



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Péče o klienta s Alzheimerovou chorobou z pohledu pečovatele a rodiny

Vypracoval: Barbora Zíková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa, Ph.D.

České Budějovice 2022



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

BACHELOR THESIS

**Caring for a client with Alzheimer's disease
from the perspective of a caregiver and
family**

Author: Barbora Zíková

Supervisor: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa, Ph.D.

České Budějovice 2022

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Péče o klienta s Alzheimerovou chorobou z pohledu pečovatele a rodiny, 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 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 20.4. 2022

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych své poděkování věnovala vedoucímu své práce Mgr. Et Mgr. Jiřímu Kressovi za cenné rady a spolupráci při vypracování mé bakalářské práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o pacienta s Alzheimerovou chorobou, jak ve specializovaném centru, tak v rodinném prostředí. Práce je rozdělena na dvě části. První část, teoretická, je z velké části věnována Alzheimerově chorobě. Jsou zde zahrnuty veškeré informace týkající se tohoto onemocnění, jako například stádia, diagnostika a léčba. Poslední kapitola teoretické části se věnuje péči a klade velký důraz na informace nejen o sociálních službách a organizacích pomáhajícím rodinám postihnutým tímto onemocněním ale i na informace o přiblížení domácí péče pro dobro nemocného a rodiny. V praktické části bylo cílem formou rozhovoru přiblížit, jak domácí péče a život s člověkem, který Alzheimerovou chorobou onemocněl, probíhá.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba; organizace; diagnostika; informace; domácí péče

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the treatment of a patient with Alzheimer's disease, both in a specialized welfare centre and in a family environment. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is focused on Alzheimer's disease in general. All information related to the disease is mentioned in this part, stages, diagnosis, and treatment. The last chapter of the theoretical part is concerned with treatment and places emphasis on information concerning welfare services and organizations, which help affected families and gives an idea of homecare for the affected person. The aim of the practical part, in the form of an interview, was to find out how is living with a person with Alzheimer's disease and his treatment going on.

Keywords

Alzheimer's disease; organization; diagnosis; information; home care

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 STÁŘÍ	9
2 DEMENCE	10
2.1 VYMEZENÍ POJMU DEMENCE	10
2.2 PŘEHLED DEMENCÍ	10
2.3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	11
2.4 EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY	11
2.5 SYMPTOMY ALZHEIMEROVY CHOROBY	11
2.6 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	12
2.7 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY	13
2.8 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY	15
3 PÉČE O NEMOCNÉ	17
3.1 SOCIÁLNÍ PÉČE	17
3.2 ORGANIZACE PODPORUJÍCÍ NEMOCNÉ A JEJICH RODINY	18
4 ZÁSADY KOMUNIKACE A CHOVÁNÍ K ČLOVĚKU S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ ...	19
5 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	22
5.1 DOMÁCÍ PÉČE	22
5.2 CO JE POTŘEBA PRO PÉČI?	22
5.3 ZÁSADY PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	23
PRAKTICKÁ ČÁST	25
6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	26
6.1 CÍL PRÁCE.....	26
6.2 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	26
6.3 REALIZACE VÝZKUMU	26
6.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	27
7 ROZHOVORY	28
7.1 ROZHOVOR S DCEROU PANÍ H.....	28
7.2 ROZHOVOR S DCEROU PANÍ P.	31
7.3 ROZHOVOR S VNUKEM PANÍ L.	33
8 DISKUZE	36
9 ZÁVĚR	40
SEZNAM ZKRATEK	44
LITERATURA A PRAMENY	45
SEZNAM PŘÍLOH	49

ÚVOD

Pro vypracování mé bakalářské práce jsem si vybrala téma péče o klienta s Alzheimerovou chorobou z toho důvodu, že s tímto onemocněním jako je Alzheimerova choroba, stařecká demence nebo i vaskulární se setkávám velmi často, pracuji s těmito lidmi už několik let. Alzheimerova choroba je nemoc, která postupuje velmi rychle a může postihnout kohokoliv z nás, i když si to nedokážeme připustit. Proto by se o této nemoci a péči o lidi s tímto onemocněním mělo více mluvit. Nežjišťovat informace za pomoci medií, ale od lidí z praxe ať už se jedná o rodinu, která se stará o svého příbuzného doma, anebo o ošetřovatele, kteří se o tyto klienty starají v centrech přímo určených. Pro člověka, u kterého byla diagnostikována tato nemoc je velmi důležitá rodina. Proto péče rodiny má velkou úlohu v životě nemocného.

Péče doma není jednoduchá, už jen smíření s onemocněním nebývá vůbec lehké, bohužel tato onemocnění jsou stupňující a člověk ať už s demencí nebo Alzheimerovou chorobou potřebuje každým dnem zvýšenou pomoc.

Tato nemoc nemění jenom život nemocného ale celé své rodiny a okolí. Musí se vypořádat jak se zhoršením tělesného stavu svého blízkého ale i z finanční a časovou náročností a přizpůsobení domova pro nemocného člověka. Když dojde nemocný člověk do takové fáze, že potřebuje 24hodinovou pozornost a pomoc, nemusí to rodina zvládnout a vyhledá pomoc v centrech přímo určených pro lidi s demencí, kde pro ošetřovatele ve specializovaném centru je práce velmi náročná jak fyzicky, tak i psychicky, ale má to také své pozitivní stránky, když těm lidem dáváte tu správnou péči, tak je to velmi hezký pocit, protože na těch lidech ať už jsou mobilní či nemobilní jde vidět, že pohlazení, péči a lásku potřebují a jsou za to velmi vděční.

Nejdůležitější je fakt, že i po dobré péči ošetřovatelů je u těchto lidí na prvním místě rodina, která chodí pravidelně na návštěvy, nosí věci, které jejich rodinným příslušníkům připomínali, to kým byli. Pohlazení a kontakt od nejbližších je to, co tyto lidé potřebují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Dle WHO je základní klasifikace vyššího věku následující:
45–59 let střední nebo zralý věk, 60–74 let vyšší nebo rané stáří, 75–89 let stařecký věk a 90 let a výše dlouhověkost.

Stáří je biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. (Pacovský, Heřmanová 1981). Stárnutí nejčastěji souhrn změn ve funkcích a struktuře organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince (Langmeier, Krejčířová 2006).

Stárnutí sčítá mnoho změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Změny nenastupují současně ale individuálně. Stáří zároveň postihuje i psychickou stránku člověka a velmi často bývá spojeno se změnami osobnosti. Do popředí se nejčastěji dostávají negativní rysy osobnosti a projevují se negativní vlastnosti člověka, tyto změny mohou ovlivňovat nejen člověka samotného ale i jeho okolí (Dvořáčková, 2012).

Stárnutí a Stáří je období, kdy se výrazně mění dosavadní způsob života. Velkým mezníkem ve stáří je odchod do penze, kdy si lidé nejčastěji uvědomí tzv. „syndrom prázdného hnízda“ odchod dětí a narození vnoučat. Postupně dochází k úbytku sil, životního tempa a zhoršování zdravotního stavu. Další velkou změnou může být úmrtí partnera a blízkých vrstevníků. V tomto období dochází k pocitu zbytečnosti, co může vést k vážným psychologickým problémům (Pichaud, Thareau 1998).

