, 2012, online).
- V Jihočeském kraji žije 638 706 obyvatel, z toho 323 826 žen
- V Jihočeském kraji bylo hospitalizováno 677 lidí s Alzheimerovou chorobou v letech 2006-2010 (ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA, 2010)

Aktuální informace v grafech jsou čerpány z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA, 2010).

Graf č. 1 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova nemoc v lůžkových zařízeních podle pohlaví v letech 2006-2010 v České republice



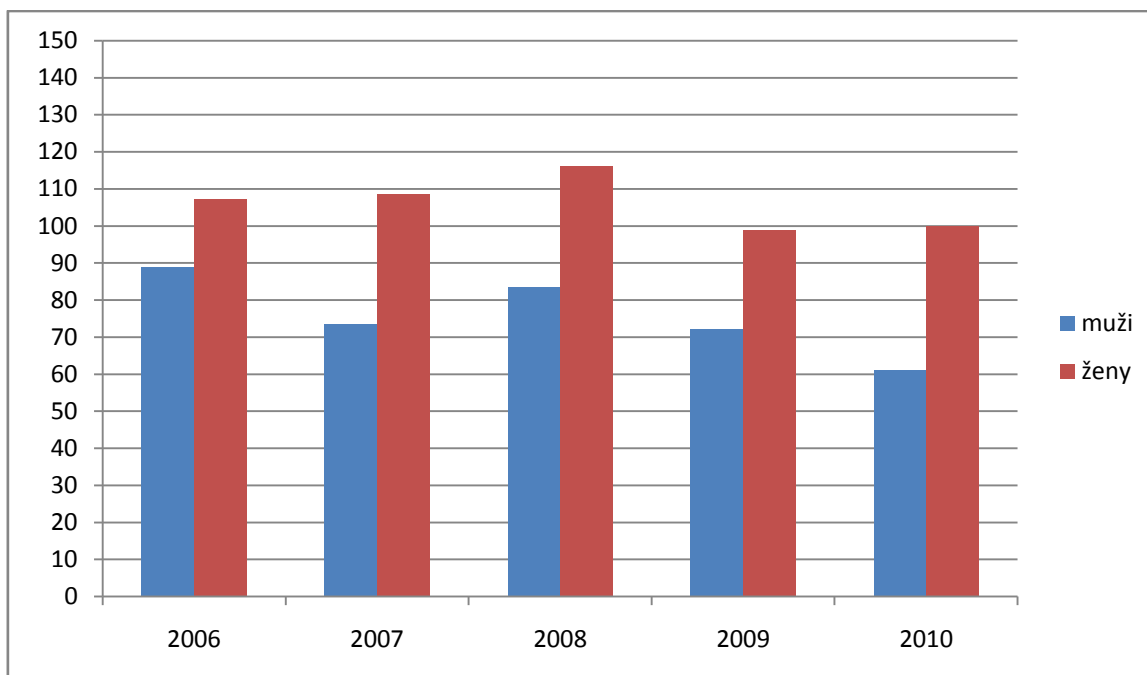
Popis grafu č. 1:

Svislý sloupec uvádí počet hospitalizovaných pacientů s Alzheimerovou chorobou. Vodorovná osa znázorňuje časovou osu. Modrý sloupec znázorňuje muže, červený ženy.

Z grafu je patrné, že v letech 2006 - 2010 v České republice došlo k výraznému nárůstu hospitalizací s Alzheimerovou chorobou. V roce 2006 to bylo 2 231 hospitalizací (z toho 1544 žen, 687 mužů) a v roce 2010 již celkem 3 148 (z toho žen 2 165, 983 mužů). Celkový nárůst je o 917 hospitalizací.

K ukončení hospitalizace na oddělení v nemocnici nebo psychiatrické léčebně dochází v případě propuštění, přeložení nebo úmrtí pacienta.

Graf č. 2 Průměrná ošetrovací doba hospitalizací s diagnózou Alzheimerova nemoc v lůžkových zařízeních podle pohlaví v České republice



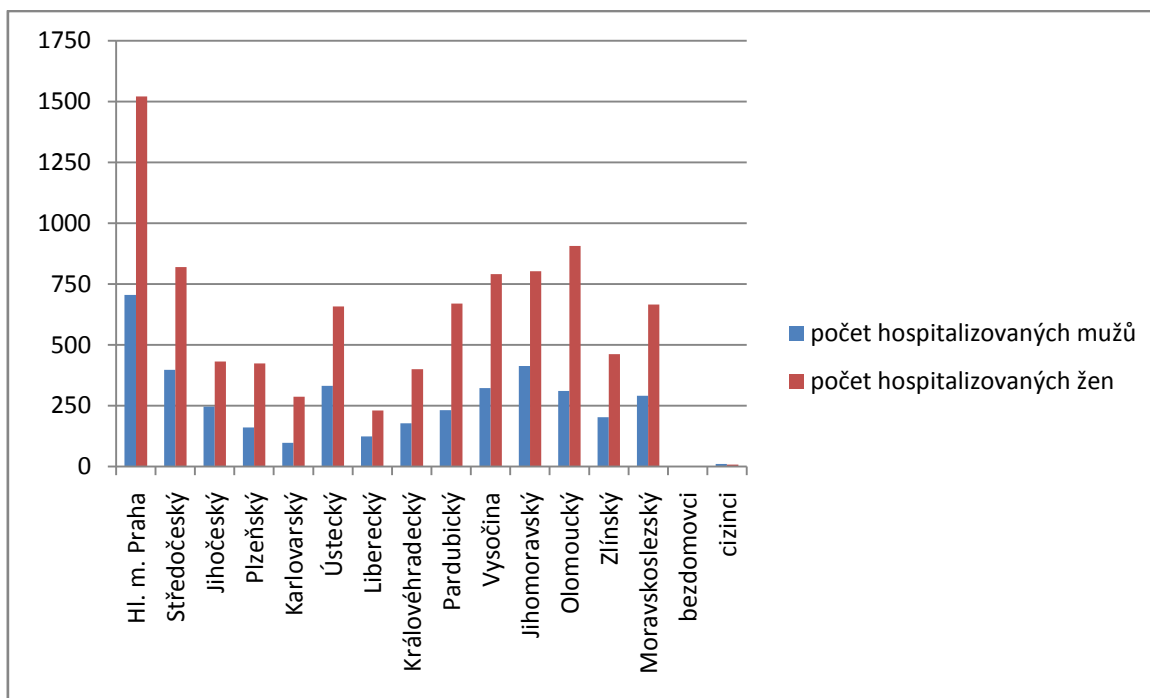
Popis grafu č. 2:

Svislá osa uvádí průměrnou ošetrovací dobu. Vodorovná osa znázorňuje roky.

Červený sloupec znázorňuje ženy, modrý sloupec muže.

Graf poukazuje na průměrnou ošetrovací dobu v letech 2006 - 2010. V roce 2006 byla průměrná ošetrovací doba celkem 101,7 dní (89 dní u mužů, 107,4 dní u žen). V roce 2008 vzrostla na 106,6 dnů a v roce 2010 klesla na 87,8 dní.

Graf č.3 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova nemoc v lůžkových zařízeních podle kraje bydliště a pohlaví v letech 2006-2010 v České republice

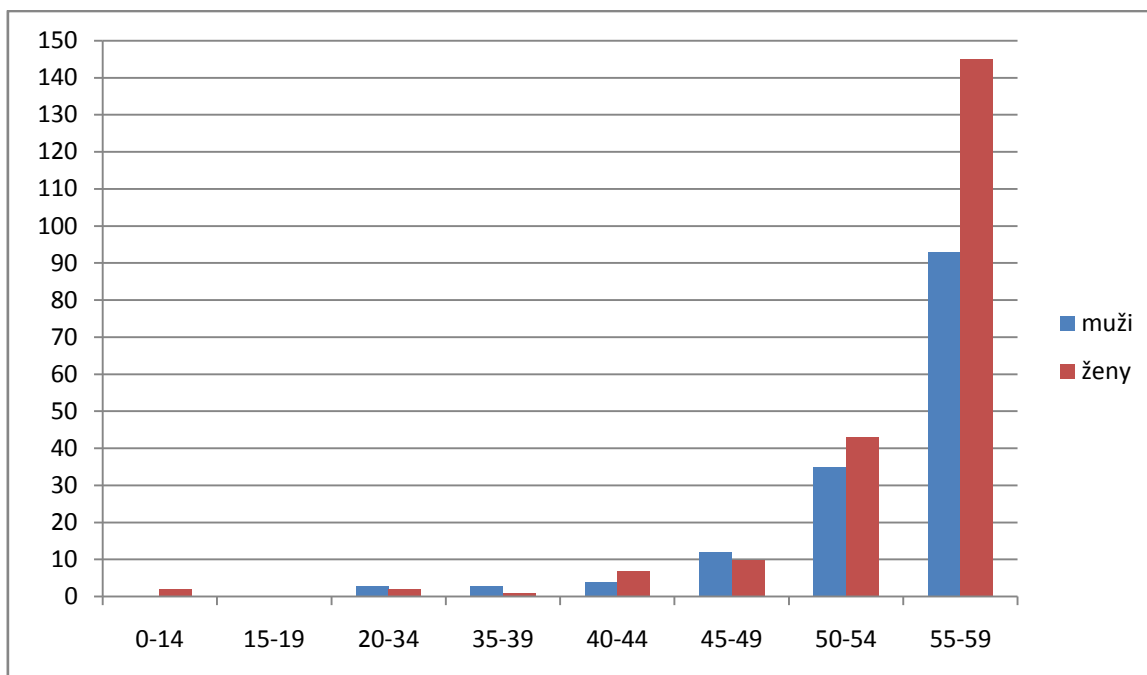


Popis grafu č. 3:

