

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Bakalářská práce

Senior v domácí péči s Alzheimerovou chorobou

Autor práce: Stanislava Husová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Studijní program: Sociální a charitativní práce (KS)

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedeným v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích, dne 28. 3. 2025

Stanislava Husová

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolině Diallo, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce a za její cenné rady. Také bych ráda poděkovala všem respondentkám za poskytnuté rozhovory. V neposlední řadě patří velké poděkování mé mamince, za podporu během psaní bakalářské práce a po celou dobu studia.

Obsah

Úvod.....	6
1. Senior s ACH	8
1.1 Kvalita života ve stáří.....	8
1.2 Změny ve stáří.....	9
1.3 Pečovatel	9
1.4 Domácí péče.....	10
1.4.1 Výhody.....	10
1.4.2 Nevýhody	10
1.5 Rodinná péče	10
2. Obecná charakteristika	12
2.1 Příznaky.....	12
2.2 Příčiny	13
2.3 Stadia.....	13
2.3.1Lehké stádium	13
2.3.2 Střední stádium.....	14
2.3.3 Těžké stádium.....	14
2.3.4 Termální stádium.....	14
2.4 Epidemiologie	14
2.4.1 Epidemiologie ACH v České republice	15
2.4.2 Epidemiologie ACH ve světě	15
3. Možnosti podpory péče v domácím prostředí	15
3.1. Pečovatelská služba.....	15
3.2. Osobní asistence.....	15
3.3. Ošetrovatelská služba	16
3.4. Tísňová péče.....	16
3.5. Centra denních služeb	16
3.6. Stacionáře	17
3.6.1. Denní stacionáře.....	17
3.6.2. Týdenní stacionáře	17
4. Metodologie	19

4.1.	Cíl výzkumu	19
4.2.	Charakteristika výzkumného souboru	19
4.3.	Kvalitativní výzkum	19
4.4.	Sběr dat	19
4.5.	Rozhovor	20
4.6.	Průběh výzkumu	20
4.7.	Etika výzkumu	20
5.	Výsledky výzkumu	22
5.1.	Identifikační údaje respondentek	22
5.2.	Identifikační údaje klientů	22
5.3.	Kazuistika 1	23
5.3.1.	Fyzická zátěž	23
5.4.	Kazuistika 2	24
5.4.1.	Agrese u klientů	24
5.5.	Kazuistika 3	25
5.5.1.	Nedostatek podpory ze strany rodiny/ finanční zátěž pro rodinu	26
5.6.	Kazuistika 4	27
5.6.1.	Nedostatečné školení personálu	27
6.	Diskuze	29
7.	Závěr	32
8.	Seznam použitých zdrojů	34
	Seznam příloh	36
	Seznam tabulek	37
	Seznam použitých zkratk	38
	Přílohy	39
	ABSTRAKT	41
	ABSTRACT	42

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je *Senior v domácí péči s Alzheimerovou chorobou*. Vybrala jsem si ho z důvodu osobní zkušenosti. V poměrně mladém věku jsem se setkala s rodinným příslušníkem trpícím Alzheimerovou chorobou, o kterého jsme pečovali v jeho domácím prostředí. Domnívám se také, že je toto téma stále velmi aktuální a navzdory jeho závažnosti je podle mého názoru o něm stále malé povědomí. A vzhledem k oboru, který studuji, se mi prohloubení vědomostí o této problematice hodí i do profesního života.

Alzheimerova choroba je jedno ze závažnějších a nejrozšířenějších neurodegenerativních onemocnění, které zcela zásadním způsobem zasahuje do života nemocného. Jedinci, kteří trpí touto nemocí trpí postupně mění chování, zhoršuje kognitivní funkce i motorické dovednosti. Samozřejmě choroba nezasahuje pouze život nemocného, ale i život jeho rodiny. Alzheimerova choroba klade na pečující značné nároky, jak emocionální, tak fyzické. Tato nemoc vždy končí smrtí.

Pokud je nemoc včasně diagnostikována a na základě toho je zahájena vhodná léčba, je možné v některých případech průběh nemoci zpomalit. Pokud se rodina rozhodne, že bude o příbuzného pečovat doma, tak je při správném přístupu schopna zajistit svému blízkému kvalitní a důstojný zbytek života. Domácí prostředí je v mnoha případech vhodnější a rozhodně pohodlnější řešení než umístění do pobytového zařízení. To dokládají i různé studie na téma domácí péče. Pečování o nemocného v domácím prostředí může mít i kladné dopady na průběh nemoci. Ovšem rozhodnutí o domácí péči zasáhne i do života pečujících, a to zásadním způsobem. Během velmi malého časového úseku se musí přizpůsobit nové situaci, a zároveň se ztotožnit s novou rolí pečujícího se vším, co obnáší.

Cílem bakalářské práce je zpracování teoretické báze problematiky seniora s Alzheimerovou chorobou v domácí péči a na tomto teoretickém základě se ve výzkumné části zaměřit na možné výzvy a překážky pro pečovatelskou službu v pomoci o klienta trpícího touto nemocí, o kterého je pečováno doma.

Bakalářská práce je složena ze dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické. V teoretické části se budu věnovat seniorskému věku, domácí péči, stádiím nemoci, jejím symptomům i možnostem podpory pro rodiny nemocných. V praktické části bakalářské práce využiji kvalitativní výzkum, který provedu formou polostrukturovaného rozhovoru s pečovatelkami z domova s pečovatelskou službou. Šetření bude probíhat na téma výzev a překážek při poskytování pečovatelských služeb seniorovi s Alzheimerovou chorobou v domácí péči.

Kapitola diskuse se zaměří na porovnání teoretických poznatků s výsledky výzkumu. Poslední kapitolou bakalářské práce bude závěr, ve kterém se pokusím zhodnotit dosažené cíle a nastínit možnosti dalšího výzkumu.

Mezi stěžejní zdroje, ze kterých budu v průběhu práce vycházet, patří například kniha *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky* od Martiny Venglářové, publikace Martiny Zvěřové *Alzheimerova demence*, či webové stránky České Alzheimerovské společnosti <https://www.alzheimer.cz/>.

Teoretická část

1. Senior s ACH

Z důvodu návaznosti dalších kapitol se budu v prvním bloku teoretické části zaměřovat na vymezení základních pojmů. Nejdříve je potřeba charakterizovat, kdo je senior s Alzheimerovou chorobou. Budou zmíněny změny v seniorském věku, domácí péče s jejími výhodami i nevýhodami a závěr bude věnován rodinné péči.

Dle Malíkové je na období, kdy jedinec přejde do seniorského věku nahlíženo spíše negativně, z důvodů ztráty optimismu, možností a nadějí, a to vše může vést k celkovému omezení. Ovšem tento pohled vzniká pouze z jednostranného pohledu na seniory, který se na ně dívá jako na nesoběstačné a závislé na pomoci od druhých. A z tohoto úhlu pohledu by bylo nejlepší je umístit do pobytového zařízení, kde budou schováni. Navzdory takovým názorům je zde velká část seniorů, kteří toto období vnímají jako nejhezčí, protože už nikam nechvátají a mají veškerý čas jen pro plnění si vlastních přání a realizaci dávných plánů, na které dosud neměli čas.¹

Národní institut pro stáří popisuje seniora s Alzheimerovou chorobou jako starší osobu, obvykle ve věku 65 let a více, která trpí Alzheimerovou chorobou a potýká se s jejími příznaky. Postupně se mu zhoršuje paměť i kognitivní schopnosti, časem má problém s vykonáváním i těch nejjednodušších úkolů.²

1.1 Kvalita života ve stáří.

Dle Bayera a Rebana patří mezi faktory, které rozhodují o kvalitě života seniorů a také ji ovlivňují následující: zdraví, výše příjmu, osamělost, bytové podmínky a způsob péče v době stáří. Pro společnost tím vzniká výzva, aby zajistila, že stárnutí se všemi svými aspekty bude pozitivní zkušeností a časem, kdy se každému dostane zadostiučinění a zároveň bude zachována nezávislost i sebeurčení tak dlouho, jak je to bude možné.³

V souvislosti s kvalitou života ve stáří Mühlpachr uvádí, že i přes to, že se v budoucnu očekává nárůst starší populace, rozhodně to neznamená i vyšší počet nemocných a osob závislých na pomoci druhých, pokud se společnost postará o dostatečnou prevenci vzniku závislosti.⁴

¹ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*.

² NÁRODNÍ INSTITUT PRO STÁRNUTÍ. *Alzheimer's Disease Fact Sheet*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>.

³ BAYER, Antony a REBAN, Jan. *Alzheimer's Disease and Related Conditions*, s. 16.

⁴ MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd., s. 34.