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory, především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami. Všechny změny se navzájem prolínají a mnohé jsou protichůdné a jednotlivé vymezení a dělení stáří je tak velmi obtížné (Kalvach, Čeledová, Čevela 2016).

2 DEMENCE

2.1 Vymezení pojmu demence

„Demence patří mezi nejčastější nemoci vyššího věku. Člověk ztrácí schopnost vykonávat smysluplné činnosti, chápat okolní dění, ztrácí soběstačnost a stává se závislý na péči okolí (Franková, 2017).

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Jde o progresivní onemocnění s narušením korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí narušené není. Zhoršení uvedených funkcí je mnohdy doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Termín demence vznikl spojením dvou latinských slov, a to *de* – bez a *mens* – mysl, což znamená bez mysli. Ve většině případů demence je nejdříve postižena paměť, po té soudnost, logické uvažování, výkonové funkce, orientace a na úplný konec jedinec přichází o svoji identitu (Pidrman, 2007).

Kromě narušení kognitivních funkcí dochází k postižení dalších funkcí. Konkrétně u demence jsou popisovány tři základní okruhy, které se vzájemně prolínají, jsou to následující:

- Postižení kognitivních funkcí
- Postižení aktivit denního života
- Behaviorální příznaky (Franková 2017).

2.2 Přehled demencí

Demenci lze rozdělit dle příčiny do dvou skupin:

I. Demence atroficko – degenerativního původu (primárně degenerativní demence). Tyto procesy způsobují snížení počtu a poruchy neuronů, jejich synapsí i neuroglíí. Dochází ke snížení některých bílkovin a snížení tvorby a ukládání patologických bílkovin. Působí zde i velký nadbytek volných kyslíkových radikálů, které se vážou na různé tělesné tkáně a ty pak ničí. Je zde na místě i narušení přenosu informací z důvodu degenerace množství transmitterů. Řadíme sem:

- Alzheimerovu nemoc
- Demenci s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demenci (Jiráček a kol., 2009)

II. Demence symptomatické (sekundární), které mají podklad celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek (Jirák a kol., 2009; Pidrman, 2007).

2.3 Alzheimerova choroba

Progredientní onemocnění, vyznačující se charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. První představení a popis tohoto onemocnění podal profesor Alois Alzheimer, který v roce 1906 přednesl na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu sdělení „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“ a zde byl představen i první případ pacientky s Alzheimerovou chorobou (Pidrman, 2007).

2.4 Epidemiologie Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se stala tzv. „tichou epidemií“ šedivějšího lidstva. Odhaduje se, že s demencí trpí více než 6 % populace nad 65 let, věkem procento narůstá a více než polovinu všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba. (Franková, 2017). Demencí trpí necelá 2 % Evropanů, nejvíce je zatížena Itálie (Zvěřová, 2017).

Výskyt Alzheimerovy choroby stoupá s prodlužováním života, její prevalence a incidence jsou závislé na věku (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010).

Alzheimerova choroba se může vyskytovat i ve 40. roku života a je způsobena vrozenou poruchou v genu. Jedná se o takzvané agresivní formy nemoci, které se podílejí na pouze 2 % celkového počtu onemocnění. Nemoc se dělí na dvě formy presenilní poměrně vzácnou formu s časným začátkem a senilní, která má pozdní začátek a je častější (Kalvach et al. 2004).

2.5 Symptomy Alzheimerovy choroby

Onemocnění se rozvíjí velmi pozvolna a pomalu, během několika let dochází až k trvalé progresi. Začátky jsou většinou charakteristické poruchou paměti, zejména té krátkodobé, zapamatování a poruchy orientace místem a časem. Dost často se nemocní ztrácejí i na místech, které dobře znají nebo znali (Jirák a kol., 2009).

Nemoc má progredientní charakter, nápadné výkyvy nejsou časté, mezi první příznaky často patří drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Dochází k izolaci jedince, přestává být aktivní. Ztrácí se pružnost v myšlení a pozvolna se objevuje degradace v oblasti etické a estetické. V mnoha případech se nechovají dle etických

pravidel a mohou pobuřovat společnost. Velkým problémem je porucha abstraktního myšlení, kdy dochází k nechápání významu čísel, slov, vět apod. Rapidně se snižuje slovní zásoba, což souvisí nejčastěji se schopností syntézy, analýzy a logických úvah. Přítomny jsou zde i poruchy jako afázie (porucha tvorby a porozumění řeči), agnózie (ztráta znalostí), apraxie (ztráta schopnosti vykonávat koordinované a účelné pohyby), agrafie (neschopnost psát) a akalkulie (ztráta schopnosti provádět složitější početní úkony) (Vokurka, Hugo a kol., 2007; Jirák a kol., 2009; Pidrman, 2007).

Řeč díky snížení slovní zásoby začíná být obsahově chudá a dost často obsahuje stejná slova stále dokola. Myšlení je zabíhivé, rozjíždivé, nevýpravné. Mohou se vyskytovat poruchy myšlení v podobě bludů a halucinací které se nejčastěji vyskytují v terminálním stavu života. Co se týká emocí, dochází k emoční oploštělosti. K příznakům patří i postupná změna osobnosti, kdy může docházet k depresím, které doprovází občasná agrese a porucha spánku. Typické je i nepoznání svých blízkých, špatná komunikace, nechutenství, inkontinence, imobilita a odkázání na stoprocentní péči od druhých (Pidrman, 2007; Jirák a kol., 2009).

2.6 Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova demence se dělí do třech stádií, stádia lehké, střední a těžké demence. (Callone, 2008)

Lehké stádium demence se může plést s přirozeným stárnutím. Dochází k poruchám paměti, které zprvu nemusíme přiřazovat k tomuto onemocnění (Koukolík, 2006).

Lehké stádium demence je vyjádřeno poruchami krátkodobé paměti, jedinec nedokáže přijímat a zpracovávat nové informace, ztrácí logické myšlení a schopnost úsudku. Mnohdy se lépe vybavuje paměť dlouhodobá, kdy si lidé pamatují své dětství a dospívání. Dochází ke zhoršování prostorové orientace, což se projevuje blouděním a místech, které dříve dobře znali. Velkým problémem poté může být i uvědomění co je za den, kolikátého je a jaký je vůbec měsíc. Začíná se projevovat neschopnost zvládat výkony, které jedinec zvládal každý den. Jedná se o péči o domácnost, vaření, praní a později i o péči o sebe samotného. Dochází ke ztrátě iniciativy a průbojnosti. V tomto stádiu nemocní jedinci si ani nedokáží připustit fakt, že mají nějaký problém a cítí se v pořádku a bez problémů, v mnoha případech mohou i své problémy svádět na druhé, že jim věci schovávají právě oni. Dochází ke změně osobnosti a povahy nemocných (Pidrman a Kolibáš, 2005; Koukolík, 2006).