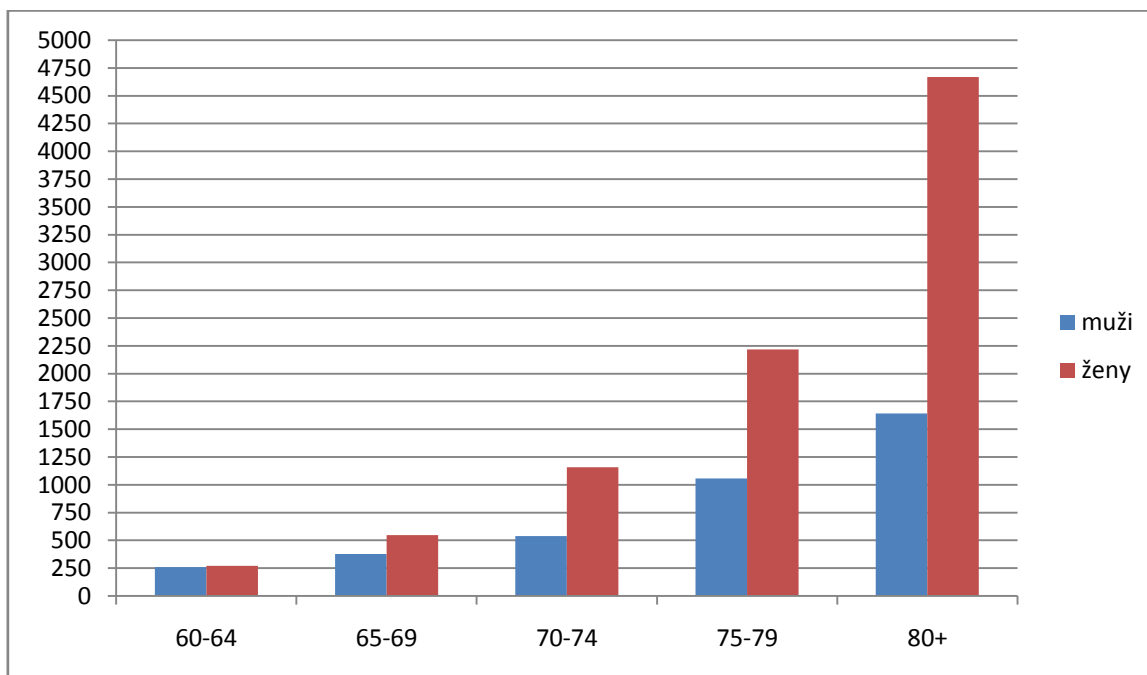
Svislá osa uvádí počet hospitalizací v daném kraji. Vodorovná osa znázorňuje 14 krajů České republiky.

V grafu č. 3 uvádím počet hospitalizovaných podle 14 krajů České republiky v letech 2006-2010. Nejvíce hospitalizací s Alzheimerovou chorobou, v lůžkových zařízeních podle kraje bydliště, je v hlavním městě Praha a to 2 226, z toho žen 1 521. Nejméně hospitalizací podle kraje bydliště je v Libereckém kraji a to 354 z toho 230 žen. Pro Jihočeský kraj se uvádí 246 hospitalizací u mužů a 431 u žen, celkem v Jihočeském kraji bylo v letech 2006-2010 677 hospitalizací.

Graf č. 4 Počet hospitalizací s Alzheimerovou nemocí v lůžkových zařízeních podle věkových skupin a pohlaví v letech 2006-2010. Věkové rozmezí 0-59.



Graf č. 5 Počet hospitalizací s Alzheimerovou nemocí v lůžkových zařízeních podle věkových skupin a pohlaví v letech 2006-2010. Věkové rozmezí 60-80+.

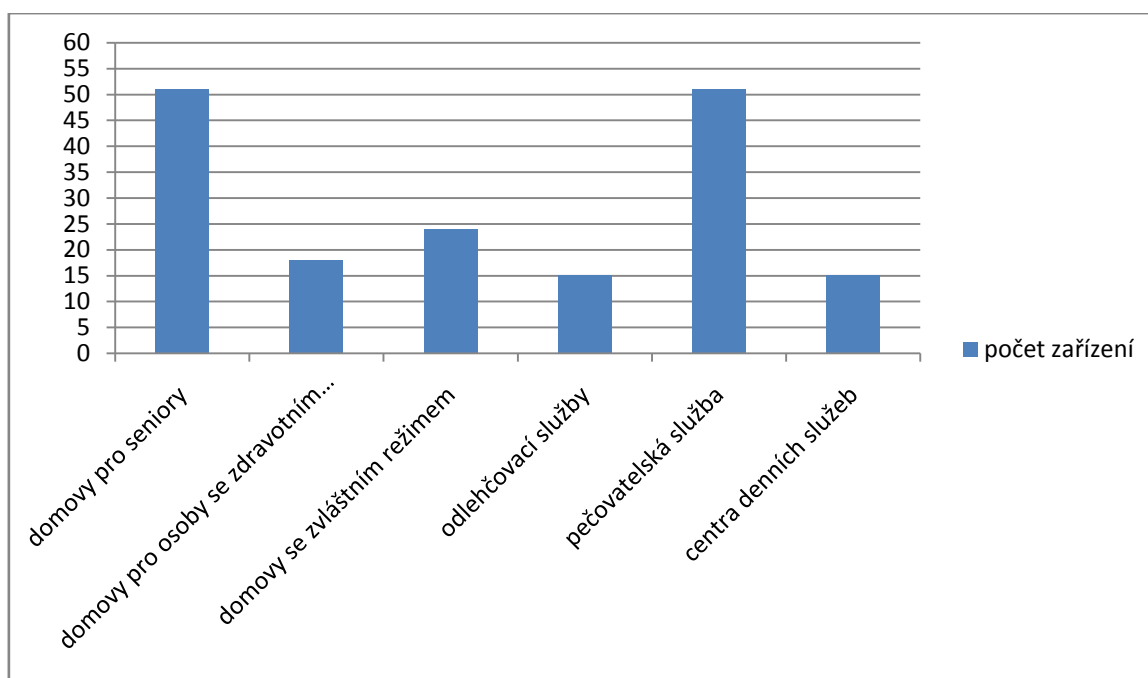


Popis grafu č. 4 a č. 5:

Svislé osy u grafů č. 4 a č. 5 znázorňují počet hospitalizací. Vodorovné osy uvádí věkové skupiny.

Graf č. 4 a 5 popisuje počet hospitalizací v letech 2006 až 2010 v České republice dle věkového rozmezí. Jak se zmiňuji v teoretické části, Alzheimerova choroba s časným začátkem začíná před 65 rokem a Alzheimerova choroba s pozdním začátkem začíná po 65 roku života, většinou kolem 80 roku. Ve věkovém rozmezí 65-69 let bylo hospitalizováno 376 mužů a 548 žen. K největšímu nárůstu hospitalizací došlo ve věku 80+ a to 1 641 mužů a 4 670 žen.

Graf č. 6 Počet zařízení poskytujících sociální služby v Jihočeském kraji



Popis grafu č. 6:

Graf č. 6 nám ukazuje, kolik zařízení se nachází v Jihočeském kraji, které poskytují sociální služby. Poskytování sociálních služeb se rozumí: pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravy, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí informací a zprostředkování společenského kontaktu v rámci různých zájmových aktivit.

Nejvíce zařízení je domovů pro seniory a pečovatelské služby – 51. Odlehčovací služby ve smyslu respitní péče poskytuje 15 zařízení a seznam těchto zařízení uvádím v příloze č. 10. Domovů se zvláštním režimem je 24 a jejich seznam uvádím v příloze č. 4. Domovů pro osoby se zdravotním postižením je 18. Počet center denních služeb je 15, ale pouze 4 z nich uvádí jako svoji cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním. Údaje jsem čerpala z webových stránek ministerstva práce a sociálních věcí z portálu registrů poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, online, 2012).

5 Výsledky a diskuse

V této kapitole vyhodnocuji řízené rozhovory a odpovědi z dotazníků. Sestavila jsem dva dotazníky. První dotazník je určen pro ústavní péči, kde otázky jsou označeny čísly 1 až 9 (dotazník uvádím v příloze č. 8). Dotazník s otázkami 1A až 9A je sestaven pro domácí péči (příloha č. 9). Formulace otázek byla přizpůsobena druhu péče, ale význam otázek je neměnný.

Dotazníkové otázky č. 1 a č. 1A

1. Jaké aktivizační činnosti nabízí váš ústav?

1A. Jaké aktivizační činnosti máte možnost navštívit ve vašem okolí?