1.2 Změny ve stáří

I navzdory tomu, že každý člověk prožívá svůj život vlastním originálním způsobem, jsou v životě všech významné okamžiky, které se s vyšším věkem objevují a lze se na nich obecně shodnout. Tyto změny se odehrávají na úrovni psychické, sociální i tělesné. Popsané systémy jsou vzájemně propojeny.⁵

Tabulka 1: Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny kloubů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	
Změny vylučování moči (častější nucení)	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

6

1.3 Pečovatel

„Obecně vycházíme z toho, že tuto roli může plnit nejbližší příbuzný, nebo přítel, který spolupracuje na poskytování individuální komplexní péče. V našich podmínkách rozhodující pečovatelskou roli přebírá obvykle jedna osoba, kterou nazýváme pečovatel a jež je při péči podporována širší rodinou či přáteli. Bárťová (2005, s.99) uvádí, že člen rodiny nebo člověk, který převezme převážnou část péče o pacienta, je pro něj primární pečovatel.“⁷

Klíčovou roli v péči o seniory trpící nějakým druhem demence hraje rodina. Ta také podporuje zkvalitnění a prodloužení jejich života. Členové rodiny dodávají nemocným pocit, že jsou stále potřební. Studie prokázaly, že jedinci, kteří dožívají v domácím a rodinném prostředí jsou často samostatnější a zdravější.⁸

⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 11.

⁶ Tamtéž, s. 12

⁷ KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*, s. 30.

⁸ HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*, s. 46-47.

1.4 Domácí péče

Pokud se pečující rozhodnou pro domácí péči, má to mnoho výhod, které jsou přínosné jak pro pacienty, tak i pro jejich rodiny. Zároveň to s sebou samozřejmě nese i některé nevýhody a rizika.

Dle Jarošové je domácí péče jedním z nejrychleji se rozvíjejících segmentů zdravotnictví. Díky pokroku v oblasti medicíny a ošetrovatelství je možné pacientům zajistit kvalitní péči v jejich přirozeném domácím prostředí, které výrazně pomáhá podpořit jeho psychickou pohodu a má významnou roli v procesu uzdravování.⁹

1.4.1 Výhody

Jako jednu z výhod domácí péče vidím podporu rodinných vazeb. Klienti mají možnost být v blízkosti své rodiny a udržovat s ní pravidelný kontakt, což bývá často obtížné v případě, pokud je člen rodiny umístěn v některém z pobytových zařízení, kde jsou rodinné návštěvy často jen sporadické. Další výhodou je v opravdu individuálním přístupu, který může rodina nemocnému poskytnout. Případně může ke zkvalitnění péče přizvat ke spolupráci některou doplňkovou službu, o kterých se zmíním v některé z navazujících kapitol. Neméně důležitým pozitivem je bezpochyby i prevence nákazy dalšími chorobami.

1.4.2 Nevýhody

Největší nevýhodou domácí péče je dle mého názoru její náročnost, jak psychická, tak fyzická. Z emocionálního hlediska je velmi obtížné sledovat, jak milovaný člověk "uvadá", ať už se jedná o jeho duševní zdraví, nebo fyzickou schránku. S postupující nemocí nemocný stále více ztrácí schopnost ovládat vlastní tělo a vyžaduje stále větší podporu od pečujících. Dalším negativem je omezený přístup k odborné péči. I v případech, kdy domácí pečující využijí některou z podpůrných služeb, nemají k dispozici stejnou úroveň odborné zdravotní péče a vybavení, jaké jsou v pobytových zařízeních.

Při rozhodování o tom, zda si seniora nechat v domácí péči, nebo ho umístit do pobytového zařízení mohou být dalším problémem finanční náklady. V některých případech může být péče v domácím prostředí méně nákladná než umístění do pobytového zařízení, ale právě to většinou není aspoň z počátku způsobeno potřebám nemocného, což vede k různým bezpečnostním rizikům. Proto je nutné prostředí upravit, což vede k finančním nákladům.

1.5 Rodinná péče

Dle Kramera je rodina skupina lidí, kteří mají společnou historii, současnou realitu a budoucí očekávání vzájemně propletených vztahů. Členové většinou bývají pokrevní příbuzní, manželé,

⁹ JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatelství, s. 60.

nebo adoptivní rodiče a děti. Kdykoliv mezi lidmi vznikne blízký emocionální, psychologický a intenzivní vztah, můžou se nazývat rodinou, a to i v případech, kdy jde o nesezdaný pár, náhradní rodinu atd.¹⁰

Kurucová říká, že jestli má systém rodiny fungovat, musí být schopný neustále reagovat na měnící se podmínky jak vnitřní, tak vnější. A to vyžaduje mobilitu sil v již zmiňovaném rodinném systému, řešení vytvářejících se zátěžových situací a navazující adaptaci na ně.¹¹

Grahamová uvádí, že péči o seniory, kteří jsou odkázáni na pomoc od ostatních je potřeba brát jako „práci z lásky“. Koncept péče rozděluje do čtyř sekcí. Jako první se zabývá tím, že tato péče je každodenní a opakující se práce, která nikdy nekončí. Dále uvádí, že péče se týká i členů širší rodiny. Dalším znakem je to, že důležitou složkou péče jsou emoce a emoční pouta mezi pečujícím a pečovaným. Jako poslední sekci péče popisuje, jak dokáže pečujícího izolovat. Pečující osoba se tak často dostává do fáze, že se izoluje od „svého světa“.¹²

¹⁰ KRAMER in SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*, s. 22

¹¹ KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*, s.35.

¹² GRAHAM, Hilary. *A Labour of Love: Women, Work and Caring*.

2. Obecná charakteristika

V této kapitole se budu zabývat oblastmi, díky kterým si myslím, že se dá Alzheimerova choroba stručně popsat. Pokusím se stručně vysvětlit co je Alzheimerova choroba, jaké jsou její příznaky, příčiny, stadia a v závěru kapitoly se zaměřím na její epidemiologii.

Alzheimerova choroba je progresivní a neurodegenerativní onemocnění, které není léčitelné a vede ke smrti pacienta, tudíž ji řadíme mezi infaustní onemocnění. Postihuje mozek tak, že mu ubývají mozkové buňky, ztrácí na své funkčnosti a souběžně dochází k poškození nervových buněk. K zhoršování kognitivních funkcí dochází právě díky těmto změnám. Tato nemoc se nedotýká pouze pacienta, ale zasahuje i do života jeho rodiny. Pro nemoc je typický jeho nenápadný a plíživý začátek. Patogeneze ACH není dodnes dostatečně objasněna.¹³

2.1 Příznaky

Prvotní symptomy většinou nemocní i jejich příbuzní přehlížejí, protože připomínají běžné známky stárnutí. Jedním z prvních příznaků Alzheimerovy choroby je porucha krátkodobé paměti. Paměť se pomalu vytrácí, nemocný zapomíná nejnovější události, naopak si dobře pamatuje události, které se staly před delším časem.

Jako další příznak se eviduje ztráta orientačního smyslu. Pacient se přestává orientovat ve vlastním domě a okolí, neví, kde je. Tento stav může nastat po dobu několika vteřin až minut, pak se vše vrátí do normálu.

Na začátku nemoci se objevuje afázie, což je porucha řeči a porozumění. Dotyčný si nevybavuje slova, zaměňuje je za jiná. Tato fáze se objevuje krátce, opakovaně a je nepravidelná.

Dále se vyskytuje agnozie, to znamená že nemocný nedokáže rozpoznat a interpretovat smyslové vjemy. Vidí určitou osobu, nebo předmět, ale nedokáže ho rozpoznat, či určit.

Může se vyskytovat echolalie, při které opakuje některé fráze, nebo věty při rozhovoru.

Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba napadá mozek, tak člověk postižený touto chorobou často opaku některé věty, otázky, či činnosti. Například se druhé osoby několikrát za sebou zeptá, jaký měla den v práci, nebo jí opakovaně nabídne občerstvení.

¹³ MÁTL, Ondřej; MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016: kolik zaplatíte za péči?*, s. 6-8.

Není ojedinělé, že se příznaky ACH zamění s příznaky deprese, či apatie.

2.2 Příčiny

Studii a teorií o etiologii Alzheimerovy choroby již vznikla celá řada, ale jak jsem již uvedla výše, tak tato choroba stále není objasněna. Ovšem objevují se některé faktory, které jsou považovány za možné příčiny vzniku. Většina zdrojů se na určitých vlivech, které mohou zapříčinit vznik Alzheimerovy choroby, shoduje, u některých je to nejasné. Převážně se objevují ty, které následně zmíním, ovšem kromě nich se hovoří o věku, nezdravém životním stylu, genetických příčinách, nebo familiárních vlivech, které také mohou vznik nemoci podpořit.