Střední stádium demence charakteristické výraznou poruchou všech složek paměti. Pozorujeme zde závažné problémy a příznaky, které mohou ovlivňovat každodenní činnosti v běžném životě. Dochází zde ke zhoršení řeči a jejích schopností vyznačující se vypadáváním běžně používaných slov, opakováním slov a ulpíváním na tématu. Bývá zde častá prostorová a časová dezorientace. Dále dochází k poruchám chování ve smyslu výskytu bludů a halucinací a také ke změně jednání, které se projevuje neklidem, hyperaktivitou, která může vyústit až ke sklonům agrese. Může docházet k poruchám vědomí související s blouděním a ztrácením se. Je velmi snižena schopnost sebepečce (hygiena, oblékání) a schopnost vykonávat každodenní potřeby natolik, že nemocný potřebuje pomoc nebo systematický dohled (Pidrman a Kolibáš, 2005; Koukolík, 2006).

Ve třetím stádiu a tom nejtěžším dochází k těžkým poruchám paměti, poznání a k naprosté ztrátě soběstačnosti. Nemocní už jsou natolik zmatení, že nedokážou poznat své blízké, nedokážou si zapamatovat nové informace a jsou stále dezorientováni místem a časem. Dochází zde ke zhoršení pohybu, chůze a může docházet k častým pádům. Bez pomoci druhých nedokážou provádět základní aktivity, jako hygiena, oblékání a příjem stravy). V tomto stádiu nemocní ztrácí schopnosti, které pro ně byli před tím přirozené (čtení, psaní, mluvení). S tímto stádiem souvisí i poruchy spánku, která může souviset i s poruchou inkontinence moči a stolice, kdy se nemocní musí spolehnout na úplnou péči od druhých lidí ať už se jedná o rodinu či specializované zařízení (Pidrman a Kolibáš, 2005; Koukolík, 2006).

2.7 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších demencí postihujících lidskou populaci, její diagnostika bývá mnohdy nedostatečná a bývá často zaměňována s jinými typy demencí, které jsou plně léčitelné (Jirák, Koukolík, 2004).

Důvodem diagnostických chyb mohou být jak subjektivní faktory ze strany nemocného, tak i chybné lékařské stereotypy:

- pacient ani jeho okolí si nepřipouští poruchu paměti, nebo se s ní dotyčný nesvěřil.
- kognitivní porucha je překryta sociálně přijatelným chováním.
- poruchy se nesprávně připisují stárnutí.
- kognitivní poruchy se při vyšetření zanedbávají, nerozpoznají se včasné příznaky demence.
- věková diskriminace pacientů (Bednařík, Ambler, Růžička et al., 2010).

Americká psychiatrická společnost (DSM – IV) uvádí obecná kritéria diagnózy demence rozvojem několika poruch poznávacích funkcí zahrnující neschopnost zapamatovat si nové informace nebo si vybavit ty dříve naučené. Kognitivní deficit způsobuje zhoršení fungování v běžném životě (zaměstnaní, společnost) (Franková et., 2011).

Diagnostika je tvořena kombinací metod, které jsou bazální krok určený ke stanovení syndromu demence, anamnezní zhodnocení, klinický obraz a mezi nejdůležitější patří výsledky pomocných vyšetření (nespecifické testy a zobrazovací metody) (Hort a Rusina, 2007).

Při vyšetření se nejčastěji začíná klientovo podrobnou anamnézou obsahující psychosociální vývoj, profesní anamnézu a rozebrání interpersonálních vztahů. Anamnéza bývá doplněna informacemi od nejbližších, ať už se jedná o rodinné příslušníky, tak i pečovatele a přátelé. Měla by obsahovat informace o délce, vzniku a průběhu onemocnění. Pátráme po výskytu demence, jiných neurologických a psychiatrických onemocněních v rodině a po přítomnosti psychických změn a depresí u pacienta. Zajímají nás také úrazy hlavy, kardiovaskulární, metabolické onemocnění a další přítomnost rizikových faktorů Alzheimerovy choroby. Je důležité zhodnocení vlivu onemocnění na pacienta na jeho funkční schopnosti – řízení, zacházení s penězi, bydlení o samotě (Jirák a kol., 2009).

Součástí klinického vyšetření není jen osobní anamnéza ale následná soustředěnost na fyzikální a orientační neurologické vyšetření. Mezi komplexní vyšetření zahrnujeme hodnocení chování pacienta, kdy můžeme užívat hodnotící škály a metody, například NPI (Neuropsychiatric Inventory), hodnotící nástroj psychopatologie u demence a hodnocení základních denních aktivit, požívání kuchyňských spotřebičů, nakupování, oblékání, cestování a jídlo. Mezi další hodnotící metody používáme Wechslerovu škálu paměti (WMS – III). WAB testy řečových funkcí, MMSE (Mental State Examination) - tento test slouží k posouzení, jak moc jsou narušeny kognitivní funkce, kdy zkouška obsahuje základní orientaci v čase, místě a prostoru, schopnost zapamatovat si a vybavit si tři věci, zkoušky řečové a kresebné (Jirák, Koukolík, 2004).

Test hodin, který vykazuje velmi dobré výsledky v odhalení časných stádií onemocnění. Podstatou je jednoduchý úkol, nakreslit hodiny. Pacient dostane za úkol zakreslit do kruhu čísla a ručičky, tak aby ukazovali čas, který po nich chceme (Bragdon, Gamon, 2002).

Úplným základem je kompletní laboratorní vyšetření zahrnující biochemické vyšetření, včetně hormonů štítné žlázy, metabolismu B₁₂ a kyseliny listové pro vyloučení sekundární příčiny demence. Provádějí se sérologické testy na vyloučení lues, HIV a lyemské boreiózy (Pidrman, 2007).

K zachycení různých změn v mozku, míru ložiskové nebo celkové atrofie a stupeň postižení bílé hmoty zachycují zobrazovací metody, počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). Každoroční vyšetření dokazuje že atrofie mozku při Alzheimerově chorobě se zvýší o 15 % a u zdravých jedinců o necelé 2 % (Koukolík, Jirák, 1998).

2.8 Léčba Alzheimerovy choroby

V současné době není možné vyléčit příčinu Alzheimerovy choroby. I když stále se provádějí různé výzkumy stále neexistuje léčba, která by toto onemocnění vyléčila. Máme alespoň šanci zpomalit či dočasně zastavit progresi demence a zmírnit některé její projevy, a to farmakologickými i nefarmakologickými postupy.

Farmakologická terapie – Farmakoterapii Alzheimerovy choroby lze rozlišit na léčbu kognitivní a nekognitivní. Kognitivní terapie působí hlavně na kognitivní (poznávací) funkce. Nejčastějším způsobem léčby je ovlivnění acetylcholinergního systému (Pidrman, 2007).

Jedná se ovlivnění patogenetických řetězců léčit kognitivní funkce jedince a tím průběh zpomalit. Acetylcholinergní systém můžeme také ovlivnit prostřednictvím jiných mediátorů. Podávány jsou léky první volby v časných stádiích choroby, příkladem jsou Donepezil, Galantamin či Rivastigmin. Jejich účinek je zpomalení progresu nemoci ale na druhou stranu mohou mít i účinky vedlejší, nechutenství, zvracení, bolesti břicha či průjem (Pidrman, 2007; Glenner, J. A. et al, 2012).