Alzheimer centrum Loucký mlýn nabízí řadu aktivizačních činností, které aktivizují klienta a podporují jeho soběstačnost. Aktivitu, které ústav nabízí: muzikoterapie, ergoterapie, reminiscenční terapii, aromaterapie, canisterapie, hipoterapie arteterapie, taneční terapie, doteková terapie, trénování paměti. O plán aktivizačních činností se stará pět terapeutek a každá vytváří různorodý program. Činnosti probíhají po snídani a před večerí. Každá aktivita je klientovi nabídnuta a účast je dobrovolná.

Oblíbenou činností je muzikoterapie. V letních dnech probíhá na terase. Hodinu vede odborná lektorka. Zpívají známé písničky z jejich mládí za doprovodu CD přehrávače a hudebních nástrojů, které obsluhují samotní klienti (bubínek, dřívka). Další nejnavštěvovanější aktivitou je ergoterapie, v rámci této aktivity klienti vaří ve společné kuchyňce. Trénování paměti je nedílnou součástí aktivizace klienta, probíhá v kolektivu za přítomnosti vyškolené lektorky formou rozhovorů, říkadel a básniček.

Z rozhovorů s klienty v domácí péči vyplynulo, že pouze klientka B navštěvuje v rámci odlehčovací služby ergoterapii. Ostatní nenavštěvují žádné výše uvedené aktivity jako klienti v ústavní péči. V rámci možnosti rodiny a svého bydliště si vytvářejí jiný program. Tento program uvádím v tabulce č. 2

Tabulka č. 2 Aktivizační činnosti klientů v domácí péči

Klient A	Podílí se na přípravě snídaně, v letním období plave v bazénu na zahradě, ráda si prohlíží časopisy a maluje.
Klient B	Chodí s manželem na procházky, má ráda vonné svíčky – aromaterapie.
Klient C	Je ráda v přítomnosti svého psa, s dcerou chodí na procházky.
Klient D	Ráda maluje, ráda poslouchá příběhy Toulky českou minulostí a dětské pohádky na CD přehrávači.
Klient E	Rád se věnuje zahradničení a vaření.

Dotazníkové otázky č. 2 a č. 2A

Pro zjištění denního režimu jak v ústavu, tak v domácí péči, jsem zvolila jeden den v týdnu pro všechny stejný, abych dosažené informace mohla vyhodnotit.

2. Jaký je denní režim klientů ve vašem zařízení?

V ústavní péči je z organizačních důvodů harmonogram pevně daný. Snaží se však vyhovět přáním klientů.

- Čas vstávání je individuální pro každého, dle jeho zvyklostí. Obvyklé vstávání začíná v 7.30. Během vstávání dochází k nácviку soběstačnosti, která je zde maximálně podporována. Za dohledu zaměstnance se klient snaží sám provést hygienu (čištění zubů, omytí obličeje, česání vlasů), oblékat se (často nevědí jak vrstvit oblečení), stlaní lůžka.
- Následuje snídaně, která by měla proběhnout do 10:00.
- Po snídani následují aktivizační činnosti dle programu ve velké jídelně nebo v ergomístnosti (ergoterapie, muzikoterapie), skupinové vycházky nebo individuální vycházky, vždy za doprovodu zaměstnance.
- Oběd je časově daný ve společné jídelně od 11:30.

- Po obědě následuje odpočinek v pokojích nebo zůstávají v jídelně nebo v ergomístnosti a dívají se např. na televizi.
- Odpoledne probíhají aktivizační činnosti dle programu, který je sestaven na základě počasí, tradic (Vánoce, Velikonoce). Probíhají v ergomístnosti, kde je maximálně 8 klientů, kteří se zde střídají.
- Svačina se podává v 15:00.
- Večeře je ve společné jídelně v 17.00 hod za přítomnosti zaměstnanců.
- Po večeři se klienti odvádí na pokoj, kde probíhá večerní hygiena, spánek.

2A. Jak máte zorganizovanou péči o vašeho příbuzného v rodině?

- **Klient A** 3 x v týdnu dopoledne je zajištěna pečovatelská služba. V ostatní dny se o ni stará její dcera. O víkendu se na péči podílí i ostatní rodina.
- **Klient B** v týdnu se stará manžel a o víkendu využívají odlehčovací službu. Vaření i hygienu obstarává manžel.
- **Klient C** stará se převážně dcera, manžel chodí do práce a pak s péčí také pomáhá. Vaření a hygienu z větší míry zajišťuje dcera.
- **Klient D** opatruje ji dcera (stravu, hygienu). Odpoledne se snaží malovat nebo poslouchají její oblíbené příběhy na CD přehrávači.
- **Klient E** o klienta E pečuje střídavě celá rodina, převážně dcera. Klient E pomáhá při vaření, s hygienou pomáhá zeť. Po obědě pracuje na zahrádce.

Dotazníkové otázky č. 3 a č. 3A

3 . Jak se zajištěna strava ve vašem zařízení?

Klienti se stravují 4x za den (snídaně, oběd, svačina, večeře). Jídelníček se sestavuje dle zvyklostí klientů a vaří se česká kuchyně. Pacient s Alzheimerovou chorobou ubývá na váze, z důvodu nižší činnosti mozku, tělo nemá možnost přijímané živiny využít. Klienti jsou váženi každý týden, aby se sledovaly úbytky na váze. V případě potřeby jsou krmeni nebo dokrmováni ošetřujícím personálem. Velký zřetel je brán na pitný režim.

3A Jak se klient stravuje v domácím prostředí?

- **Klient A** má velmi ráda sladké a polévky. Stravuje se v průměru 5xdenně, má ráda nealkoholické pivo.
- **Klientka B** nemá chuť k jídlu, jí převážně mléčné výrobky.
- **Klientka C a D** preferují českou kuchyni a stravují se 3xdenně.
- **Klient E** uzeniny, chléb, vejce, příležitostně kouří a má rád pivo.

Dotazníkové otázky č. 4 a č. 4A

4 Jak často si berou příbuzné klienta domů?

V sociálním zařízení Loucký mlýn jsou návštěvy časově neomezené. Klienta rodina může kdykoliv navštívit. Mohou využívat i internetového spojení s rodinou či přáteli ve vymezených hodinách. Návštěvy a braní si klientů domů jsou velmi individuální záležitostí na základě vztahů v rodině. Není to dáno velkou vzdáleností od místa bydliště.

4A Využíváte odlehčovací (respitní) péče a jak často?

Respitní péči využívá pouze jedna rodina z pěti dotázaných. Klientka B je vždy přes týden v domácí péči a o víkendu je převezena do ústavního zařízení. Manžel má možnost si odpočinout a načerpat novou energii pro další ošetřování. Čtyři rodinní pečovatelé z pěti oslovených nevěděli, co znamená respitní péče a že mají možnost ji využít.

Dotazníkové otázky č. 5 a č. 5A

5 Jakým způsobem poskytujete informace o chorobě a možnostech péče klientům a příbuzným? Pořádá váš ústav „čaje o páté“ nebo projekt bezpečný návrat?

V ústavní péči v Louckém mlýně se s projektem „čaje o páté“ nesetkáme, pracují s každým individuálně. Jedná se o setkávání laické veřejnosti, která si předává

zkušenosti s ostatními, kteří se také starají o své příbuzné s Alzheimerovou chorobou za účasti odborníků. Projekt bezpečný návrat pomáhá lidem, kteří jsou ohroženi blouděním. Projektu se účastní lidé a příbuzní, kteří poskytli základní informace o nemocném a telefonické kontakty. Následně klienti dostanou pásek na ruku, kde je pouze číslo pod kterým jej mohou identifikovat v případě bloudění mimo místo svého bydliště, a telefonní kontakt. Tohoto projektu se nezúčastňují, protože bezpečnost je zajištěna personálem, kamerovým systémem, pojistkami na oknech, které se nedají zcela otevřít.

Informace o chorobě příbuzný získá od zdravotnického personálu (staniční a vrchní sestry). Sociální pracovnice poskytuje informace o sociálních službách. Informace jsou poskytovány formou webových stránek a letáčků. Webové stránky nabízejí informace o zařízení, o poskytované péči a chorobě, stránky jsou velmi přehledné a pěkně zpracované. Poskytují všechny potřebné informace. V zařízení je také vydáván měsíčník s názvem „Náš měsíčník“, který je určen rodinám klientů. Informují je o chodu zařízení a všech novinkách daného měsíce, aktivitách, výletech, novinkách v péči.

5A Jak si zjišťujete informace o chorobě a možnostech péče? Máte možnost ve svém okolí navštívit „čaje o páté“, účastníte se projektu „bezpečný návrat“?

Sledovaní klienti v Jihočeském kraji nenavštěvují „čaje o páté“. O této možnosti nevěděli. Pět dotázaných klientů nemá informace o projektu „bezpečný návrat“. Informace si převážně zjišťují z internetových portálů, z dostupné literatury a od lékařů.

Dotazníkové otázky č. 6 a č. 6A

6 Poskytuje vaše zařízení fyzioterapii?

Alzheimercentrum Loucký mlýn nabízí svým klientům fyzioterapii. Rehabilitační pracovník podporuje klienta v pohybu, kondici a nácviku chůze. Rehabilitační pomůcky jsou k dispozici všem klientům a to zdarma.

6A Máte možnost navštívit ve svém okolí fyzioterapii?