Možnými faktory, které napomáhají rozvoji Alzheimerovy choroby jsou poranění hlavy, kouření cigaret a nižší vzdělání. Demence se projevuje dříve u lidí s nižší úrovní vzdělanosti, oproti lidem s vysokou úrovní vzdělání. Spojitost mezi úrovní vzdělání a demencí při Alzheimerově chorobě však není významná. U jedinců, kteří mají pouze základní vzdělání se často na syndromu demence spoluúčastní vyšší prevalence alkoholické demence. Několik studií spojitost mezi kouřením a výskytem ACH potvrzují, jiné ji naopak vyvracejí. Diskuse ohledně vlivu kouření na vznik Alzheimerovi choroby přetrvávají.¹⁴

2.3 Stadia

Průběh choroby se rozděluje na stadia lehké, střední a těžké. Od pozorování prvních příznaků se lidé s touto nemocí dožívají průměrně dalších 7–10 let. V případě včasné diagnózy a následné léčbě je možné toto období prodloužit. Existují studie, které uvádí, že správný přístup k nemocnému pomáhá zlepšit, či alespoň udržet jeho stav bez zhoršování až ze dvou třetin, oproti farmaceutikům. Ve většině případů dochází k pozvolnému zhoršování stavu pacienta. Stupňují se projevy negativních vlastností, zhoršuje se paměť, dochází i ke zhoršování kognitivních funkcí, prostorové orientace či komunikačních schopností. Většina odborných zdrojů se shoduje na postupném nástupu nemoci a jak jsem již uváděla na průměru 7-10 let přežívání po diagnóze, ale samozřejmě je každý případ naprosto individuální.

2.3.1 Lehké stádium

Lehké stádium demence se projevuje poruchami paměti, které jsou subjektivní, to znamená, že si nemocný úbytek paměti dokáže uvědomit. Dále dochází k poruchám deklarativní paměti, zejména v krátkodobé a střednědobé složce, je tedy narušeno zapamatování si nových informací. Zde se objevují počátky poruch aktivit z denního života, především složitějších a profesních aktivit. V některých případech již nastávají poruchy orientace, především v místech, které jsou vzdálenější od domova nemocného a často je nenavštěvuje. Také není zcela ojedinělé, že by se objevily poruchy nálad, výrazněji deprese, kterou v časných stádiích

¹⁴ KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*, s. 19-22.

Alzheimerovy choroby může zapříčít fakt, že si postižený uvědomuje úbytek paměti a dalších funkcí.¹⁵

2.3.2 Střední stádium

V této fázi se zhoršuje paměť ve všech směrech. U pacientů často dochází k tomu, že ztrácejí orientaci v prostoru a v čase. Dále začínají mít potíže s oblékáním a vybavováním si účelu předmětů denní potřeby. Také se v tomto stádiu doporučuje přestat řídit, protože pacienti již nejsou schopni reagovat na vizuální a sluchové podněty. Právě v této fázi si obvykle všimnou změn v chování a díky tomu jde nemocný poprvé navštívit lékaře.¹⁶

2.3.3 Těžké stádium

Po předchozí fázi již následuje těžké stádium Alzheimerovy choroby. Ta nastává v průměru po šesti až sedmi letech. Zde již nemoc pacientovi způsobuje problémy jak s fyzickými, tak kognitivními funkcemi. Nezřídka se stává, že padají a celkově nejsou schopni se pohybovat. Výrazným znakem pro těžké stádium onemocnění je schopnost vyjadřování pomocí pouhých několika slov. Nastává fáze, kdy nemocný nepoznává ani nejbližší osoby, a pokud ano, tak pouze jednu či dvě. V této situaci je vhodná ošetrovatelská pomoc nejen od rodiny a přátel, nýbrž i od profesionálů.¹⁷

2.3.4 Termální stádium

Pacient je zcela nepohyblivý, inkontinentní, jeho paměťové funkce jsou silně narušeny, citově je otupělý a jeho řeč již není srozumitelná.¹⁸

Termální stádium vždy končí smrtí.

2.4 Epidemiologie

Alzheimerova choroba má prevalenci 1% populace a tím se stala nejčastější ze všech demencí. Tato choroba představuje 50-75% případů demence. Zároveň je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. V mnoha případech zůstává Alzheimerova choroba nedignostikovaná a neléčená, proto se jí někdy přezdívá tichá epidemie.¹⁹

¹⁵ JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 32.

¹⁶ CALLONE, Patricia R. a KLINKEROVÁ, Jitka. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, s. 32.

¹⁷ MACE, Nancy L. a RABINS, Peter V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, s. 384-385.

¹⁸ KABEŠ, Ladislav. Terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74-leté pacientky. *Paliativní medicína a léčba bolesti*, Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/a2f2755c44fd0ca221aa94ca4c4fb243.pdf>

¹⁹ ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*, s. 21.

2.4.1 Epidemiologie ACH v České republice

Česká Alzheimerovská společnost uvádí, že se výskytovost Alzheimerovy choroby v České republice odhaduje na 160 tisíc nemocných, přičemž více než dvě třetiny tvoří ženy. Do roku 2050 vědci předpokládají nárůst přibližně na 280 tisíc.²⁰

2.4.2 Epidemiologie ACH ve světě

Alzheimerova choroba se celosvětově odhaduje na 44 milionů pacientů. Vědci očekávají v roce 2030 zvýšení na počet 76 milionů pacientů a následně v roce 2050 je předpokládán odhad až 135 milionů pacientů trpících Alzheimerovou chorobou.²¹

3. Možnosti podpory péče v domácím prostředí

V této kapitole se zaměřím na možnosti, kterých mohou domácí pečující využít na podporu péče o nemocného. Budou zde zmíněny a popsány pečovatelská a ošetrovatelská služba, osobní asistence a další podpůrné služby, které mohou být nápomocné domácím pečujícím.

Jak již bylo v této práci několikrát zmíněno, domácí péče může být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou i jeho rodinu v mnoha směrech výhodná, ale pro pečující i velmi náročná a vyčerpávající. Jak nemoc postupuje, péče je stále náročnější a často na ni rodina už sama nestačí. Naštěstí existuje několik napomáhajících organizací, které mohou pečujícím alespoň z části pomoci a starání se o nemocného ulehčit.

3.1. Pečovatelská služba

Je to služba terénního, nebo ambulantního typu, která se zaměřuje na konkrétní sjednané úkony. Tyto služby jsou poskytovány v předem daném čase přímo v domácím prostředí klienta, nebo v zařízeních sociálních služeb. Zahrnuje různé běžné denní úkony, jako je pomoc s osobní hygienou, podáváním jídla, úklid domácnosti, praní prádla, nákup, doprovod k lékaři a další činnosti, které považujeme za každodenní. Cíl této služby je umožnit klientům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí.

3.2. Osobní asistence

Tato služba je terénní, poskytuje se klientům v jejich domácnostech a je dostupná 24 hodin denně, tedy není nijak časově omezená. Díky tomu mohou klienti nadále zůstat ve svých domovech. Vždy je poskytována v takové míře, aby maximálně zachovala a umožnila dále rozvíjet schopnosti klienta. Osobní asistence podobně jako pečovatelská služba pomáhá při

²⁰ ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*.

²¹ Tamtéž

vykonávání běžných úkonů jako podávání jídla, pomoc při osobní hygieně a pomoc při chodu domácnosti.

Hlavním rozdílem mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou je v časové dotaci.

3.3. Ošetrovatelská služba

Jedná se o formu zdravotní péče, která je poskytována klientům v jejich domovech. Tuto službu využívají pacienti, kteří potřebují odbornou zdravotní péči. Může se jednat o podávání léků, ošetřování ran a prevence proleženin, rehabilitace a další zdravotnické ošetření. Ošetrovatelskou službu ve většinou vykonávají kvalifikované sestry na základně doporučení od lékaře.

3.4. Tísňová péče

Je to terénní služba, která probíhá formou vzdálené komunikace klienta s dispečinkem. Služba je určena pro osoby žijící samostatně, které jsou díky věku, nebo nemoci vystaveny riziku ohrožení zdraví, či života. Služba poskytuje možnost 24 hodinového spojení s dispečinkem a díky tomu nepřetržitou pomoc v ohrožujících situacích jako je pád, nevolnost, nebo náhlé zhoršení zdravotního stavu. Tísňová péče nabízí zařízení, které nosí klient stále při sobě, na kterém stačí zmáčkнуть tlačítko a spojí se s dispečinkem, nebo takové, které je nainstalované u něj doma, které dokáže samo vyhodnotit, že v bytě delší dobu nedošlo k žádnému pohybu a spojí se s dispečinkem automaticky.²²

3.5. Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují klientům možnost strávit svůj den hodnotně. Je to ambulantní zařízení, které je určené pro osoby, které z důvodu věku, zdravotního postižení, nebo dlouhodobé nemoci potřebují pomoc jiných osob. Tyto centra jsou přizpůsobena konkrétním onemocněním, nebo postižením. Zařízení podporují klienty v samostatnosti, zároveň zohledňují jeho stav a schopnosti. Služba zahrnuje podporu při běžných činnostech jako je osobní hygiena a sebeobsluha, poskytování stravy a pomoc při její přípravě, dále je prostředkem ke kontaktu se společenským prostředím, v nabídce služeb má i terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv nebo vyřizování osobních záležitostí.²³

²² *Tísňová péče*. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/tisnova-pece/>.