Nekognitivní (symptomatická) působí proti behaviorálním a psychologickým příznakům demence, léčí přidružené poruchy, jako deprese, poruchy spánku a chování antidepresiv. Proto se při neklidu, agresi využívají antidepresiva a při poruchách spánku se využívají antipsychotika či nebenzodiazepinová hypnotika jako zolpidem (Růžička, 2003; Jirák, R., in Raboch, J., Zvolský, P. et al., 2001).

Nefarmakologická terapie neboli biologická jejíž cílem je udržení fyzického a psychického stavu jedince s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o zachování či zlepšení různých dovedností (chůze, motorika, soběstačnost, kognitivní funkce). Nefarmakologická terapie spočívá v aktivizaci jedince, kdy by měl být součástí terapie

jak jedinec sám, rodina, sociální a zdravotničtí pracovníci. Nejlépe provádět aktivity každý den pro dosažení pozitivních výsledků (Pidrman, 2000).

Volíme aktivity přiměřené stavu pacienta, podporujeme pacientovy silnější stránky. Aktivity realizujeme v prostředí, které pacient dobře zná a orientuje se v něm. Fyzická aktivita nemocného může být podporována různými druhy terapií (pohybovou, taneční). Měla by být zařazena do programu i ergoterapie a rehabilitační cvičení, díky kterému můžeme předcházet ztuhnutí svalstva a špatné hybnosti jedince (Pidrman, 2007).

Pro nemocného je velmi důležité zachovat vazby s okolím a začleňovat se do běžného dění pro udržení kvalitního životního stylu (Pidrman, 2007).

Můžeme sem zařadit i plnění úkolů pro posílení paměti, které by jedinec měl zvládnout během celého dne, samozřejmě volíme aktivity takové, které jsou přiměřené ke stavu nemocného. Díky tomuto úkolu můžeme pozorovat, jak je pro takového člověka obtížné zvládat jednoduché aktivity v podobě oblékání, čištění zubů nebo i přijímání potravy (Pidrman, 2007; Buijssen, 2006).

V neposlední řadě jsou součástí aktivizace, kognitivní rehabilitace, ve které se využívá mnoho technik jako například pojmenování předmětů, poznání barev, řazení tvarů a tak dále, nebo reminiscenční terapie, která spočívá v ožívání vzpomínek pacienta díky starým fotografiím, příběhům či zpěvu (Holmerová Janečková, 2004).

Velkou roli hraje i výživa, která je velmi důležitou složkou v životě nemocného, protože s progredujícím onemocněním dochází k nechutenství, poruchám trávení, i k úbytku svalové hmoty a tuku, což může vést ke vzniku dekubitů a infekcí (Pidrman, 2007).

3 PÉČE O NEMOCNÉ

3.1 Sociální péče

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Cílem služeb bývá podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti jedince, návrat do vlastního prostředí a v poslední řadě zachování původního životního stylu (sociální služby – online www.mpsv.cz/cs/9.)

Formy poskytování služeb dělíme na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové souvisejí s pobytem v sociálních zařízeních. Ambulantní služby jsou takové, za kterými jedinec dochází a terénní služby jsou poskytovány v jejich přirozeném prostředí (Dvořáčková, 2012).

Pobytová zařízení, domov pro seniory, zde se poskytují služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Domov se zvláštním režimem. V tomto zařízení se poskytují služby pro lidi, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického a duševního onemocnění, lidé trpící stařeckou a Alzheimerovu demencí a lidé se sníženou soběstačností z důvodu těchto onemocnění. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben potřebám těchto osob. Hospic, řadí se do pobytových služeb nestátních zdravotnických zařízení. Zaměřuje se zde hlavně na paliativní medicínu jejíž podstatou je pomoci nevléčitelně nemocným lidem dožít svůj život důstojným a poklidným způsobem. Poskytují se zde i služby pro pozůstalé, například pomoc při zařizování pohřbu a vyrovnání se se smrtí blízkého (Matoušek, 2011).

Ambulantní služby, denní služby nebo týdenní stacionáře jsou formy ambulantní péče poskytované osobám s demencí a jejich rodinným příslušníkům, kteří chodí do práce anebo jsou nějakým způsobem vytíženi a potřebují zajistit péči o nemocného. Jsou to zařízení, kde nemocní tráví čas přes den a rodina si ho pak přebírá buď každý den večer nebo třeba jen o víkendech (Zákon č. 08/2006., O sociálních službách, §45, §46, §47 [ONLINE], 2007).

Terénní služby, mezi terénní služby řadíme osobní asistenci a pečovatelskou službu. Tyto služby slouží k pomoci lidem, kteří se o sebe nedokáží postarat z důvodu věku, onemocnění nebo zdravotního postižení. Osobní asistenci vykonává kvalifikovaný asistent, který pomáhá osobám s demencí a s péčí v jejich přirozeném prostředí. Pomáhá

i s běžnými činnostmi jako s dopravou, zajištěním stravy i jinými věci, které v danou chvíli nemocný potřebuje. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc lidem v jejich domácnostech v určitém čase. Služba pomáhá s běžnými každodenními činnostmi jako je chod domácnosti, hygiena i zajištění stravy (Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, §39, §40 [ONLINE], 2007).

3.2 Organizace podporující nemocné a jejich rodiny

ČALS neboli Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997. Podnětem vzniku této společnosti byl pocit profesionálů i rodin, že problematika demence, a hlavně péče o lidi trpící demencí není věnována dostatečná pozornost. ČALS je členem mezinárodních organizací Alzheimer Disease International a Alzheimer Europe. Hlavním cílem této společnosti je podpora lidí, jež postihla demence ale také poskytování příbuzným či ošetřujícím dostatečné informace. Nabízí využívání sociálních služeb, organizuje setkávání nemocných a jejich pečujících, vydává informační materiály (letáky) (Holmerová, Borzová, Jiráček, 2009; Regnault, 2011).

Diakonie Českobratrské církve evangelické je jedním z kontaktních míst České alzheimerovské společnosti. Hlavním cílem této organizace je poskytování rodinám a osobám s demencí materiály informující o onemocnění, poskytují konzultace po telefonu nebo osobně, je zde možnost podstoupit sadu testů na vyšetření paměti (Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Brně [ONLINE], 2007).

4 ZÁSADY KOMUNIKACE A CHOVÁNÍ K ČLOVĚKU S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

K lidem s demencí přistupujeme trpělivě, snažíme se jim dát to co potřebují. Měli bychom být trpěliví empatičtí, komunikativní, nesmíme na nemocného spěchat, vše pomalu vysvětlovat, respektovat jeho osobnost a nebát se s dotyčným i zasmát. Pokud s nemocným trávíme dostatek času dokážeme dobře porozumět tomu, čím si prochází a proč se v daných situacích zachová, tak jak se zachová. Každá osoba i když je nemocná a postihnuta právě demencí, je velmi silná a cenná osobnost, je to jedinečný člověk, který toho v životě už hodně prožil a nese s sebou vzpomínky, zážitky i koníčky. Demence ovlivňuje každého úplně jinak, proto je velmi důležité mít dostatek informací a sdílet je mezi sebou, aby bylo možné zajistit jednotný přístup. Naší péčí bychom měli docílit, aby nemocný byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Je velmi důležité proto aby byl pečovatel stále v kontaktu s nemocným, aby ho podporoval a pomáhal mu. Mezi základní uspokojování potřeb u lidí s demencí bývají na prvním místě bezpečí, jistota, láska, sounáležitost a seberealizace. (Buijssen, 2006).