- **Klient A** provádí fyzioterapii se svou pečovatelkou, která ji navštěvuje 3x týdně. Provádějí základní protahovací cvičení, krouživé pohyby horních i dolních končetin.
- **Klient B** rehabilitačního cvičení se zúčastňuje pouze v době, kdy využívá odlehčovací péči.
- **Klient C, E** nevyužívají rehabilitačního cvičení.
- **Klient D** pravidelně cvičí se svou dcerou. Dcera absolvovala kurz fyzioterapie a masáží.

Dotazníkové otázky č. 7 a č. 7A

7 Jak je zajištěna zdravotní péče ve vašem zařízení?

O klienty v ústavním zařízení se starají při každé směně 2 zdravotní sestry a 11 ošetřovatelek. Obvodní lékař dochází pravidelně 1x v týdnu každou středu a 1x za 14 dní psychiatr.

7A Jak je zajištěna zdravotní péče? Jak často docházíte k lékaři

Všech pět dotazovaných klientů dochází jednou za půl roku k psychiatrovi z důvodu předepsání léků. Dle potřeb dochází k obvodnímu lékaři.

Dotazníkové otázky č. 8 a č. 8A

8 Jak vnímáte roli pečovatele v ústavní péči?

Na tuto otázku jsem se zeptala zaměstnanců ústavu Loucký mlýn.

„ Pracuji zde již 4 roky a práce mě baví, je to někdy náročné, ale je to mé zaměstnání a doma si odpočinu, rodinný pečující většinou nemá tuhle možnost“.

„ S klienty provádím muzikoterapii a je někdy neuvěřitelné, jak si vzpomenou a ožijí při písničkách z jejich mládí“.

8A Jak vnímáte roli pečovatele v domácí péči?

O **klientku A** se stará dcera a 3x týdně v dopoledních hodinách dochází pečovatelka. Dcera na otázku odpověděla: „Je to někdy velmi náročné, maminka je ve více věcech soběstačná, ale odpovídání na její stále stejné otázky více jak čtyři roky je někdy velmi unavující, ostatní členové rodiny také pomáhají, ale já jsem s ní v nejčastějším kontaktu“.

Manžel **klientky B**: „O svou ženu se starám velmi rád, byla to veselá a chytrá žena. Její nemoc přišla z čista jasna a musel jsem se podle toho zařídit. Snažím se jí vyjít ve všem vstříc, ale je to někdy těžké“.

Klientka C je v péči své dcery „Nedokážete si představit, jak je ta péče zatěžující, ale přesto to ráda dělám, je to moje maminka a jsem ráda, že může být s námi doma. Manžel mi hodně pomáhá, naše dcery maminka vůbec nepoznává a pořád jí musíme opakovat kdo to je a jak se jmenují“.

Dcera **klientky D** o péči o svou maminku řekla: „O maminku se starám více jak 5 let a myšlenka možnosti využít ústavní péče mě již napadla, ale bude se tam mamince líbit? Nejvíce totiž bojujeme s hygienou, nerada si čistí zuby a bojí se vody... není má povinnost se o ni starat, když jsem její dcera?“

O **klienta E** se stará celá rodina, každý má zde svoji „funkci“. Manžel se tatínkovi věnuje převážně na zahradě a snacha zařizuje „ošetřovatelskou péči“. Na otázku, jak vnímají svoji roli, odpověděli: „Je to situace, se kterou nikdo nepočítal, bylo pro nás nejtěžší získávat informace a říkali jsme si proč? Nikdo v rodině tuto nemoc nemá“.

Dotazníkové otázky č. 9 a č. 9 A

9 Jaké služby chybí ve vašem ústavu?

Zaměstnanci na tuto otázku odpověděli, že je v ústavu velmi široká nabídka služeb (sociální, zdravotní), ale vždy mohou něco vylepšit.

9A Které zájmové aktivity v JČ kraji pro vás a vašeho příbuzného v nabídce města chybí?

	Odpověď
Klient A	„Nevím. Měla bych zájem s maminkou docházet na rehabilitační cvičení a setkávat se s ostatními lidmi, ale nevím, kam zajít“.
Klient B	„Chodíme na procházky a nic jiného jsme zatím nevyhledávali“.
Klient C	„Informovala jsem se v jednom ústavu, co nabízejí, ale žádné kroužky jsme nemohli využít, protože nejsme klienti tohoto zařízení“.
Klient D	„Ráda bych mamince dopřála nějaké aktivity, ale nevím na koho se obrátit a kde hledat“.
Klient E	„Ani nevíme, jaké služby Jihočeský kraj nabízí“.

Diskuse

V Jihočeském kraji se eviduje řada sociálních zařízení, které poskytují péči seniorům. Je jich celkem 51, z toho 24 z nich se zaměřuje na péči o jedince s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o zařízení se zvláštním režimem. Domnívám se, že je těchto zařízení nedostatek, vzhledem k nárůstu hospitalizací v letech 2006-2010.

Během praktického šetření jsem navštěvovala domov se zvláštním režimem Loucký mlýn. Působil na mě klidným a příjemným dojmem. Zařízení se nachází v krásném a klidném prostředí města Vodňany. Okolí klienti v doprovodu zaměstnanců využívají na procházky. Práce zaměstnanců byla na velmi profesionální úrovni. Klienti na mě působili upraveně a spokojeně. Pokoje mají hezké a účelně zařízené, měly rodinnou atmosféru, kterou znázorňovaly fotografie z rodinného života. Zaujala mě široká nabídka aktivizačních činností pro klienty (ergoterapie, muzikoterapie, aj.).

Domácí prostředí ve všech rodinách bylo srovnatelné. Každý klient měl svůj pokoj uklizený, působil na mě rodinným dojmem (fotografie, upomínkové předměty). Součástí pokojů byl televizor nebo rádio. Během rozhovorů jsem nabyla dojmu, že se o své příbuzné starají rádi, že jsou smířeni se situací, ale je to pro ně náročné.

Otázky zodpovídali ochotně a se zaujetím získali nové informace z mé strany. Zjištěné informace (např. kontakty na denní centra) a výsledky mého šetření jsem rodinným příslušníkům předala.

Pro zjištění cíle jsem si na začátku výzkumu stanovila dvě odborné otázky:

Odborná otázka č. 1

Je péče v domácím prostředí srovnatelná s péčí v ústavním zařízení?

Domnívám se, že péče v domácím prostředí není srovnatelná s péčí v ústavním zařízení. V ústavním zařízení pro osoby se zvláštním režimem je cílem poskytovat komplexní služby, které vedou klienta k aktivnímu životu a soběstačnosti. Výhodu této péče vidím v profesionálním přístupu. Nevýhodu spatřuji v určité anonymitě. Domácí prostředí nabízí rodinnou atmosféru, ale nedostatek zkušeností rodinných pečujících a informací, jaké služby mohou využít.

Při získávání informací o organizaci péče v ústavním a v domácím prostředí jsem zjistila, že v ústavní péči je harmonogram jasně daný, samozřejmě s možnými ohledy na klientovo přání. Výhodu vidím v profesionální péči a pozitivním přístupu zaměstnanců a v pravidelném setkávání s ostatními klienty jak při stravování tak při aktivitách. V domácím prostředí není péče organizačně závislá na ostatních, jako je tomu v ústavu. V rodině si klient časový harmonogram přizpůsobí svým potřebám a momentální situaci a psychickému rozpoložení. Z rozhovoru s příbuznými o organizaci péče jsem zjistila, že je velmi náročné dodržovat denní režim vzhledem k tomu, že se o osobu s demencí stará převážně jeden rodinný pečující. Šetření ukázalo, že stravování v ústavním zařízení je více nutričně vyvážené, než je tomu v domácí péči. Klienti v ústavu jsou více kontrolováni, zda ubývají na váze a zda dodržují pitný režim. Zdravotní péče je v ústavu zajištěna po celou dobu pobytu, zato v domácí péči jsou pečující odkázáni na ordinační doby lékařů a musí si zajistit dopravu k lékaři.

Ústavní zařízení nabízí fyzioterapii svým klientům, která prodlouží jejich soběstačnost. Možnosti fyzioterapie využívají tři z pěti dotázaných klientů v domácí péči.

Ze sociálního zařízení si klienta neberou příliš často domů, příčinou není vzdálenost od místa bydliště, ale zaleží na vztazích v rodině. Jedná se tudíž o velmi individuální záležitost.

Během výzkumného šetření se ukázalo, že existuje velká neinformovanost klientů v domácí péči o projektech „Čaje o páté“ nebo „Bezpečný návrat“. Tyto projekty organizuje ČASL a v Jihočeském kraji neprobíhají. Zájemci mohou po telefonické domluvě navštívit „Čaje o páté“ v hl.m. Praha. Služby „Bezpečný návrat“ se může zúčastnit každý, kdo vyplní přihlášku na webových stránkách ČASL. Alternativou pro klienty z Jihočeského kraje, může být Univerzitní centrum „PATUP“, které je kontaktním místem České Alzheimerovské společnosti. Centrum zřídilo poradenskou linku (úterý 13:00 - 15:00). Náplní je osobní konzultace, kurzy trénování paměti, poradenství v oblasti komunikace s lidmi s demencí, konzultace a vyšetření paměti. V rámci projektu ČASL probíhají „Dny paměti“ a také vedou svépomocnou skupinu pro laické pečovatele. Ani jeden z dotázaných však nevěděl o tomto centru. Šetření také poukazuje na fakt, že rodiny, které umístily svého příbuzného do ústavní péče Loucký mlýn, mají snazší přístup k informacím ohledně péče a onemocnění, než je tomu v domácí péči. Rodiny se mohou kdykoliv obrátit na ústav, kde žije jejich příbuzný a kde mu odpoví na všechny otázky. Domnívám se, že lidé v domácí péči jsou odkázáni pouze na internet a svého psychiatra.