²³ *Centra denních služeb*. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/centra-dennich-sluzeb/>.

3.6. Stacionáře

Stacionáře jsou sociální službou, která je určena pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku svého věku, zdravotního postižení, nebo dlouhodobého duševního onemocnění. Dělí se na denní a týdenní. Tato zařízení dávají možnost pečujícím osobám pokračovat ve svém pracovním i osobním životě, ale s vědomím, že o jejich blízcí jsou v bezpečí a mají zajištěnou komplexní péči.

3.6.1. Denní stacionáře

Nabízí denně několik hodin strukturovaného pobytu ve skupině. Klienti se ve stacionářích setkávají s cvičením, sociálním kontaktem, hudbou, rukodělnými činnostmi, atd.. Programy jsou uskutečňovány během pracovního týdne. Některé stacionáře jsou přijímají klienty s různorodými znevýhodněními, jiné se zaměřují na klienty s konkrétní diagnózou. Velké množství programů slučuje pacienty s demencí a osoby s jiným druhem nemoci.²⁴ Klienti mají v zařízení zajištěno stravování a mají možnost využít zázemí pro zajištění osobní hygieny. Vybrané stacionáře nabízejí i odvoz klientů do zařízení a poté zpět do jejich domovů. Služba je plně hrazena uživatelem a maximální částka se řídí aktuálním zněním vyhlášky č. 505/2006Sb.²⁵

3.6.2. Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytové služby pro osoby, které kvůli svému věku, zdravotnímu postižení, nebo dlouhodobému duševnímu onemocnění vyžadují nepřetržitou podporu od druhých. Posláním zařízení je poskytnutí pomoci pacientům formou zajištění bydlení s kompletním zázemím a poskytnutou péčí. Zaměstnanci dbají na co největší možnou podporu a rozvoj osobního potenciálu a samostatnosti klientů. Zpravidla mají v nabídce zajímavý a rozšířený výběr zájmových a terapeutických činností, zároveň podporují klienty v aktivním zapojování do běžného společenského prostředí. Týdenní stacionáře jsou dostupné během pracovního týdne.²⁶

I když se předpokládá, že pokud se už někdo rozhodne o domácí péči, tak se jí bude snažit udržet co nejdéle, tak v některých případech nastávají situace, kdy už to není možné. Podle Hasalíkové s tím pečující vůbec nepočítají a tuto možnost podcení. Uvádí, že je dobré mít

²⁴ MACE, Nancy L. a RABINS, Peter V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*, s. 234.

²⁵ HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*, s. 258.

²⁶ *Týdenní stacionáře*. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/tydenni-stacionare/>. [cit. 2025-03-02].

informace, které zařízení je možno využít, jaké služby nabízejí a myslet na včasné podanou žádost, protože běžným problémem takových institucí je, že nemají dost volných míst.²⁷

²⁷ BARTOŠ, Aleš a HASALÍKOVÁ, Martina. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*, s.115.

Praktická část

4. Metodologie

V této kapitole demonstuji výsledky svého výzkumu. Pro tuto bakalářskou práci, respektive pro její praktickou část jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Praktická část je zaměřená na mapování překážek a výzev při poskytování pečovatelské služby seniorům s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Pomocí kvalitativního šetření lze konkrétně popsat překážky a výzvy, kterým pečovatelky čelí při vykonávání svého zaměstnání u klientů s Alzheimerovou chorobou, kteří zůstali v domácím prostředí.

4.1. Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je představit, co zahrnuje domácí péče o seniora s Alzheimerovou chorobou, a vysvětlení základních pojmů, které se daného tématu týkají. Na podkladě teoretických znalostí provést výzkumné šetření s pracovníci pečovatelské služby na téma „Výzvy a překážky při poskytování pečovatelské služby seniorům s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí“.

4.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl provádět v nejmenovaném domově s pečovatelskou službou. Služba má různorodé klienty, mezi které patří i lidé s Alzheimerovou chorobou a jejich rodiny, v různých situacích a stádiích choroby. Jedná se o různorodé případy. Buď senior bydlí sám, někteří bydlí s dětmi, ale ti chodí do zaměstnání, nebo jde o klienty, kteří mají pečujícího nepřetržitě doma, ale jedná se o manželku/manžela, tudíž o osobu již v seniorském věku tudíž péči sami nezvládají. Dále budou pečovatelky označovány jako R1-R4 (respondentky).

4.3. Kvalitativní výzkum

Cíl kvalitativního výzkumu je objevit detailní a komplexní informace o zkoumaném jevu. Pokud se jedná o kvalitativní výzkum, nejvíce se aplikují data získané z rozhovorů, pozorování a dostupných dokumentů.²⁸

4.4. Sběr dat

Provedla jsem rozhovory s pečovatelkami, které docházejí do rodin, jež mají v péči seniora s Alzheimerovou chorobou a potýkají se s nejrůznějšími problémovými situacemi při

²⁸ ŠVARÍČEK, Roman a ŠEDOVI, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2.

vykonávání pečovatelské služby. Všechny dotazované respondentky byly předem seznámeny s výzkumným šetřením a s rozhovorem i jeho následným zpracováním souhlasily. Zároveň byly ujistěny o zachování jejich anonymity. Respondentky souhlasily, že si náš rozhovor nahrají na diktafon, který využijí při přepisu dat rozhovoru. Audionahrávka je v osobním archivu autorky.

4.5. Rozhovor

Švaříček uvádí, že rozhovor je komplexní proces, který se neskládá pouze z interview s dotazovaným a jeho přepisu. Zahrnuje již přípravnou část, jako výběr metody, dostatečné informace o tématu, které nám pomohou při tvorbě otázek a dodatečnou reflexi rozhovoru.²⁹

Dále by dle Švaříčka měla být vytvořená struktura témat, která je založená na hlavní výzkumné otázce a ke každému z témat připraveno několik otázek.³⁰

Proto jsem v rámci cíle bakalářské práce využila polostrukturovaný rozhovor, který je založený na předběžně připraveném okruhu otázek.

4.6. Průběh výzkumu

První krok, který jsem pro realizaci výzkumu provedla bylo vytyčení určitých oblastí, na které jsem se během výzkumu chtěla zaměřit. Sběr dat probíhal formou soukromých polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnankyněmi pečovatelské služby, které mi umožnily detailnější vhled na danou problematiku a ochotně zodpověděly všechny mé otázky. Rozhovor byl založený na 15 otázkách. Na samém úvodu rozhovoru jsem zjišťovala identifikační údaje o pečovatelkách ohledně vzdělání a let praxe. Jako další jsem zjišťovala údaje o podmínkách klientů a jejich pečujících. Ve zbylé části rozhovoru jsem se již zaměřovala na výzvy a překážky, které pečovatelky vnímají při poskytování pečovatelské služby seniorům s ACH v domácím prostředí. Vše bylo doplněno kazuistikami, ve kterých jsou uvedeny konkrétní výzvy a překážky.

4.7. Etika výzkumu

S ohledem na citlivost údajů uvedených v mé bakalářské práci byla všechna data sbírána a zpracována se souladem k etickým zásadám. Pro zachování anonymity není v textu uveden název zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn a jména klientů jsou pozměněna. Prohlášení

²⁹ ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, vyd. 2., s. 160.

³⁰ Tamtéž.

o mlčenlivosti je v přílohách (viz. Příloha č. 2). Do přílohy se zařazuje čestné prohlášení o mlčenlivosti. Originál je v osobní archivaci autorky.

5. Výsledky výzkumu

V této finální části práce se zaměřím na interpretaci výsledků výzkumu. Nejdříve uvedu identifikační údaje o pečovatelných a klientech. Dále se zaměřím na konkrétní kazuistiky, z kterých každá mě každá dovedla k vybraným výzvám a překážkám.

5.1. Identifikační údaje respondentek

Tabulka 2

Respondentka	Věk	Délka praxe	V daném zařízení	Vzdělání
R1	51	31 let	16 let	Středoškolské s maturitou
R2	36	8 let	3 roky	Vyšší odborné – Dis.
R3	48	20 let	8 let	Středoškolské bez maturity
R4	33	13 let	11 let	Vyšší odborné – Dis.

Výzkumný soubor se skládal ze 4 respondentek, které pracují v pečovatelské službě ve věku od 33 let do 51 let. Délka praxe v oboru je v rozmezí od 8 let do 31 let, v daném zařízení se praxe pohybuje mezi 3 roky a 16 lety. Dvě pečovatelky absolvovaly vyšší odbornou školu, jedna dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou a poslední středoškolského vzdělání bez maturity. Jak již bylo uvedeno, všechny dotazované byly ženy.

5.2. Identifikační údaje klientů

Tabulka 3

Klient	Věk	Pohlaví	Délka choroby od stanovení diagnózy
K1	74	Muž	2 roky
K2	67	Žena	4 roky
K3	64	Žena	3 roky
K4	61	Žena	3 roky

Konkrétní kazuistiky se týkaly 4 klientů ve věkovém rozmezí od 61 let do 74 let. Ve třech ze čtyř případů šlo o ženy. Uplynulá doba od stanovení diagnózy se pohybovala mezi dvěma až čtyřmi roky.