ZÁSADY CHOVÁNÍ

- Dobré přijetí – Pacienti s demencí potřebují mít jistotu v tom, že jim někdo pomáhá, postoj pečovatele k nemocnému je základem dobrého přijetí a vztahu mezi nimi. Je velmi dobré těmto lidem naznačovat, že o ně máme zájem a že nám na nich záleží, nemocný se tak cítí být viděn, vnímám a respektován. I když je to nemocný člověk, jednáme s ním jako sobě rovným, je to také lidská bytost. Zacházíme s ním jako s ostatními lidmi akorát k němu přistupujeme trochu jinak. Dobré přijetí je předpokladem toho, že se nemocný člověk musí cítit dobře, musí být rád viděn a vítán. Věnování pozornosti je jedním z důležitých faktorů, kdy se díky naší pozitivní pozornosti nemocný cítí velmi dobře.
- Respektování osobnosti nemocného – Pro úspěšnou spolupráci a vytvoření důvěry je důležité zjistit veškeré informace od rodiny nemocného, jeho zvyčích, koníčcích a zálibách, dokážeme si k sobě vytvořit určitý vztah a navzájem se respektovat.
- Odstranit šum – V této zásadě jedná o oproštění nemocného od přemíry zrakových a sluchových podnětů, vliv některých zvuků by měl špatný dopad na nemocného a mohl by u něj vyvolat neklid a strach. Například zvuky, které nemocný nezná mohou u něj vyvolat jakousi zmatenost a neklid.

- Dbát na to, aby nám pacient při rozhovoru viděl do obličeje, mluvit zřetelně, pomalu a přiměřeně hlasitě.
- Přístup jako k dospělému – Respektujeme ho a vnímáme jako člověka sobě rovnému, i když trpí demencí nebo i jiným postižením, může v něm naše špatné chování vyvolat stud.
- Přístup s úsměvem- Snažíme se všechny věci a okolnosti brát s úsměvem, snažíme se nepropadat panice, v nemocném to vyvolá jakýsi klid a uvolnění napětí. (Buijssen, 2006)

Komunikace v souvislosti s tímto onemocněním je velmi poškozená a zhoršená, vznikají velké potíže s vyjádřením vlastních myšlenek, pocitů i porozuměním druhé osobě. Komunikace na počátku onemocnění není moc poznamenána, ale postupováním onemocnění se zhoršuje. Zhoršené komunikační schopnosti se vyznačují například tím, že používají dokola ty samá slova, nedokáží si vybavit některé pojmy, dost často pojmenovávají předměty jiným názvem, a také třeba nedají dohromady souvislou větu (Buijssen, 2006).

ZÁSADY KOMUNIKACE

- Vytvoření dobrého prostředí pro komunikaci – Pro dobrou komunikaci je velmi důležité i prostředí ve kterém se nacházíme, mělo by být klidné, bez hluků a jiných rušivých faktorů, měli bychom být vlídný, usmívat se a klidně zařadit lehčí tělesný kontakt. Neměli bychom zvyšovat na nemocného hlas ale ani šeptat, aby nám rozuměl.
- Používat věty oznamovací-Spíše lidem oznamovat to co budou dělat, než je nechat rozhodovat, tím že už je u nich snižená míra rozhodování by u nich mohlo rozhodování vyvolat jakýsi stres.
- Krátké, jasné věty – Snažíme se mluvit tak abychom používali jen jasné krátké věty, které jsou srozumitelné, je důležité ptát se na konkrétní věc a neuskakovat rozhovorem jiným směrem. Nikdy nepokládáme více otázek najednou, nemocného by to mohlo rozhodit a zmást.
- Dávat najevo zájem – Pomáhat a dobře komentovat aktivitu, kterou teď nemocný vykonává, pokud se nemocnému nezamlouvá, nenutíme ho, ale zkusíme najít něco vhodnějšího.
- Poskytnutí podpory – Podporujeme nemocného ve všem, co dělá, nasloucháme mu a snažíme se mu věnovat co to jen jde. Nikdy nezvyšujeme hlas a nekřičíme i když se

nám nelíbí co dělá, zkusíme ho navést na jinou činnost. Jeho představy a myšlenky mu nevyvracíme, ale snažíme se ho podpořit. (Brašnová, 2006; Buijssen, 2006).

5 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Syndrom demence je skupina chorob, které způsobují a zásadně omezují schopnosti člověka, mění jeho osobnost a chování, narušují sociální vztahy, snižují soudnost, soběstačnost i délku života. Jedná se o nemoc, která patří mezi onemocnění, které neovlivňují život nemocného ale i jeho rodiny. Proto by se aktivní podpora neměla týkat jen nemocného ale i jeho rodiny.

5.1 Domácí péče

Rodinná péče (domácí) je velmi efektivní v průběhu onemocnění (Pidrman, 2007). Právě domácí péče působí velmi pozitivně na psychickou stránku nemocného a ovlivňuje i jeho celkový zdravotní stav. Je velmi důležité si uvědomit, zda je možné tuto péči zvládnout. Na rodinu nemocného jsou nasazovány vysoké nároky a musí splňovat několik pečovatelských podmínek, aby péče v domácím prostředí mohla být uskutečněna. (Kleветová a Dlabalová, 2008).

5.2 Co je potřeba pro péči?

1. Informovanost

Velkým mínusem dnešní doby je malá informovanost o nemoci svého blízkého. Ve většině případů lidé netuší, jak nemoc probíhá, co vše je potřeba pro péči a jaké zdravotnické služby mohou využívat. Je proto velmi dobré na počátku všeho zjistit, kde dané informace mohou rodiny získat.

Lékaři – U lékaře bychom měli dostat obecné informace týkající se onemocnění, lékař nás může poslat za geriatrem (lékaři specializující se na problémy spojené se stářím), psychiatři, psychologové, neurologové.

Odborné poradny – Existují instituce, které se právě fungují jako poradny pro rodinné pečující (Pečuj doma nebo kontaktní místa ČALS)

Sociální služby – Zaměstnanci v sociálních službách dokážou taky velmi pomoci a podat obecné a potřebné informace o onemocnění a péči.

Odborná literatura – Na trhu v dnešní době už najdeme mnoho knih, které mohou pomoci v péči o nemocného.

Svépomocné skupiny – V poslední řadě stojí za zmínku tyto organizace, které fungují na bázi setkávání lidí se stejným problémem, tyto skupiny mohou fungovat i jako podpora pro pečující, protože si navzájem vyměňují informace a zkušenosti.

2. Více pečujících osob

Celodenní péče o člověka s demencí není jednoduchá a je dlouhodobě nezvladatelná, pokud na ní budete sami. Bylo by dobré, aby péče byla rozdělena mezi nemocného ale i péči o sebe sama.