Péče o osobu s demencí je velmi náročná, všech pět dotázaných uvedlo, že je to těžké, ale v rámci rodinných vztahů se chtějí o svého příbuzného postarat.

Odborná otázka č. 2

Mají klienti ústavní péče větší možnost využít aktivizačních činností než klienti v domácí péči?

Z šetření vyplynulo, že je nedostatek aktivizačních činností pro klienty v domácí péči. Aktivizačních činností se mohou klienti účastnit nejen ve svých domovech, ale i v centrech denních služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb uvádí 15 center denních služeb, ale pouze 4 uvádí jako svoji cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním. Centra nabízejí různorodé činnosti např. společné vaření, kreslení, četbu, ale především zprostředkovávají kontakt s ostatními a tím je uspokojována jedna ze základních potřeb člověka. Domov pro seniory Máj v Českých Budějovicích poskytuje službu denního centra pro osoby s demencí od 7:00 do 18:00 ve všední dny. Je zde zajištěna i strava a po dohodě i možnost dopravy. Cena za pobyt v denním centru závisí na zdravotním stavu klienta a na výši přiznaného příspěvku na

péči. Domnívám se, že využití denního centra je velkou pomocí pro rodiny pečující o osoby s demencí.

V ústavním zařízení je velmi široká nabídka aktivizačních činností, probíhají pod profesionálním vedením po celý den.

V rámci šetření jsem také zjišťovala možnosti „odlehčovací služby“. Odlehčovací službu využívá 1 klientka z 5 dotázaných. Službu poskytuje 15 zařízení v Jihočeském kraji, jejich seznam uvádím v příloze č. 10. Poskytovatelé této služby jsou převážně Domovy pro seniory a denní centra. I přesto, že je v kraji 15 zařízení poskytující respitní péči, domnívám se, že se jedná o nedostačující počet, neboť o tuto službu je velký zájem a existující zařízení jsou často na dlouho dobu zaplněna. Klienti zde mohou setrvat maximálně 3 měsíce a výběr zařízení není určen místem trvalého pobytu žadajícího.

Součástí praktického šetření byly návštěvy jak ústavního zařízení, tak domovů rodin, které pečují o člověka s demencí. V následující části uvádím mnou zjištěné výhody a nevýhody jednotlivé péče.

Rodinné prostředí – výhody

- Rodinné zázemí
- Znalost života jedince, zájmy, zvyklosti, rodina ví, jak reagovat na jeho vzpomínky.
- Jedinec zná své prostředí, má zde pocit bezpečí a jistoty.
- Péče je zajištěna blízkou osobou.

Rodinné prostředí – nevýhody

- Nedostatek informací, chybí odborná znalost pečujících.
- Péče je zajištěna dle možností pečujících.
- Nedostatek aktivizačních činností
- Riziko únavy, stresu, pocitu vyčerpání u pečujících osob

Ústavní péče – výhody

- Profesionální péče (zdravotní, sociální)
- Dostatek aktivizačních činností.
- Příjemné prostředí
- Zajištění bezpečnosti

Ústavní péče – nevýhody

- O osobu pečuje cizí osoba.
- Jeden zaměstnanec pečuje o více osob.
- Neúplná znalost personálu o životě klienta
- Nutnost podřízení provoznímu řádu – určitá nesvoboda

6 Závěr

Cílem bakalářské práce byla komparace ústavní a domácí péče u klienta s demencí (Alzheimerova choroba) v Jihočeském kraji.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se pokusila charakterizovat pojem stáří, demence, její diagnostiku a léčbu. Jedna z kapitol se zabývá Alzheimerovou chorobou, diagnostikou a léčbou. Popisují domácí péči a ústavní zařízení a možnosti aktivizačních činností pro osoby s demencí. Část teoretické práce je věnována České Alzheimerovské společnosti.

Šetření v rámci praktické části probíhalo v domově se zvláštním režimem, Loucký mlýn, a v pěti rodinách, které mají v péči osobu s demencí, žijících v Jihočeském kraji. Informace jsem získávala pomocí řízených rozhovorů na základě dotazníku a pozorování.

V této práci jsem si dala za cíl zjistit, zda je péče v domácím prostředí srovnatelná s péčí v ústavním zařízení. Z šetření vyplynulo, že není srovnatelná, především z profesionálního přístupu k péči o nemocného. Pro všechny dotazované je péče v domácím prostředí velmi náročná, z důvodu celodenního opatrování.

Aktivizačních činností pro osoby s demencí je v domácím prostředí nedostatek, ve srovnání s ústavním zařízením, kde probíhají po celý den za dohledu profesionálního lektora. Výzkum poukázal také na nedostatek denních center v Jihočeském kraji, které mohou tyto činnosti lidem s demencí v domácím prostředí nabídnout. Informovanost rodin o aktivizačních činnostech je velmi malá, téměř nulová.

Během praktického jsem zjistila, že většina dotázaných nevyužívá respitní péče a ani nevěděli, na koho se mohou obrátit a v jakém zařízení mohou tuto službu využít i přesto, že jsou v Jihočeském kraji nabízena. Na základě zjištěných dat jsem vyhodnotila stanovené odborné otázky. Otázka č. 1 byla popřena, otázka č. 2 potvrzena.

Domnívám se, že každý z nás by měl mít základní informace o této chorobě a vědět, jak se k člověku s demencí chovat. Stanovila jsem návrhy týkající se péče o osoby s demencí. Vycházím z informací, podkladů, které jsem zjistila během praktického šetření.

Návrhy pro rodinnou péči:

- Zvýšit informovanost o Alzheimerově chorobě u rodinných pečujících pomocí seminářů
- Zvýšit počet center denních služeb
- Vytvořit telefonní linku přístupnou 24 hodin denně
- Vytvořit webové stránky věnované pouze rodinným pečujícím

Návrhy pro ústavní péči:

- Zvýšit informovanost o Alzheimerově chorobě u zaměstnanců pomocí odborných seminářů
- Více zapojovat klienty do aktivizačních činností
- Pořádat „čaje o páté“ pro rodiny

Návrhy pro Jihočeský kraj:

- Zvýšit informovanost o Alzheimerově chorobě u široké veřejnosti
- Zvýšit počet denních center
- Zvýšit počet zařízení pro osoby se zvláštním režimem
- Zvýšit počet zařízení poskytující respitní péči

Tato bakalářská práce může být prvním krokem k získání základních informací o nemoci a možnostech péče nejen v ústavním, ale i v domácím prostředí.

7 Použité zdroje

- BUIJSSEN, Huub, 2006. *Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
- CALLONE, Patricia R. a Connie KUDLACEK, 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 1997. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- DIENSTBIER, Zdeněk, 2009. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix. 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
- EISERTOVÁ, Jaroslava a Renata ŠVESTKOVÁ, 2011. *Pobytové a volnočasové aktivity se zaměřením na problematiku canisterapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 104 s. ISBN 987-80-7394-294-6.
- GLOSOVÁ, Dagmar a kol., 2006. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era. 179 s. ISBN 80-7366-075-1.
- HÁLOVÁ, Miroslava, 2010. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises. 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2003. *Testovník*. 2 dopl. Vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 24 s. ISBN 80-86541-11-8.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. Vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
- HOSCHL, Cyrila kol., 1999. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.
- HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ, 1999. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk a kol., 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří, pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER, 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLENER, Pavel, 2003. *Propedeutika 1*. Praha: Galén. 325 s. ISBN 80-7262-252-8.

KOZLOVÁ, Lucie, 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GradaPublishing. 156 s. ISBN 80-7169-716-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ a kol., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALÁ, Eva a Milan PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál. 143 s. ISBN 8071787000.

MATOUŠEK, Oldřich, 1995. *Ústavní péče*. Praha: Slon. 138 s. ISBN 8085850087.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

VOJNAR, Vratislav, 2001. *Služby sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu. 89 s. ISBN 80-238-3622-6.

ZACHARIASOVÁ, Sylvia, 2000. *Diagnosa Alzheimer*. Praha: Galén. 85 s. ISBN 80-7262-218-8.

ZGOLA, Jitka, 2003. *Úspěšná péče a o člověka s demencí*. Praha: GradaPublishing. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Zdravotnická statistika, Síť zdravotnických zařízení, 2010. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-7280-926-4.

Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče, 2010. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80*7280-968-4.

Internetové zdroje

Česká alzheimerovská společnost [online]. Praha: ČAS, 2011. [cit. 2011-12-14].
Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimer.cz>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2011. [cit. 2012-1-14].
Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz>>.

Archivní prameny

Archiv autora. *Dotazníkové šetření: ústavní péče*, kart. 1, sig. 1. Loucký Mlýn.