Podle České Alzheimerovské společnosti tvoří v České republice více než dvě třetiny lidí s Alzheimerovou chorobou ženy.³¹ Toto tvrzení dokládají i jiné výzkumy. Ostatně jsem si to

³¹ ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*, s. 21.

potvrdila i ve svém výzkumu, že větší část klientů s Alzheimerovou chorobou jsou ženského pohlaví.

5.3. Kazuistika 1

Panu Josefovi diagnostikovali Alzheimerovu chorobu ve věku 72 let, momentálně mu je 74 let. Stará se o něj manželka, která má sama problémy s pohybem, tudíž je neustále doma a odchází maximálně k lékaři. Vše, co potřebuje jí obstarává pečovatelská služba, nebo známí. Zpočátku se o pana Josefa snažila starat sama, ale s manželovou postupující nemocí se obrátila na pomoc pečovatelské služby. Využívají služeb nákupu, doprovázení k lékaři, dovážky a servírování obědů, a pomoci při osobní hygieně (koupání). Protože bydlí v nájemním bytě, žádné větší úpravy pro klientovo pohodlí a bezpečí nejsou možné, i z toho důvodu není v bytě k dispozici sprcha, ale pouze vana, díky které je manipulace s klientem náročnější. Pan Josef je naprosto mobilní, v reálu nemá žádné větší problémy s pohybem, kromě běžných projevů stárnutí. Trpí ovšem představou, že nedokáže sám bez pomoci chodit, spíše ani udělat jediný krok, aniž by zavravoral, nebo spadl, občas tuto představu doprovází i halucinace o různých předmětech a překážkách, které má v cestě. Při pohybu neustále vyžaduje přidržování od manželky, nebo od pečovatelky, v případě její přítomnosti, ovšem odmítá jakékoliv pomůcky typu chodítka.

5.3.1. Fyzická zátěž

V případě pana Josefa se jako jedna z hlavních výzev jeví fyzická zátěž, která vzniká kombinací jeho představ o vlastní nepohyblivosti, občasných halucinací o překážkách v cestě a prostorových podmínek v bytě. O tomto konkrétním klientovi a specifikách práce s ním, ze kterých hlavní výzva vyplývá mi nejvíce pověděla R1: "V případě pana Josefa je fyzická zátěž poměrně vysoká, i díky klientově výšce a váze, které jsou obě poměrně značné. Zejména při koupání, které nám stěžují i podmínky v bytě. Tím myslím, že není k dispozici sprcha, ale pouze vana. To je ovšem komplikace u každého klienta, nejen pana Josefa. Vzhledem k tomu, že pan Josef má obavy ze samostatného pohybu, je potřeba ho neustále přidržovat už při vstupu do vany, po celou dobu koupání i při následném výstupu z vany, stejně jako při veškerém pohybu v bytě."

R3 v rozhovoru následně zmínila: "U pana Josefa je nejhorší, že opravdu jde jen o utkvělé představy, které nemají reálný základ, ale on se jich drží a už se jich nejspíš nikdy nezbaví. Často se snažíme, když se s ním pohybujeme po bytě ho přesvědčit, aby udělal aspoň krok sám, povzbuzujeme ho, že to dokáže a ujišťujeme, že jsme kolem něj a v případě pádu ho včas zachytíme. Když má klient dobrou a ochotnou náladu, tak se o to pokusí, vždy se mu to povede,

má z toho sám radost, jenže jde vždy pouze o jeden nebo dva kroky a hned se vrátí zpátky k tomu, že sám chodit nebude, protože by spadl."

Bludy jsou nepravdivé přesvědčení, které jsou v rozporu s realitou, často také bývají doprovázeny halucinacemi, což jsou vjemy, které nemají reálný podnět. U Alzheimerovy choroby se tyto příznaky objevují nejčastěji během středním či pokročilém stádiu nemoci.³²

5.4. Kazuistika 2

Paní Anežce byla Alzheimerova choroba diagnostikována ve věku 63 let, momentální jí je 67 let. Stará se o ní dcera, která s ní i bydlí. Jelikož dcera musí chodit do zaměstnání, její stálá přítomnost není možná. Pracuje na směny, které se jí po týdnech střídají, to znamená že v lichý týden se o klientu dopoledne postará pečovatelská služba a odpoledne péči zajistí dcera, ale v sudý týden je dcera doma v době, kdy přijíždějí i pečovatelky, ale celé odpoledne až do večera je paní Anežka doma sama. Paní Anežka využívá služeb úklidu, nákupů a pomoci s osobní hygienou (koupání). Ve stádiu nemoci, ve kterém se paní Anežka nachází, již někdy nepoznává pečovatelky a v takových chvílích je agresivní. Pokud pečovatelky rozpozná, je milá a spolupracuje bez problému. I přesto v těchto případech nastává problém pokaždé, kdy se k ní pečovatelky otočí zády, protože pak se stává, že je napadne, což je reakcí na její ztrátu orientace a pocit ohrožení. V případě dcery je situace výrazně stabilnější, ovšem někdy nastanou i horší situace, kdy nepozná ani dceru. Taková situace se projevuje agresivním chováním, kdy paní Anežka dceru začne vyhánět z domu, zatím však vždy pouze verbálně, k fyzickému útoku nedošlo.

Pro využití pečovatelských služeb se dcera rozhodla hlavně kvůli tomu, že pracuje na směny. Dlouho se snažila o matku postarat sama, ale dále to již nebyla schopna zvládat. Zejména důležitá je pro nic pomoc při hygieně. Dokud se o ni starala sama, nebyla si úplně schopna připustit matčin stav. Rozhovory s pečovatelkami i jenom jejich samotná přítomnost dceři velmi pomohla projít procesem smířování se se všemi skutečnostmi ohledně matčina onemocnění.

5.4.1. Agrese u klientů

Z popisu paní Anežky se tedy zaměříme na překážky při péči v případě, že je klient agresivní. Stav paní Anežky je nepravdivý, někdy se i měsíc nic nezmění a je v klidném stavu, jindy se její rozpoznávací schopnosti změní i třikrát za týden. Na otázku, jak zvládají agresi u klientů mi R4 řekla: "Pokud máme agresivního klienta, je nejdůležitější zůstat v klidu a nenechat se vyvést z rovnováhy. V případě zhoršení stavu se snažíme paní Anežku uklidnit a nepřidávat další podněty k agresi. Po předešlých zkušenostech už víme, že je lepší zůstat v její

³² Jiráček, R. (2008). Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Psychiatrie pro praxi*, 9(1), 15-18. Dostupné z <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/04.pdf>.

blízkosti, než se vzdálit, protože to vyvolávalo jen další záchvaty vzteku. Také jsme si museli trochu bolestivou cestou přijít na to, že se k ní nikdy nesmíme otočit zády, protože pak nás napadá, i když je jinak v klidném stavu. Pokud se jedná pouze o slovní agrese, nereagujeme, protože během péče o klientku jsme zjistili, že to jediné u ní nevyvolá další reakci." Většina respondentek odpověděla, že už si na možnou agrese ze strany klientů zvykly a ani jim nepřijde divná. Jedinou rozdílnou odpověď jsem dostala od R2: "Agrese od klientů je jediné, s čím se pořád nedokážu úplně vyrovnat, obzvláště pokud jde o klienty, kteří působí tak mile a drobně."

Dále jsem se dotazovala, zda jde o výzvu i z emocionálního hlediska, a ne pouze z hlediska bezpečí. O tom mi R4 sdělila: "Jak jsem již říkala, většinou mi to už ani nepřijde, jsem zvyklá. Ale občas když má člověk slabší den, tak to umí zamrzet, zvláště když jde o někoho, koho za normálních okolností znám jako milého a vstřícného člověka. S odstupem mi pomáhá i to, že si vždýcky připomenu, že jde pouze o projevy nemoci, a ne o skutečnou povahu klientky nebo jejího vztahu k nám. Někdy také umí být těžké zůstat klidná, když na Vás druhý křičí a snaží se Vás napadnout."

Když jsme dále navázaly na to, zda u některých klientů dokáží přijít na techniky, které fungují na uklidnění, tak mi dala R4 odpověď: "Ano, u některých klientů se opravdu dá přijít na techniky, které je poměrně spolehlivě uklidní, i když samozřejmě nic z toho nefunguje stoprocentně. Například u paní Anežky, jak jsem již popisovala, když nás napadá pouze slovně, vůbec nereagujeme a předstíráme, že jsme ji neslyšely. Když takto nereagujeme, tak většinou přestane, stalo se asi pouze dvakrát, že by ji to vyprovokovalo k dalšímu fyzickému útoku. Také na ní, jako na většinu pacientů s ACH má pozitivní vliv, pokud se dodržuje její denní rutina. Změny rutiny v rozmezí pár minut jí nevadí, ale pokud jde o desítky minut, už se dostavuje negativní reakce. Jako příklad mou uvést, že se nám před časem rozbilo auto a kvůli tomu jsme přijeli o 40 minut déle, než běžně jezdíme. Její reakce se projevila tím, že nás ani nevpustila dovnitř a jen s velkým přemlouváním si od nás vzala oběd aspoň z okna."