Nebýt na to sám. Členové nebo vaši přátelé by se měli v péči o nemocného střídat. Je potřeba si odpočinout, vyřídit si své záležitosti a věnovat se sám sobě, nabít energii pro další péči.

Každý člen rodiny by měl pečovat o nemocného v oblasti, která mu nevádí a je mu bližší. Pro někoho to může být oblast hygieny, ale po komunikační stránce to moc nefunguje a u jiných to může být zas naopak, pokud tomu tak není může vzniknout u pečujících jakýsi stres, který může vztah s nemocným velmi poškodit.

3. Dostatek prostoru

Sociální pracovníce domova pro lidi s demencí přijala telefon, kde zoufalý mladý muž už ani neprosil o pomoc, jen v naprosto krizovém stavu konstatoval: „Nevím, co mám dělat, mám pocit, že mi zbývá nejprve uškrtnout maminku a pak zastřelit sebe.“ Nebylo to myšleno ironicky, bylo to čiré zoufalství a pocit beznaděje, byla to opravdu krizová situace. „Máme malý byt, maminka bydlí s námi. Má pro sebe jeden pokoj, jeden pokoj mají děti a my se ženou spíme v obýváku. Celou dobu to šlo, ale teď se maminka začala svlékat, strhává si pleny, na záchod chodí do prvního kouta, který uvidí. Je agresivní a sprostá“. Mám dvě malé děti, musí se na to dívat, babičky se bojí a začínají se bát i chodit ze školy domů.“

Situace se aktuálně vyřešila ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, který zajistil okamžitou hospitalizaci maminky s demencí, na kterou pak navazovala tříměsíční odlehčovací služba (Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Brně [ONLINE], 2007).

Z tohoto příkladu je vidět, že je potřeba velký prostor pro péči, proto je nejlepší nejdříve zhodnotit, jestli je byt nebo dům dostačující a zda je vhodné pečovat o nemocného člověka v blízkosti dětí. Je potřeba se zamyslet, jestli je dostatek prostoru pro veškeré pečovatelské pomůcky, kterých budeme potřebovat postupem času více a více. Důležité je prostředí pro život a péči o nemocného dobře připravit a přípravu nepodceňovat.

5.3 Zásady péče v domácím prostředí

- **Soběstačnost** – Úkoly se musí zadávat nejjednodušeji, co to jde a co nejlépe vysvětlit, aby nemocný mohl práci vykonat sám a necítil se špatně. Velmi dobrou pomůckou

k vykonání činnosti je, aby jí vykonával jako své zaměstnání nebo zábavu. Snažíme se samostatnost zachovat co nejdéle, pro nemocného je to velmi pozitivní umožní mu to zvýšení sebevědomí a bude se cítit užitečný.

- **Cvičení** – velmi důležitou součástí péče o nemocného je tělesné cvičení, díky kterému udržujeme duševní a fyzický stav. Cviky vybíráme v souladu s tělesnou úrovní nemocného a nejlépe konzultujeme s ošetřujícím lékařem. Mezi nejvhodnější aktivity patří chůze, díky ní člověk přijde na čerstvý vzduch, je ve velmi blízkém kontaktu s okolím a místy které má rád. Dalším druhem cvičení, které bychom měli zahrnout do denního režimu jsou tréninky paměti, které lze aplikovat formou plnění úkolů (počty, poznávání osob na fotografiích) nebo různými aktivizačními programy, mezi které patří např.: nákup a domácí práce. Je velmi dobré zakomponovat i společenské hry, do kterých můžeme zapojit i další členy rodiny.
- **Bezpečí** – s tímto onemocněním lidé ztrácí svou zručnost a už nedokážou dělat běžné činnosti, které pro ně byli dříve samozřejmostí, proto je velmi důležité zajistit bezpečné prostředí (Glennner, 2012; Očenášková, 1998).

Příklady zajištění bezpečného prostředí

Zabezpečení plynu – udělat vše tak aby s ním nemocný nemohl, jakkoliv manipulovat a nebyla způsobena nehoda.

Odstranit z okolí nebezpečné předměty – odstranit všechny předměty, kterými by si mohl nemocný ublížit. (nůžky, nože atd.)

Předcházení pádům – odstranění veškerých věcí na kterých by hrozilo uklouznutí (koberečky)

- nábytek dát tak aby nepřekážel v cestě
- v koupelně a do sprchy umístit protiskluzové podložky a madla pro přidržení
- požívání takové obuvi, aby byla noha zpevněná
- být nablízku nemocnému vždy jak to jde (Glennner, 2012; Očenášková, 1998).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro účely výzkumného šetření jsem si vybrala 3 rodiny, kteří se několik let starali o své členy rodiny trpící Alzheimerovou chorobou a poté vyhledali odbornou pomoc v podobě umístění nemocného do Alzheimer centra.

6.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je přiblížení domácí péče o člena rodiny trpící Alzheimerovou chorobou.

6.2 Metody a techniky sběru dat

Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu z důvodu nejvíce vhodné metody pro mé téma k výzkumnému šetření.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2004)

Zvolenou metodou pro moji praktickou část bakalářské práce je případová studie, jedná se o detailní studium jednoho nebo několika málo případů, díky kterým dokážu přiblížit péči o nemocného v domácím prostředí a důvody umístění do Alzheimer centra.

Informace k výzkumu byly získány díky polostrukturovaným rozhovorům s rodinami, kteří mají umístěnou blízkou osobu v Alzheimer centru a dříve se o ní několik let starali. Celé rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté spolu s odpověďmi byli přepsány do bakalářské práce. Všichni zúčastnění podepsali informovaný souhlas pro nahrávání a provedení rozhovoru. Během rozhovoru bylo předem připravených několik otázek, které v průběhu rozhovoru byli doplněny i jinými otázkami, doplňujícími, abych se co nejvíce vžila do problematiky domácí péče. Hned na začátku byli dotazující informováni, že pokud jim jakákoliv otázka nebude příjemná anebo nechtějí odpovědět, odpovídat nemusí.

6.3 Realizace výzkumu

Sběr dat a informací probíhal během dubna 2022. Délka rozhovoru v průměru trvala kolem 1 hodiny. Rozhovor probíhal v Alzheimer centru.

6.4 Případová studie

Zvolenou metodou pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena případová studie. Mezi použité informační zdroje patří zdravotnická dokumentace, osobní složka klienta Alzheimer centra a rozhovor s rodinnými příslušníky.

Všichni zúčastnění byli informováni o anonymním záměru využít veškeré informace o stavu životě klienta ke studijním účelům a souhlasili se zpracováním údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

7 ROZHOVORY

ANAMNÉZA

Jméno: paní H.

Datum narození: 2.3. 1935

Alergie: saponáty

Rodinná anamnéza:

- narozena jako nejstarší z pěti dětí. Sama 3 děti- 2 syny a 1 dceru
- otec zemřel na rakovinu plic v 71 letech
- matka zemřela na rakovinu v 73 letech

Osobní anamnéza:

- nekuřák, dříve občasné požití alkoholu
- pracovala jako administrativní pracovnice, později pracovala jen na statku
- žila se svými dětmi, kteří se o ni starali v rodinném domě
- terminální fáze Alzheimerovy nemoci, těžká demence u Alzheimerovy nemoci, dezorientovaná všemi směry.