Archiv autora. *Dotazníkové šetření: domácí péče*, kart. 1, sig.2-6. Domácí péče.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 „Mini MentalStateExamination“ MMSE test

Příloha č. 2 Test nakreslení hodin

Příloha č. 3 Test nakreslených hodin od pacienta s Alzheimerovou chorobou

Příloha č. 4 Domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji

Příloha č. 5 Kontaktní místa ČASL

Příloha č. 6 Přihláška do projektu bezpečný návrat

Příloha č. 7 Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují –
deklarace Alzheimer Europe

Příloha č. 8 Dotazník pro ústavní péči Alzheimer centrum Loucký mlýn

Příloha č. 9 Dotazník pro domácí péči

Příloha č. 10 Odlehčovací služby v JČK

Příloha č. 1

MINI MENTAL STATE EXAMINATION Orientační test kognitivních funkcí
(HOLMEROVÁ, 2003)

Jméno pacienta.....

Datum.....

Test provedl.....

A. Orientace

Na každou odpověď čkejte cca 10 vteřin, max. 10 bodů

- ▶ Který je teď rok?
- ▶ Které je nyní roční období?
- ▶ Můžete mi říci dnešní datum?
- ▶ Který je den v týdnu?
- ▶ Který je teď měsíc?
- ▶ Ve kterém jsme státě?
- ▶ Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- ▶ Ve kterém jsme městě?
- ▶ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?název nemusí být přesný
- ▶ Na kterém jsme poschodí?

B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut. Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy. Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte bod za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tím končí hodnocení tohoto bodu.

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

„Prosím, opakujte tato slova“

C. Pozornost a počítání

„Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a výsledky jsou proto posunuty, skorujte jako jednu chybu (pokud neudělá další)

- ▶ 93
- ▶ 86
- ▶ 79

- ▶ 72
- ▶ 65

D. Výbavnost

Ted, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

E. Pojmenování předmětu

- ▶ Jak se to jmenuje?
(Ukažte náramkové hodinky).
- ▶ Co je to?
(Ukažte tužku).

F. Opakování

Opakujte po mně větu:

- ▶ "Žádná kdyby nebo ale."

(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Bod dejte jen za celou větu a jen na první pokus).

G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

- ▶ Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod

1. stupeň: pravá ruka
2. stupeň: složení na polovinu
3. stupeň: položení na podlahu

H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

- ▶ Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči

I. Psaní

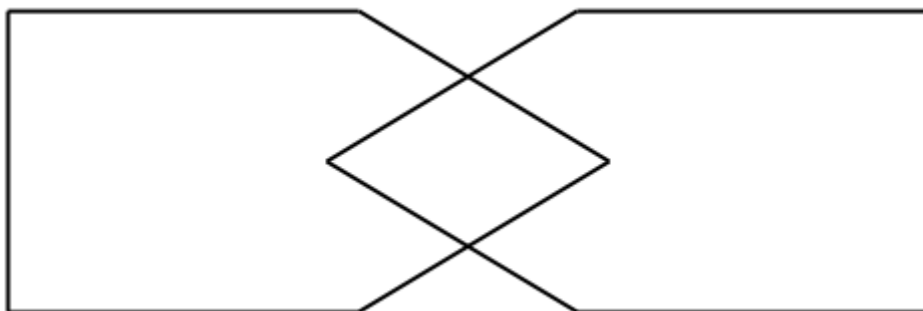
Dejte nemocnému tužku a papír.

- ▶ Napište jakoukoli větu.

Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí

J. Opisování

- ▶ Dejte nemocnému papír, tužku. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty. Hodnot'te správně, pokud se obrazce prolínají.



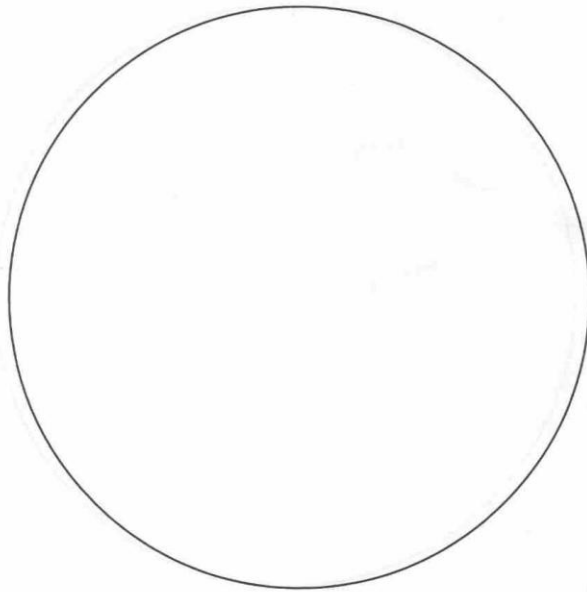
HODINKOVÝ TEST:

Jméno pacienta:

Číslo vyšetření: Datum vyšetření:

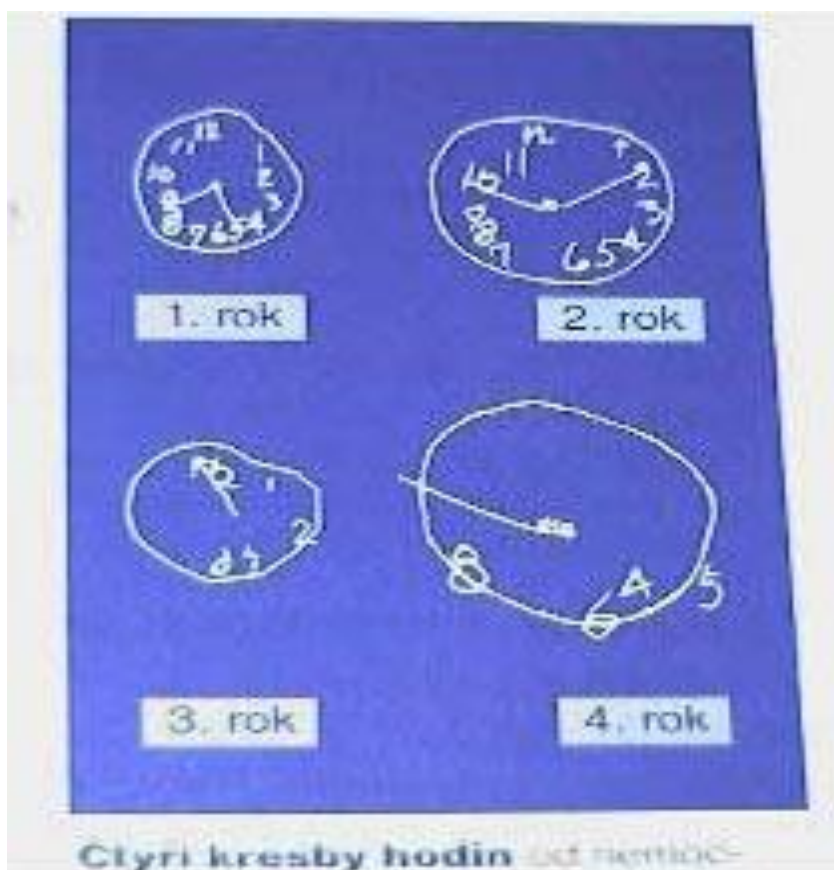
1 Do předkresleného kruhu, prosím,
vpište čísla jako na hodinkách (1-12)

2 A teď, prosím, zaznačte na hodinkách
čas: deset minut po jedenácté hodině.



Příloha č. 3

Nakreslené hodiny od pacienta s Alzheimerovou chorobou (ALZHEIMER, 2012, online)



Příloha č. 4 Domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji (MPSV, 2012, online)

1. domovy se zvláštním režimem (1408517)

Poskytovatel: Domov pro seniory Velké Březno, příspěvková organizace
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov pro seniory Velké Březno, příspěvková organizace (Klášteří 2, 403 23 Velké Březno)

Kontakty

web <http://www.domov-brezno.cz>
e-mail info@domov-brezno.cz
fax 475317177
telefon 475317171

2. domovy se zvláštním režimem (1119109)

Poskytovatel: Centrum Rožmitál pod Třemšínem, poskytovatel sociálních služeb
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Centrum Rožmitál pod Třemšínem, poskytovatel sociálních služeb (Na spravedlnosti 589, 262 42 Rožmitál pod Třemšínem)

Kontakty

fax 318 679 440
e-mail sekretariat@centrumrozmital.cz
web <http://www.centrumrozmital.cz>
telefon 318 679 411

3. domovy se zvláštním režimem (3523407)

Poskytovatel: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s.
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s. (Chýnovská 563, 252 66 Libčice nad Vltavou)

Kontakty

web <http://www.praha.apla.cz>
e-mail apla@apla.cz

4. domovy se zvláštním režimem (4542627)

Poskytovatel: Prácheňské sanatorium o.p.s.
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování

Prácheňské sanatorium, o.p.s. (Vodňany 58, Radčice, 389 01 Vodňany)

Kontakty

telefon 777 555 551
web <http://www.alzheimercentrum.cz>
fax 383 384 888
telefon 383 384 888
e-mail juzova@alzheimercentrum.cz

5. domovy se zvláštním režimem (4571784)

Poskytovatel: Domov pro seniory Chýnov
Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Chýnov (Zámecká 1, 391 55 Chýnov)

Kontakty

fax 381406212
web www.dschynov.cz
e-mail krakorova.adriena@dschynov.cz
telefon 381406216

6. domovy se zvláštním režimem (4776459)

Poskytovatel: Alzheimercentrum Průhonice o.p.s.
Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Alzheimercentrum Průhonice o.p.s. (Na Michovkách I 707, 252 43 Průhonice)