5.5. Kazuistika 3

Paní Janě byla Alzheimerova choroba diagnostikována ve věku 64 let, momentálně je jí 67 let. Zpočátku se o paní Janu staral manžel, bohužel zemřel a péči o ni přešla na syna. Ztráta manžela paní Janu velmi poznamenala a po jeho smrti se začala čím dál více uzavírat sama do sebe. Syn s matkou nebydlí, nestará se o ni a ani nezajímá. Je pro něj velkou přítěží a jen čeká, kdy se v nějakém pobytovém zařízení uvolní místo, aby ji tam mohl umístit. Jediné, co pro ni udělal bylo sjednání pečovatelské služby. Má objednané služby úklidu, nákupů, pomoc pro osobní hygieně, praní a žehlení. Syn odmítá podpořit i jakékoliv úpravy v bytě, které by matce život usnadnily, protože by to pro něj byla finanční zátěž. Celkově se na péči o matku podílí, jak

nejméně může. Cokoliv je potřeba, snaží se delegovat na někoho jiného, pokud už se opravdu musí zapojit, jeho neochota a lhostejnost je velmi patrná.

5.5.1. Nedostatek podpory ze strany rodiny/ finanční zátěž pro rodinu

V případě paní Jany se podíváme na překážku, kdy pečovatelská služba nedostává dostatečnou podporu ze strany rodiny a zároveň je jakákoliv další pomoc pro seniora pro rodinu pouze finanční zátěží. Při rozhovoru s R3 se rozpovídala o tom, jak to vypadá, když se rodina v péči moc neangažuje a nespolupracuje s pečovatelskou službou. A právě díky tomu jsme narazily na situaci paní Jany, protože ta je toho přímo ukázkový příklad. Jako největší výzvu, kromě dalších, které budou ještě popsány vidí R3 v tom, že kvůli nezájmu syna zůstávají pečovatelky v podstatě plně odpovědné za veškerou péči o klientku. To vede k velké emoční frustraci hned z několika pohledů. Jednak kvůli lítosti nad tím, jak se syn ke své matce chová a staví k její situaci, a také kvůli tomu, že pečovatelky vědí, že při výkonu svého povolání nemají možnost vyvážit péči, která se jí nedostává ze strany rodiny.

Když jsem chtěla uvést konkrétní příklad, dozvěděla jsem se: "Kvůli synovu přístupu nám již několikrát vznikly různé zbytečné problémy, třeba s koordinací péče. Stalo se, že paní Jana podstoupila hospitalizaci v nemocnici, ale syn nás o tom neinformoval. Takže jsme normálně jely k ní domů, ale na klientu se nemohly dozvonit, ani dořukat. Na takové případy máme své postupy, které zahrnují i složky IZS. Pokud se na klienta nedozvoníme, kontaktujeme rodinu, zda neví, kde se náš klient může nacházet, ale syn nám to v té chvíli samozřejmě nezvedl. Musely jsme tedy kontaktovat policii a hasiče, aby nám pomohly se do bytu dostat. Naštěstí jsme se synovi záhy dovolaly a výjezd ještě stihly odvolat."

Protože při popisu situace paní Jany a jejího syna bylo patrné, že je o ní opravdu nejví zájem a je pro něj jen přítěží a určitě jí finančně nepodpoří, ptala jsem se, jaký vliv má nedostatek finanční podpory na práci pečovatelek. Dozvěděla jsem se, že: "Má to veliký vliv, nejen na naši práci, ale hlavně na pohodlí a bezpečí klientky. Syn třeba odmítá jakékoliv úpravy v bytě, i když jsme ho upozorňovaly na to, že by to výrazně zlepšilo její životní podmínky. Protože pro klientku její vlastní domov přestává být bezpečný."

Zjišťovala jsem, zda zkoušeli synovi nabídnout, nebo spíše poradit podat si žádost o nějaké příspěvky, když nechce do matky investovat z vlastních peněz. I k tomu se bohužel syn staví negativně, jak mi R3 sdělila: "Ano, uváděli jsme například příspěvek na úpravy domácnosti, protože ty by byly opravdu potřeba, ale syn se všemu brání, že si s takovým papírováním nebude přidělovat práci, když chce matku umístit do pobytového zařízení. I to na nás vyvíjí tlak, protože musíme péči o klientku stále zajišťovat v těchto omezených podmínkách."

Dále jsem se tedy zaměřila na to, zda a pokud ano jak může tento tlak ovlivňovat schopnost poskytnout klientce kvalitní péči. "I když je to někdy náročná situace, snažíme se dělat,

co můžeme. Je smutné, když máte klienta, který by potřeboval více podpory a zároveň nemáte dostatečné zdroje kvůli nedostatečné podpoře ze strany rodiny, umí to být vyčerpávající. Často nás to staví do pozice, kdy musíme improvizovat a být kreativní, jak s těmito omezeními pracovat, a to je opravu výzva.

5.6. Kazuistika 4

Paní Anně byla Alzheimerova choroba diagnostikována v 61 letech, momentálně jí je 64 let. Stará se o ni mladší sestra, která s ní zároveň žije v bytě. Díky tomu, že je v invalidním důchodu tak má možnost u sestry být nepřetržitě. Ale díky nemoci, kvůli které je v invalidním důchodu nezvládá fyzickou zátěž a snadno se unaví, proto vyhledala pomoc pečovatelské služby. Paní Anna je již dlouho ve stádiu nemoci, kdy odmítá jakoukoliv pomoc ze strany pečovatelek, protože jsou cizí.

5.6.1. Nedostatečné školení personálu

Na příběh paní Anny jsem se zaměřila, protože jsem při rozhovoru s respondentkou číslo dvě narazila na překážku v péči o klienty v případě, pokud není personál pečovatelské služby dostatečně připravený na situace, které se mohou objevit při výkonu jeho povolání. Pokud není pečovatelka dostatečně proškolená na specifika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, mohou nastat různé výzvy a překážky, které výrazně ovlivní kvalitu péče. V tomto konkrétním případě, kdy nemoc paní Anny postupuje do stádia, v němž odmítá pomoc od kohokoliv jiného než od své sestry, mohou vzniknout problémy právě kvůli nedostatečnému školení pečovatelky. Během rozhovoru s R2 jsem zjistila, že právě takový případ nastal, když měla poskytovat pečovatelské služby u paní Anny. Zaměřila jsem tedy své otázky na tento případ a požádala ji o co nejvíce informací. Sama přiznala: Protože nemám tak dlouho praxi, jako ostatní kolegyně, paní Anna byla první klientka, u které jsem se setkala s odmítáním péče, a na začátku mě to zaskočilo nepřipravenou a nevěděla jsem, jak mám reagovat." Ptala jsem se, jestli se časem něco zlepšilo, když už respondentka věděla, že se u klientky setká s odmítáním péče. K tomu mi sdělila: "Upřímně se toho moc nezlepšilo. Sice teď už vím a jsem připravená na to, že klientka tak reaguje na všechny, takže nejde o mě, ale i tak pociťuji nedostatek praxe. Ten by snad bylo možné vyvážit nějakým školením na práci s takovým typem klientů, to ale také nemám absolvované a minimálně ze strany vedení se mi ho nejspíš nedostane. Přitom kdybych byla lépe vyškolená v oblasti přístupu ke klientům s Alzheimerovou chorobou, určitě bych dokázala lépe zareagovat, i ke klientce lépe přistupovat." V návaznosti na to jsem se ptala, jestli to tedy nepodpořilo zajištění nových školení, nebo aspoň zavedení pravidelné supervize na pracovišti. I na to jsem dostala negativní odpověď: "Pravidelnou supervizi bychom uvítaly, bohužel se nám já ale nedostává. Ze strany vedení není ani snaha o zajištění dalších školení. Jediné, které absolvujeme je těch pár, které máme povinné ze zákona.

Když jsem se od respondentek shodně dozvěděla, že zařízení nemá snahu o zlepšení kvalifikace svých zaměstnanců, ptala jsem se, jestli se aspoň snažili nějakým jiným způsobem nastalou situaci vyřešit, R2 řekla: "Když jsme za vedení s kolegyněmi s touto situací ohledně paní Anny přišly, pouze rozhodli, že si klientku vezmou na starost jiné pečovatelky. Takové řešení je ale k ničemu. Vzhledem k tomu, že jsme malé zařízení, tak v případě nepřítomnosti více než dvou kolegyň například kvůli nemoci, se stejně k paní Anně zase dostanu. Nebo co když bude takových klientů více najednou? Tak je všechny převezmou kolegyně? To, že když se některá pečovatelka dostane do kontaktu s klientem, o jehož péči nemá dostatek informací, tak jí odsuneme pryč přece není řešení."

6. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit jaké výzvy a překážky vnímají pečovatelky při poskytování služeb seniorům s Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Celkem jsem oslovila 4 respondentky, které pracují v domově s pečovatelskou službou, aby mi sdělily svůj pohled na problematiku. Výzkum byl provedený formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahráván na diktafon. Výzkum byl kvalitativní, při kterém respondentky odpovídaly na mnou předem připravené otázky a dále měly možnost sdělit další informace, které jim přišly k danému tématu relevantní. V popisu výzkumu jsem se u každé respondentky zaměřila na jednoho konkrétního klienta, u kterého se daly nejlépe popsat výzvy a překážky, kterým pečovatelky při poskytování péče seniorům s Alzheimerovou chorobou v domácí péči čelí. Proto je na každou z kazuistik pohlíženo pohledem jiné pečovatelky, která měla k dané problematice nejvíce co říct. Jestliže jsem zde zmínila kazuistiky, myslím, že je vhodné připomenout také přínosnost biografií, které nám dokáží objasnit různé aspekty klientova chování, jak ostatně uvádí i Procházková v knize *Biografie v péči o seniory*. K přepsání jednotlivých částí odpovědí jsem využila transkripci.

Jako první jsem na začátku rozhovoru s každou respondentkou zjišťovala údaje o ní samotné, abych si dokázala udělat představu o jejích zkušenostech a praxi. Pro získání co nejpečlivější a nejautentičtější odpovědi na mou hlavní výzkumnou otázku jsem se rozhodla, že se na ni nebudu ptát přímo, ale začnu se obecně zajímat o zkušenosti s klienty s ACH, o které je pečováno doma a postupným rozhovorem přejdeme ke konkrétním odpovědím.

Protože jsem výzkum prováděla v jednom zařízení, tak odpovědi na obecnější otázky se u všech respondentek shodovaly. Zajímalo mě, kolik mají aktuálně klientů s ACH v domácí péči. Jedná se dohromady o pět klientů, ze kterých jsem nakonec vybrala čtyři. Jejich péče je popsána výše. Ve chvíli, kdy jsem rozhovory prováděla jsem, ale ještě tento výběr neměla stanovený, proto jsem se o všechny klienty zajímala stejně. Dále jsem se tázala, kdo jsou hlavními pečujícími o tyto klienty. V jednom případě šlo o manželku, ve dvou případech o děti a v posledním o sestru.

Než jsme se k samotným rozhovorům dostaly, měla jsem v plánu přímo se zeptat jaké jsou podle respondentek největší výzvy a překážky v poskytování služeb pro seniora s ACH, ale hned v začátcích dotazování se respondentky sami rozmluvily o konkrétních případech, tudíž jsem dostala odpověď na hlavní výzkumnou otázku i bez toho, aniž bych ji přímo položila. Samozřejmě jsem se na ni ještě zeptala, ale až ke konci rozhovoru, pokud by chtěla daná respondentka ještě něco dodat.

Z rozhovorů tedy vyplynuly čtyři hlavní okruhy výzev a překážek. S respondentkou číslo jedna jsem se věnovala tématu fyzické zátěže, která byla spojená s bludy a občasnými

halucinacemi klienta. Jak uvádí Buijssen ve své knize *Jednoduchost demence: Průvodce pro rodiny a pečovatele*, tak halucinace a bludy jsou častými příznaky Alzheimerovy choroby. V případě, že jimi klient trpí není vhodné mu je vyvracet, zároveň ho v nich ale neutvrzovat. Je dobré naučit se s klientovými halucinacemi pracovat a přijímat je. Fyzická zátěž je běžnou součástí při péči o seniora s Alzheimerovou chorobou, jak uvádí i Franková ve své knize *Paní Anežka má demenci*.

Druhým okruhem, který jsem na podkladě rozhovoru s respondentkou číslo čtyři pro výzkumnou část vymezila je agrese ze strany klienta. Všechny respondentky se shodly, že si plně uvědomují, že pokud je klient agresivní, ať už slově, či fyzicky, nejedná se o útok přímo na jejich osobu, ale o projev nemoci. To odpovídá i tvrzení Buijssena v knize *Jednoduchost demence: Průvodce pro rodiny a pečovatele*.

S respondentkou číslo tři jsme se věnovali zejména situaci, kdy rodina klienta nedostatečně podporuje pečovatelskou službu a nejeví zájem o svého příbuzného, jakákoliv péče o něj by byla pouze finanční zátěží. V průběhu rozhovoru se ukázalo, že toto chování ze strany rodiny není vůbec ojedinělým případem, nýbrž poměrně běžným problémem při poskytování pečovatelské služby. Podle respondentky klientčin syn nechce o specifických potřebách své matky s pečovatelskou službou komunikovat, a i v případě, že si návrhy na úpravu péče a prostředí neochotně vyslechne, vše hned zamítne, protože by to pro něj byla finanční zátěž. Příklad, který je v popisu daného případu jasně ukazuje na problémy, které mohou vzniknout nedostatečnou komunikací mezi rodinou a pečovatelskou službou.

Jako poslední příklad výzev a překážek v péči o seniora s ACH v domácí péči spojený s konkrétními klienty uvádím kazuistiku číslo 4, na kterou je nahlíženo z pohledu respondentky číslo dvě. Ta má ze všech zúčastněných nejmenší praxi celkově, tak i v daném zařízení. Jak sama uvedla, konkrétní zmiňovaná klientka byla její první zkušenost s někým, kdo odmítá její péči. Respondentka si uvědomuje, že se nejedná o konflikt přímo vůči její osobě. Stejně jako u agresivních klientů i zde se lze ohlédnout na tvrzení od Buijssena z knihy *Jednoduchost demence: Průvodce pro rodiny a pečovatele*, že jakékoliv projevy nevole vůči pečujícímu nejsou vedeny přímo na jeho osobu, ale jedná se o symptomy choroby. Respondentka si je vědoma toho, že by v oblasti péče o seniora s Alzheimerovou chorobou potřebovala větší proškolení, to jí ale ze strany vedení zařízení zatím nebylo umožněno. Dále by také uvítala častější supervize, jejichž důležitost je potvrzena i v knize *Supervize v pomáhajících profesích*, kterou napsali Hawkins a Shohet.

Překvapilo mě shodné tvrzení respondentek, že vedení zařízení nemá žádný zájem o další vzdělávání svých zaměstnanců, i když oni sami by to zájem měli. Nepřipraví pro ně ani podmínky pro pravidelnou supervizi, kterou by podle svých slov také uvítaly.

Také mě zajímalo, zda a případně jak vyrovnávají se stresem a předchází mu, protože je při péči o seniory velikou výzvou a v případě, že se bude přecházet, může být i překážkou. Některé stresory, které nás mohou ovlivňovat jsou popsány v knize *Proti stresu krok za krokem: aneb jak získat klid a odolnost vůči nepohodě* od Jána Praška a Hany Praškové. Matoušek v knize *Metody a řízení sociální práce* uvádí jako možné metody prevence zvládání stresu rozhovor s kolegou, správné rozvrhnutí času, kurzy pro zvládání stresu, zmírnění nároků na vlastní osobu, supervize, či školení. Na základě mého výzkumu respondentky využívají jen část těchto metod pro prevenci stresu, a to konkrétně rozhovor s kolegou, správné rozvržení času a zmírnění nároků na vlastní osobu. Žádné školení, které by jim se zvládáním stresu mohlo pomoci jim není ze strany vedení zařízení poskytnuto.

Na závěr diskuse bych ráda shrnula poznatky z provedených rozhovorů, které pro mě byly přínosné a obohacující. Velmi mi pomohly v rozšíření povědomí o různých úskalích dané problematiky. Bylo zajímavé, že přestože jsem respondentkám pokládala stejné otázky a mluvily jsme o stejných klientech, každou z nich více ovlivňovala jiná situace konkrétního klienta. Z odpovědí vyplívají některé důležité výzvy a překážky v domácí péči o seniora s Alzheimerovou chorobou. Pokud bych měla navrhnout další výzkum, mohl by se zabývat tím, jaké největší překážky vidí rodinní pečující v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou doma.

7. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat domácí péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí, a také představení a vysvětlení některých základních pojmů, které se dané problematiky týkají. Stěžejní částí bakalářské práce je především kvalitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s pečovatelkami, které pracují v domově s pečovatelskou službou. Díky nim byly zjištěny některé výzvy a překážky, které pracovnice pečovatelské služby při výkonu své profese při práci s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou a jsou v domácí péči. Pro lepší názornost jsou zjištěné výzvy a překážky doložené konkrétními kazuistikami.