Paní H. má 4 sourozence, kteří za ní dojíždějí, má vystudovanou střední školu s maturitou. Ve 21 letech se vdala a žili spolu až do jeho smrti 2015- harmonický vztah. Paní H. má tři děti, kteří ji pravidelně navštěvují a dali jí dohromady 11 vnoučat. Jejím koníčkem bylo plavání, tenis, turistika, ruční práce (pletení) a velmi ráda vařila, pekla a cestovala.

7.1 Rozhovor s dcerou paní H.

Otázka č. 1 Jak velký dopad mělo toto onemocnění na vaši rodinu a přátele?

Dopad zásadní, jelikož to vyžadovalo velice času. Později to dospělo do fáze, kdy bylo potřeba hledat zařízení, kde ho přijmou, bude to finančně dostupné, a přitom o matku bude slušně postaráno. Zařízení existuje celkem velké množství, ale jsem rádi, že jsme vybrali právě tohle.

Otázka č. 2 Měli jste dostatek informací týkající se tohoto onemocnění?

Ano, mám zdravotnické vzdělání. Veškeré informace jsem si převzala ze studia a zkušeností z nemocnice, ale stejně si tu celé onemocnění začnete vnímat jinak až když to

okusíte na vlastní kůži a staráte se doma o svého blízkého. Takže ano měla jsem informace, ale občas jsem si někde přečetla nějaký článek.

Otázka č. 3 Dokázali jste si představit, jak toto onemocnění bude probíhat postupem času?

Dokázala jsem si to představit. Měla jsem vizi, jak se toto onemocnění rozvíjí u ostatních, ale u maminky to všechno bylo mnohem rychlejší, než jsme předpokládali. Možná proto mě to zasáhlo takhle moc, protože jsem nějak věděla, jak onemocnění probíhá, ale že to půjde takhle rychle mě moc bolelo a celou moji rodinu taky.

Otázka č. 4 Vzpomenete si na zásadní zlom v nemoci u vašeho blízkého?

Tento zlom nastal po prodělaném srdečním infarktu. Infarkt byl takovým startovacím bodem celého onemocnění, díky tomu infarktu se nemoc rozjela neskutečnou rychlostí a my každým dnem maminku nepoznávali, bylo to těžké období. Byli jsme šťastný, že vyhrála nad infarktem, ale za to se jí mnohem více rozjela její demence.

Otázka č. 5 Kdy nastal ten bod, že jste začali uvažovat o odborné pomoci?

Začalo to být psychicky, fyzicky i časově velmi náročné. Vyžadovala mnohohodinovou každodenní péči, kterou jsme jí jako rodina nedokázali dopřát a báli jsme se jí nechat doma samotnou a po nějaké době, co s námi bydlela a její stav se horšil jsme vyhodnotili přesun do odborné péče jako vhodné řešení.

Otázka č. 6 Byli jste během domácí péče v kontaktu s odborníky (lékaři, sestry, pečovatelé) a žádali od nich pomoc?

Ne, vše jsme si do konečného rozhodnutí obstarávali sami. Jak už jsem odpovídala na začátku, mám zdravotnické vzdělání a občas pracuji v nemocnici, takže jsem věděla, jak se o takového člověka starat, a hlavně jsem byla kontaktu s lékaři, když bylo nejhůř, ale že bych měla na telefonu 24 hodin nějakou odbornou pomoc to určitě ne, vše jsme si dokázali obstarat sami, bylo to náročné, ale museli jsme.

Otázka č 7 Jak probíhalo období, když nemocný zjistil, že trpí Alzheimerovou chorobou?

Vůbec nevnímala, že je něco špatně nebo jinak.

Otázka č 8 Kdy jste poznali, že nemocný potřebuje pomoc druhých?

Přestala zvládat se o sebe postarat, ať už se jedná o hygienu, tak i o vykonání potřeby. Vlastně jsme ji už nemohli nechat samotnou, protože hrozilo, že by mohla ublížit i sama sobě, například by nechala zapnutý sporák a mnoho dalších věcí, který by ji mohli ohrozit, proto když došlo k nezvládnutí hygienický potřeb a vykonávání potřeb, ihned jsem si ji vzali k sobě anebo jsme k ní každý den docházeli.

Otázka č 9. Jak u Vás postupem času probíhala komunikace?

Vždy málo komunikovala, ale postupem času přestala komunikovat úplně. Poté jsme naprosto všechno řešili za ní a bylo to velmi náročné.

Otázka č. 10 Jak vypadal Váš denní režim?

Vše se podřizovalo tomu, aby byl čas na pomoc mamince. Když už jsme měli maminku doma, museli jsem si nastolit určitá pravidla, která vyžadovala hodně energie, naštěstí jsem na to nebyla sama a pomáhali mi sourozenci, ale snažili jsme se dodržet denní harmonogram v 8:00 snídaně, 12:00 oběd a v 18:00 večeře...Byla to i vlastně příprava do Alzheimer centra, kde je denní režim taky nastavený.

ANAMNÉZA

Jméno: paní P.

Datum narození: 2.10. 1941

Alergie: nezjištěna

Rodinná anamnéza:

- 1 dcera, 1vnučka

Osobní anamnéza:

- vdova
- učitelka na 1. stupni základní školy
- demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem, s mozkovou atrofií, dezorientovaná všemi směry, psychomotorický neklid, kolísání nálad, porucha paměti ve všech složkách.

Paní P. má 3 sourozence. V 15 letech odešla studovat pedagogickou školu, zanedlouho její maminka onemocněla a zemřela v nemocnici. Tatínek se oženil znovu ale jeho nová

žena se k nim nikdy nenastěhovala. Všechny děti včetně paní P. se o sebe museli postarat a nejstarší z dětí byla jako jejich maminka. Paní P. poté pracovala v malém městečku jako učitelka a zde také poznala svého manžela se kterým žila do jeho smrti v roce 2005. Od roku 2015 žije v Alzheimer centru.

7.2 Rozhovor s dcerou paní P.

Otázka 1. Jak velký dopad mělo toto onemocnění na vaši rodinu a přátele?

Musela jsem změnit zaměstnání, abych měla více volného času. Později jsme přestali komunikovat s přáteli a celý běžný život se razantně změnil. Dcera mi v této době velmi pomáhala. Nejdříve jsem ani maminku nikam dávat nechtěla, myslela jsem, že to všechno zvládnou sama, ale připadalo mi, že každým dnem jsem byla unavenější a mému životu vzdálenější a okolí to začalo vnímat a řekli mi, že v Alzheimer je dobrá volba a já tedy souhlasila a bylo to správné rozhodnutí.

Otázka 2. Měli jste dostatek informací týkající se tohoto onemocnění?

2. Kde jste informace hledali?

Ano, snažila jsem se vzdělávat z odborných knih nebo ověřených internetových stránek. Absolvovala jsem i několik školení a přednášek, naštěstí je toliko zdrojů, že po přečtení několik knížek a článků jsem si připadala jako profík na Alzheimerovu chorobu, ale samozřejmě u každého tato nemoc probíhá individuálně.