Kontakty

e-mail pruhonice@alzheimercentrum.cz
telefon 774 774 060
e-mail info@alzheimercentrum.cz
web www.alzheimercentrum.cz

7. domovy se zvláštním režimem (5253876)

Poskytovatel: Eliška Votavová
Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Soukromý penzion pro důchodce v Nechanicích (Pražská 20, 503 15 Nechanice)

Kontakty

telefon 495 441 821
e-mail info@senior-centrum.cz
web www.senior-centrum.cz

8. domovy se zvláštním režimem (9313776)

Poskytovatel: Domov důchodců Bystřany
Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov důchodců Bystřany (Pražská 236, 417 61 Bystřany)

Kontakty

telefon 417536062
e-mail dd.bystrany@volny.cz
web www.volny.cz/dd.bystrany
fax 417536063

9. domovy se zvláštním režimem (9263020)

Poskytovatel: Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace

Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace (Větrná 731, České Budějovice 2, 370 05 České Budějovice)

Kontakty

e-mail info@ddmajcb.cz
telefon 388902111
fax 389106931
web <http://www.ddmajcb.cz>

10. domovy se zvláštním režimem (8764029)

Poskytovatel: Domov ve Věži, příspěvková organizace

Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov ve Věži, příspěvková organizace (Věž 1, 582 56 Věž)

Kontakty

fax 569445504
web <http://domov-vez.cz>
telefon 569445227 604765092
e-mail reditel@domov-vez.cz

11. domovy se zvláštním režimem (7142541)

Poskytovatel: Domov pro seniory Světlo

Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Světlo (Drhovle 44, Drhovle Zámek, 397 01 Drhovle)

Kontakty

e-mail drhovle@volny.cz
web <http://www.dddrhovle.cz>
fax 382224356
telefon 382273124

12. domovy se zvláštním režimem (9924510)

Poskytovatel: AlzheimercentrumFilipov o.p.s.

Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Alzheimercentrum Filipov o.p.s. (Zámecká 1/25, Filipov, 286 01 Čáslav)

Kontakty

fax 326 533 582
telefon 777 555 551
e-mail info@alzheimercentrum.cz
web <http://www.alzheimercentrum.cz>

13. domovy se zvláštním režimem (8941598)

Poskytovatel: [Alzheimercentrum Zlosyň o.p.s.](#)
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Alzheimercentrum Zlosyň o.p.s. (Zlosyň 160, 277 44 Zlosyň)

Kontakty

telefon 777 555 551
web <http://www.alzheimercentrum.cz>
e-mail info@alzheimercentrum.cz
fax 315 792 801

14. domovy se zvláštním režimem (9508624)

Poskytovatel: [Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace](#)
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace (Pošná 1, Proseč, 395 01 Pošná)

Kontakty

web ddprosecposna.cz
telefon 565442295
fax 565442295
e-mail info@ddprosecposna.cz

15. domovy se zvláštním režimem (9611191)

Poskytovatel: [Sanatorium Saint Marttel, a.s.](#)
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Sanatorium Saint Marttel, a.s. (Lidická 447, Drahovice, 360 20 Karlovy Vary)

Kontakty

fax 353 105 619
e-mail info@saintmarttel.cz
telefon 353 105 600
e-mail kurillova@saintmarttel.cz

16. domovy se zvláštním režimem (3995288)

Poskytovatel: Liberda Jan
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov sv. Jana Křtitele v Palkovicích (Palkovice 279, 739 41 Palkovice)

Kontakty

telefon 777 770 857
web www.domovsvjanakrtitele.cz
e-mail domov.palkovice@seznam.cz

17. domovy se zvláštním režimem (8885726)

Poskytovatel: Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov seniorů Jindřichův Hradec (Jindřichův Hradec 103, Otín, 377 01 Jindřichův Hradec)

Kontakty

telefon 384322067
e-mail dd.jhradec@tiscali
web <http://www.ddjh.cz>
fax 384321687

18. domovy se zvláštním režimem (2797366)

Poskytovatel: Městský ústav sociálních služeb Strakonice
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov se zvláštním režimem (Rybniční 1282, Strakonice I, 386 01 Strakonice)

Kontakty

telefon 383 327 210
web <http://www.muss.strakonice.eu>

19. domovy se zvláštním režimem (6821060)

Poskytovatel: Domov seniorů Maják s.r.o.
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov seniorů Maják s.r.o (Brodská 140, Příbram VIII, 261 01 Příbram)

Kontakty

telefon 731 612 542
e-mail info@domov-majak.cz
web www.domov-majak.cz

20. domovy se zvláštním režimem (5491814)

Poskytovatel: Domov důchodců Dobrá Voda

Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov důchodců Dobrá Voda (Pod Lesem 1362/16, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic)

Kontakty

e-mail reditel@domov-dobravoda.cz
web <http://www.domov-dobravoda.cz>
telefon 387721111
fax 387200318

21. domovy se zvláštním režimem (1712575)

Poskytovatel: Diakonie ČCE - středisko Blanka
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov se zvláštním režimem - Vážka (Jiráskovo nábř. 2443, Budějovické Předměstí, 397 01 Písek)

Kontakty

web <http://www.diakoniecce.cz>
telefon 382 219 057
e-mail vazka@diakoniepisek.cz
fax 382 219 122
telefon 382 219 122

22. domovy se zvláštním režimem (3259412)

Poskytovatel: Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie (Libnič 17, 373 71 Libnič)

Kontakty

fax 387229146
telefon 387001110
e-mail ambroz@domovlibnic.cz
web <http://www.domovlibnic.cz>

23. domovy se zvláštním režimem (3412992)

Poskytovatel: Oáza klidu o.p.s.
Druh: domovy se zvláštním režimem
Zařízení, místo poskytování
Oáza klidu o.p.s. - Dům se zvláštním režimem (Nové Sedlo 81, Loučky, 357 35 Nové Sedlo)

Kontakty

fax 352 669 840

telefon 352 669 840
e-mail ilonahanzlickova@seznam.cz
web <http://www.oazaklidu.cz>
e-mail loucky.oazaklidu@emaiel.cz

24. domovy se zvláštním režimem (6331339)

Poskytovatel: Domov pro seniory Hvízdal České
Budějovice, příspěvková organizace
Druh: domovy se zvláštním režimem

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace (U Hvízdala
1327/6, České Budějovice 2, 370 11 České Budějovice)

Kontakty

e-mail h.cermakova@domovproseniory-hvizdal.cz
telefon 385521296
web <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz>

Příloha č. 5

Kontaktní místa České alzheimerovské společnosti (ALZHEIMER, 2012, online)

Hlavní město Praha

CENTRÁLA ČALS – PRAHA Gerontologické centrum Šimůnkova 1600, 182 00 Praha
8

BRNO

Diakonie ČCE – středisko v Brně Hrnčířská 27, 602 00 Brno

BYSTRĚANY

Domov důchodců Pražská 236, 417 61

DUBÍ

Domov důchodců Na Výšině 494, 417 01 Dubí 1

KRABČICE - Rovné

Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE) Rovné 58, 411 87 Krabčice

VELKÉ BŘEZNO

Domov pro seniory Klášterní 2, 403 23 Velké Březno

ČESKÉ BUDĚJOVICE

Zdravotně sociální fakulta JU Ústav zdravotně sociální práce - Univerzitní centrum pro seniory "PATUP" poštovní adresa: Jírovcova 24, 370 01 České Budějovice

CHÝNOV

Domov důchodců Zámecká 1, 391 55 Chýnov

PÍSEK

Blanka - středisko Diakonie ČCE Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek

PÍSEK

Prácheňské sanatorium, o.p.s. 17. Listopadu 2444, 397 01

DVŮR KRÁLOVÉ nad LABEM

Středisko diakonie ČCE Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Král. n. Labem

TÝNIŠTĚ nad ORLICÍ

KARLOVY VARY

Farní Charita Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary

LIBEREC

Oddělení geriatry a následné péče, Krajská nemocnice Liberec, a.s. Husova 10, 460 01
Liberec 1

LIBICE nad CIDLINOU

Diakonie ČCE - středisko v Libici nad Cidlinou Husova 2, 289 07 Libice nad Cidlinou

MĚLNÍK

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka Fügnerova 3523, 276 01 Mělník

PŘÍBRAM, SANCO - Sdružení domácí péče Čechovská 57, 291 05 Příbram 8

MYSLIBOŘICE

Středisko Diakonie ČCE Myslibořice 1, 675 60

OLOMOUC

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc Karafiátova 5, 779 00 Olomouc

SOBOTÍN

Středisko Diakonie ČCE Petrov nad Desnou 203, 788 16 Sobotín

OSTRAVA

Slezská Diakonie Centrum denních služeb - Domovinka Siloe Rolnická 55, 709 00
Ostrava

PLZEŇ

Středisko Městské charity Plzeň Polední 11, 312 00 Plzeň

UHERSKÝ BROD

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita) Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod

VSETÍN

Letokruhy, o.s. Tyršova 1271, 755 01 Vsetín

Příhláška do projektu BEZPEČNÝ NÁVRAT

Osobní kód
(nevyplňujte)

Jméno, příjmení pacienta

Ulice, číslo

Město, PSČ

Telefon

Jméno, příjmení rodinného příslušníka

Ulice, číslo

Město, PSČ

Telefony

Fax

E-mail

Přeji si zapojit se do projektu "Bezpečný návrat".