Výzkumné šetření jsem provedla v nejmenovaném domě s pečovatelskou službou. Zjišťovala jsem, jaké výzvy a překážky vnímají pečovatelky při poskytování služeb seniorům s Alzheimerovou chorobou, kteří jsou v domácí péči. Dále jsem se zaměřovala na konkrétní případy, se kterými se dané respondentky setkaly. Dozvěděla jsem se i o vlivu stresu na výkon jejich práce a také, jestli se snaží stresu předcházet. V závěru jsem se snažila porovnat některé teoretické znalosti s výsledky vlastního výzkumného šetření.

V první kapitole teoretické části práce jsem se zabývala změnami, které přichází se seniorským věkem, tím, kdo je pečovatel, a domácí péči (její výhody i nevýhody, které může přinášet) a v závěru kapitoly rodinná péče. V druhé kapitole jsem se věnovala obecné charakteristice onemocnění, jako jsou symptomy (od těch prvotních, nenápadných až po ty zjevné), možné příčiny vzniku Alzheimerovy choroby, v neposlední řadě stádiím a také epidemiologii v České republice i ve světě. V třetí kapitole navazují možnostmi, které mohou pečující využít pro podporu domácí péče, jako je pečovatelská služba, denní stacionáře, ošetrovatelská služba atd. Praktická část začíná čtvrtou kapitolou, kde se věnuji metodologii prováděného výzkumu. V návaznosti na to je pátá kapitola zaměřena na samotný výzkum, který byl proveden kvalitativním způsobem za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly prováděny v nejmenovaném domově s pečovatelskou službou se čtyřmi respondentkami. Výzkumné šetření bylo vedeno na téma výzev a překážek při poskytování pečovatelské služby seniorovi s Alzheimerovou chorobou v domácí péči z pohledu samotných pečovatelek. Téma výzkumu bylo formulováno na základě teoretické části práce. Díky výzkumnému šetření jsme ve spolupráci s pečovatelkami formulovaly některé výzvy a překážky, které mohou vzniknout při poskytování pečovatelských služeb klientům s Alzheimerovou chorobou, o které je pečováno v domácím prostředí. Jedním z nejvýznamnějších problémů, kterým čelí pečovatelské služby, je fyzická zátěž. Pečovatelé často musí vykonávat náročné fyzické úkony, což může vést až k fyzickému vyčerpání, či zdravotním problémům. Z výsledků výzkumu vyplývá, že další překážkou je i nedostatečné školení personálu. Mnoho pečovatelů nemá dostatečné

znalosti a dovednosti potřebné k efektivní péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. To může vést k neadekvátnímu poskytování péče a zvýšenému stresu pro pečovatele. Další významnou překážkou je i nedostatečná podpora ze strany rodiny a pohled rodiny na nemocného pouze jako na finanční zátěž. V takových případech rodiny nejsou ochotny poskytovat potřebnou podporu, což zvyšuje zátěž na pečovatele a může negativně ovlivnit kvalitu péče. Poslední výzvou, kterou musí pečovatelské služby překonávat a která je ve výzkumu interpretována je agrese ze strany klientů. Tato agrese může být fyzická nebo verbální a představuje významnou výzvu pro bezpečnost a psychickou pohodu pečovatelů. Dále jsem se zabývala stresem a jeho prevencí, který určitě patří do výzev, a určitě i překážek pro poskytovatele pečovatelské služby.

8. Seznam použitých zdrojů

BARTOŠ, Aleš a HASALÍKOVÁ, Martina. Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.

BAYER, Antony a REBAN, Jan. Alzheimer's Disease and Related Conditions. Medea Press, 2004. ISBN 978-8023925296.

BUIJSSEN, Huub. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, 2019. ISBN 80-736-7081-X.

CALLONE, Patricia R. a KLINKEROVÁ, Jitka. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Doktor radí. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

Centra denních služeb. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/centra-dennich-sluzeb/>

FRANKOVÁ, Vanda. Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-633-5.

GRAHAM, Hilary. Labour of Love: Women, Work and Caring. 1983. Routledge & Kegan Paul. ISBN 978-0710095046.

HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-809-0632-073.

HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8715-9.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Sestra. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4724-546.

KABEŠ, Ladislav. Terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74-leté pacientky. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2025. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/a2f2755c44fd0ca221aa94ca4c4fb243.pdf>

KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9615-3.

KRAMER in SOBOTKOVÁ, Irena. Psychologie rodiny. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

KURUCOVÁ, Radka. Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9107-9.

MACE, Nancy L. a RABINS, Peter V. Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-807-5535-832.

MALÁKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Sestra. Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978-802-4731-483.

MÁTL, Ondřej; MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. Zpráva o stavu demence 2016: kolik zaplatíte za péči? Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

NÁRODNÍ INSTITUT PRO STÁRNUTÍ. Alzheimer's Disease Fact Sheet. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>

PRAŠKO, Jan a PRAŠKOVÁ, Hana. Proti stresu krok za krokem: aneb jak získat klid a odolnost vůči nepohodě. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2001. ISBN 80-247-0068-9.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

Švaříček, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Tísňová péče. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/tisnova-pece/>

Týdenní stacionáře. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/tydenni-stacionare/>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Otázky k rozhovoru

Příloha č. 2 - Prohlášení o mlčenlivosti

Seznam tabulek

Tabulka 1: Změny ve stáří

Tabulka 2: Identifikační údaje respondentek

Tabulka 3: Identifikační údaje klientů

Seznam použitých zkratk

ACH – Alzheimerova choroba

IZS – Integrovaný záchranný systém

K1 – Klient 1

K2 – Klient 2

K3 – Klient 3

K4 – Klient 4

R1 – Respondentka 1

R2 – Respondentka 2

R3 – Respondentka 3

R4 – Respondentka 4

Přílohy

Příloha č. 1

Otázky k rozhovoru

1. Údaje o respondentkách
 - Kolik je Vám let?
 - Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Kolik let pracujete v pečovatelské službě?
2. Kolik máte aktuálně klientů s Alzheimerovou chorobou v domácí péči?
3. Kdo jsou hlavními pečujícími těchto klientů?
4. Žijí klienti sami, nebo se svým pečujícím?
5. Jsou s nimi pečující stále doma, nebo chodí do zaměstnání?
6. Setkáváte se s agresí, ze strany klientů?
7. Setkáváte si i s klienty, kteří trpí bludy, či halucinacemi?
8. Jaká je Vaše nejhorší osobní zkušenost při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou?
9. Jaké jsou podle Vás největší výzvy, kterým čelíte při poskytování péče seniorům s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?
10. Jaké jsou podle Vás překážky, které brání efektivnímu poskytování péče těmto klientům?
11. Je podle Vás stres překážkou v efektivní péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?
12. Jak se vyrovnáváte se stresem, který při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou může vzniknout?
13. Snažíte se i o prevenci stresu?

Prohlášení o mlčenlivost

Zavazuji se tímto zachovávat zcela a bezvýhradně mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvím během své účasti na všech studentských praxích (nebo v bezprostřední souvislosti s touto účastí), které budu v rámci svého studia na TF JU absolvovat.

Tuto mlčenlivost se zavazuji zachovávat jednou provždy, tj. i po ukončení praxe a studia.

Tento závazek mlčenlivosti se nevztahuje na případy, kdy povinnost oznamovat určité skutečnosti stanoví zákon.

Studovaný obor:

bakalářský – navazující magisterský stupeň (nehodící se škrtněte)

prezenční – kombinovaná forma (nehodící se škrtněte)

Jméno a příjmení:

Adresa:

č. OP:

Den zahájení studia:

Předpokládaný den ukončení studia:

V dne

Podpis studenta:

ABSTRAKT

Senior v domácí péči s Alzheimerovou chorobou

HUSOVÁ, S. Senior v domácí péči s Alzheimerovou chorobou. České Budějovice 2025.
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Klíčová slova: senior, domácí péče, pečující osoba, Alzheimerova choroba, pečovatelská služba

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou domácí péče o seniora trpícího Alzheimerovou chorobou. V teoretické části se nejprve věnuji charakteristice seniora s Alzheimerovou chorobou, změn ve stáří a domácí péči. Dále se v práci zabývám symptomy, příčinami, popisuji stádia choroby a její epidemiologii. V konečné kapitole teoretické části jsem se zaměřila na možné podpůrné organizace, které mohou domácí pečující využít k pomoci s péčí o seniora. V praktické části provádím kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů na téma výzev a překážek pro pečovatelskou službu v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Výsledky poté porovnám s teoretickými poznatky.

ABSTRACT

Senior in home-care with Alzheimer's disease

Key words: senior, home-care, caregiver, Alzheimer's disease, care service

This bachelor thesis deals with problem of home-care for seniors suffering from Alzheimer's disease. In the theoretical part, I first focus on the characteristics of a senior with Alzheimer's disease, changes in old senior age, and home-care. Furthermore, the thesis addresses symptoms, causes, describes the stages of the disease, and its epidemiology. In the final chapter of the theoretical part, I focus on possible support organizations that home caregivers can use to help care for a senior. In the practical part, I conduct qualitative research using semistructured interviews on the topic of challenges and obstacles for care service in caring for a senior with Alzheimer's disease in home care. The results are then compared with theoretical knowledge.