Pro zajištění "bezpečného návratu domů" poskytují (poskytujeme) následující telefonní čísla a jména kontaktních osob, které může použít pověřený pracovník České alzheimerské společnosti v rámci programu "Bezpečný návrat" (čím více kontaktů poskytneme, tím větší bude pravděpodobnost, že v případě potřeby bude některá z osob zastížena).

Jméno a příjmení

telefonní číslo

podpis na souhlas se zařazením do databáze

Souhlasím(e), aby výše uvedená adresa(y) a osobní údaje byly zařazeny do databáze správce těchto osobních údajů - společnosti Česká alzheimerská společnost se sídlem Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8, IČ: 660 009 71 pro užívání v rámci programu "Bezpečný návrat". Tento souhlas poskytují (poskytujeme) na dobu do odvolání svého souhlasu a jsem (jsme) si vědom (i) toho, že mám(e) právo tento souhlas kdykoliv odvolat.

.....
datum

.....
pacient/ka

.....
rodinný příslušník/pečovatel

Vyplněnou přihlášku zašlete, prosím, na adresu:
Česká alzheimerská společnost, BEZPEČNÝ NÁVRAT, Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8 - Kobylisy

**Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují –
deklarace Alzheimer Europe (ALZHEIMER, 2012, online)**

Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7.-9. Května 1998).

Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje 3,5 milionu lidí postižených demencí a jejich rodiny ve více než 20 evropských zemích. Jako občané Evropy také oni mají právo na to, aby jejich potřeby byly respektovány. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi.

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

- Správnou a včasnou diagnózu
- Dostatek informací a porozumění
- Zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní a sociální služby.

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:

- Informace a porozumění
- Společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
- Respektování jejich vlastních potřeb
- Dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- Finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči a o pacienty postižené demencí. Mají právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména

- Včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků
- Dostupnost běžné medikamentózní terapie
- Dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče

- Denní centra a domácí péči
 - Respitní péči pro rodinné pečovatele
 - Citlivou a správnou péči o umírající
- 4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat.**
- Uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina
 - Informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi
 - Finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
 - Přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele
- 5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí.**
- Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace
 - Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující
 - Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice s demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály
 - Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry
- 6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.**
- Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin
 - Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky
 - Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu
 - Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické postupy
- 7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:**
- Spoluprací s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
 - Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu
 - Podporou výzkumu, prosazování nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
 - Podporou rodinných pečovatelů, podporou mezigenerační solidarity
 - Spolupráce ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Příloha č. 8

Dotazník pro ústavní péči Alzheimercentrum Loucký mlýn

1. Jaké aktivizační činnosti nabízí váš ústav?
2. Jaký je denní režim klientů ve vašem zařízení?
3. Jak je zajištěna strava ve vašem zařízení?
4. Jak často si příbuzné berou klienta domů?
5. Jakým způsobem poskytujete informace o chorobě a možnostech péče klientům a příbuzným? Pořádá Váš ústav „čaje o páté“ nebo projekt bezpečný návrat?
6. Poskytuje vaše zařízení fyzioterapii?
7. Jak je zajištěna zdravotní péče ve vašem zařízení?
8. Jak vnímáte roli pečovatele v ústavní péči?
9. Jaké služby nenacházíte ve svém ústavu?

Příloha č. 9

Dotazník pro domácí péči

1A Jaké aktivizační činnosti (zájmové aktivity) máte možnost navštívit ve vašem okolí?

2A Jak máte zorganizovanou péči o vašeho příbuzného v rodině?

3A Jak se stravujete v domácím prostředí?

4A Využíváte odlehčovací (respitní) péče a jak často?

5A Jak si zjišťujete informace o chorobě a možnostech péče? Máte možnost navštívit ve svém okolí čaje o páté a účastnit se projektu bezpečný návrat?

6A Máte možnost navštívit ve svém okolí fyzioterapii?

7A Jak je zajištěna zdravotní péče? Jak často docházíte k lékaři?

8A Jak vnímáte roli pečovatele v domácí péči?

9A Které služby v JČ kraji pro vás a vašeho příbuzného v nabídce města chybí?

Příloha č. 10

Odlehčovací služby v Jihočeském kraji (MPSV, 2012, ONLINE)

1. Poskytovatel:	<u>Sociální služby Města Milevska</u>
Druh:	odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování	Sociální služby Města Milevska (5. května 1510, 399 01 Milevsko)
<hr/>	
Kontakty	
fax	382505245
telefon	382522125
e-mail	<u>reditelka@socsluzbymilevsko.cz</u>
web	<u>http://www.socsluzbymilevsko.cz</u>
<u>odlehčovací služby (1914542)</u>	
2. Poskytovatel:	<u>Centrum sociální pomoci Vodňany</u>
Druh:	odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování	CSP Vodňany, odlehčovací služby (Žižkovo nám. 21, Vodňany II, 389 01 Vodňany)
<hr/>	
Kontakty	
e-mail	<u>marcela.kellnerova@cspvodnany.cz</u>
telefon	383 382 625
web	<u>www.cspvodnany.cz</u>
3. Poskytovatel:	<u>Pečovatelská služba a jesle města Písku</u>
Druh:	odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování	Pečovatelská služba a jesle města Písku (nábřeží 1. máje 2142, Budějovické Předměstí, 397 01 Písek)
<hr/>	
Kontakty	
telefon	382 214 245
web	<u>www.pspisek.cz</u>
e-mail	<u>marcela.prusova.dps@centrum.cz</u>
telefon	382213974
4. Poskytovatel:	<u>Hospic sv. Jana N. Neumanna</u>
Druh:	odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování	Hospic sv. Jana N. Neumanna (Neumannova 144, Prachatice I, 383 01 Prachatice)
<hr/>	
Kontakty	
fax	388 311 727
e-mail	<u>domacipece@hospicpt.cz</u>

telefon 388 311 726
web <http://www.hospicpt.cz>
e-mail socialni@hospicpt.cz
5. Poskytovatel: Domy s pečovatelskou službou o.p.s.
Druh: odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování
Domy s pečovatelskou službou o.p.s. (Vyšehradská 260, Nádražní Předměstí, 381 01 Český Krumlov)

Kontakty
e-mail info@dpskrumlov.cz
fax 380711844
telefon 383 134 445
e-mail dps@mybox.cz
6. Poskytovatel: Domov důchodců U Zlatého kohouta
Druh: odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování
Domov důchodců U Zlatého kohouta (Zborovská 857, 373 41 Hluboká nad Vltavou)

Kontakty
telefon 387966160
web <http://www.hluboka.cz>
fax 387966160
e-mail domov.duchodcu@hluboka.cz
7. Poskytovatel: Centrum sociálních služeb Staroměstská
příspěvková organizace
Druh: odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování
Centrum sociálních služeb Staroměstská, příspěvková organizace (Staroměstská 2469/27, České Budějovice 3, 370 04 České Budějovice)

Kontakty
e-mail css.cb@quick.cz
telefon 387436628
fax 387001153
web <http://www.staromestska.cz>
8. Poskytovatel: G-centrum Tábor
Druh: odlehčovací služby
Zařízení, místo poskytování
Odlehčovací služby (Pionýrů 242, Čekanice, 390 02 Tábor)

Kontakty
e-mail g.centrum@centrum.cz
fax 381478216

telefon 381204500
web <http://www.gcentrum.cz>

9. Poskytovatel: G-centrum Tábor

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Odlehčovací služby (Kpt. Jaroše 2958, 390 03 Tábor)

Kontakty

fax 381478216
e-mail g.centrum@centrum.cz

telefon 381478211

web <http://www.gcentrum.cz>

10. Poskytovatel: Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Domov seniorů České Velenice (Vitorazská 54, 378 10 České Velenice)

Kontakty

telefon 384794381
web <http://www.ddceskevelenice.cz>

e-mail dd.cv.vecerova@seznam.cz

fax 384794381

11. Poskytovatel: Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace (U Hvízdala 1327/6, České Budějovice 2, 370 11 České Budějovice)

Kontakty

telefon 385521296
e-mail h.cermakova@domovproseniory-hvizdal.cz

web <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz>

fax 385520597

12. Poskytovatel: Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace (Tylova 14/11, České Budějovice 7, 370 01 České Budějovice)

Kontakty

fax 389106931

telefon 388902111
e-mail info@ddmajcb.cz
web <http://www.ddmajcb.cz>

13. Poskytovatel: Domov pro seniory Máj České Budějovice,
příspěvková organizace

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace (Tylova 13, České Budějovice 7, 370 01 České Budějovice)

Kontakty

web <http://www.ddmajcb.cz>
fax 389106931
telefon 388902111
e-mail p.janda@ddmajcb.cz

14. Poskytovatel: Domov pro seniory Máj České Budějovice,
příspěvková organizace

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace (Větrná 731, České Budějovice 2, 370 05 České Budějovice)

15. Poskytovatel: Domácí hospic JORDÁN, o.p.s.

Druh: odlehčovací služby

Zařízení, místo poskytování

ODLEHČOVACÍ SLUŽBY (Žižkova 631/2, 390 01 Tábor)

Kontakty

telefon 722 012 898
web www.hospicjordan.cz
e-mail kontakt@hospicjordan.cz