Otázka 3. Dokázali jste si představit, jak toto onemocnění bude probíhat postupem času?

Asi ano, ale bylo to všechno těžké přijmout. Měli jsme život plný cestování a zážitků, proto bylo těžké si zvyknout na situaci co nastala. Hlavně maminka byla moc hodný a energetický člověk a vidět ji zkroušenou bez úsměvu na tváři bylo pro mě asi nejtěžší. Jak jsem říkala připadala jsem si jako odborník, a tak nějak jsem tušila ale tahle nemoc je ošklivá a zákeřná na to Vás nikdo nepřipraví ani kniha ani články.

Otázka 4. Vzpomenete si na zásadní zlom v nemoci u vašeho blízkého?

Zásadní zlom byl, když musela po tolika letech opustit své zaměstnání, jelikož to už nezvládala. To byl obrovský mezník mezi nemocí a jejím normálním životem, učení pro ni byla jakýmsi koníčkem a posláním, moc jí to bavilo a určitým způsobem i

naplňovalo, když zjistila, že už dál nemůže učit, tak moc ji to zasáhlo, že nemoc nad ni získala moc.

Otázka 5. Kdy nastal ten bod, že jste začali uvažovat o odborné pomoci?

Postupem času se její chování razantně změnilo, začala být agresivní a já měla strach, že ji nezvládnou. Myslím si, že to bylo dáno ztrátou té vášně v učení, ono každý den prožívat znovu není nic hezkého a když se o Vás starají, jak o nemohoucího to taky tomu moc nepřidá, to si myslím, že bylo také důvodem její agrese, že se vlastně zlobila na sebe, že je nám na obtíž. Bohužel to dospělo do takové fáze, že už byla nezvladatelná.

Otázka 6. Byli jste během domácí péče v kontaktu s odborníky (lékaři, sestry, pečovatelé) a žádali od nich pomoc?

Ano, byla jsem v kontaktu s pomocníky a odborníky, musela jsem, protože i když jsem si něco načetla, tak jsem musela volat doktorovi, třeba když u ní vypukla ta agrese, bylo to velmi těžké a vyčerpávající období a já jsem ráda, že je teď pod 24hodinovým dohledem odborníků, kteří se o ni hezky starají.

Otázka 7. Jak probíhalo období, když nemocný zjistil, že trpí Alzheimerovou chorobou?

Byla na sebe naštvaná, nemohla zkousnout, že už nedokáže věci, co dříve, to taky bylo asi důvodem jejího zlého chování, určitě vím že to nemyslela špatně a vždycky si ji budu pamatovat jako veselou maminku s. jiskřičkami v očích a úsměvem na tváři.

Otázka 8. Kdy jste poznali, že nemocný potřebuje pomoc druhých?

Byla dezorientovaná v čase, v místech, které velmi dobře znala od mala. Nedokázala se soustředit a přestávala komunikovat. V tomto období jsem si ji vzala k sobě a začala se o ni starat, ale bohužel do doby, kdy jsem to zvládala, ale rozhodnutí dát ji sem stejně беру jako nejlepší, co jsem mohla udělat.

Otázka 9. Jak u Vás postupem času probíhala komunikace?

Nejdříve byl samostatná, občas lehce zmatená, později potřebovala pomoci čím dál častěji a se základními věcmi. Pak už nevěděla, co se kolem děje a všechno jsem dělala já.

Otázka 10. Jak vypadal Váš denní režim?

Žádný jsme neměli, snažila jsem se svůj volný čas přizpůsobovat hlavně jí, byla jsem na ní víceméně sama, takže abych zvládala vytvořit denní režim a dodržovat ho, to bych asi určitě nezvládla.

ANAMNÉZA

Jméno: paní L.

Datum narození: 26.8. 1937

Alergie: nezjištěna

Rodinná anamnéza:

- matka zemřela v 60 letech – IM
- otec zemřel v 80 letech – DM, iktus
- sestra DM kardiostimulátor
- druhá sestra kardiostimulátor

Osobní anamnéza:

- zdravotní sestra
- vdova
- 2 děti a vnoučata
- Demence u Alzheimerovy nemoci, organická depresivní porucha, dezorientace v šesti směry, těžký kognitivní deficit, pozornost dlouhodobě neudrží, poruchy nálady.

Paní L. má 5 sourozenců. V 15 letech odešla studovat zdravotnickou školu. Po škole nastoupila jako sestra do jeslí. Se svým manželem měla 2 dcery. Po 12 letech manželství se s ním rozvedla a dcery zůstali u otce. Zanedlouho si našla nového manžela a po pár letech také proběhl rozvod.

Po narození vnoučat se paní L. začala znovu stýkat se svým prvním manželem a pár měsíců na to se znovu vzali, žili spolu až do manželovo smrti, kdy se u paní L. začala projevovat zapomětlivost a syn si ji vzal domů a staral se o ni do doby, kdy došlo k pokročení nemoci a paní L. musela být zajištěna stálá péče.

7.3 Rozhovor s vnukem paní L.

Otázka 1. Jak velký dopad mělo toto onemocnění na vaši rodinu a přátele?

Dopad to mělo veliký, museli jsme vymyslet, jak fungovat s člověkem, který přestal zvladatelný a mohl sám sobě uškodit. Museli jsme přizpůsobit i veškerý volný čas jí abychom jí mohli chodit kontrolovat, protože už se o sebe nedokázala postarat jako dřív, žít sama ještě mohla ale musela být každý den pod dohledem.

Otázka 2. Měli jste dostatek informací týkající se tohoto onemocnění?

Ano, jsem zdravotnický záchranář, vyprávěl jsem o tom onemocnění celé rodině, ale i tak nějaké povědomí o tomto onemocnění naše rodina měla.

Otázka 3. Dokázali jste si představit, jak toto onemocnění bude probíhat postupem času?

Ano, jelikož znám prognózu tohoto onemocnění, následek mi byl jasný. Subjektivně jsem to vnímal neutrálně, protože moje babička je již vysokého věku, věděl jsem, co bude následovat a byl jsem s tím asi smířený na rozdíl od táty, který se s onemocněním své maminky smířoval dlouho, měli spolu úzký vztah.

Otázka 4. Vzpomenete si na zásadní zlom v nemoci u vašeho blízkého?

Zlomem, když nad tím přemýšlím bylo nejspíš úmrtí dědy, které proběhlo velmi rychle a babička na život bez něj nebyla připravená, všechno dělali spolu a ona najednou zůstala sama a musela se o dost věcí starat sama, takže ano bylo to úmrtí dědečka a od toho dne to šlo s babičkou, co se týče zdraví z kopce.

Otázka 5. Kdy nastal ten bod, že jste začali uvažovat o odborné pomoci?

Ihned jak jsem rozpoznal prvotní příznaky, které byly téměř ihned po odchodu dědy.

Otázka 6. Byli jste během domácí péče v kontaktu s odborníky (lékaři, sestry, pečovatelé) a žádali od nich pomoc?

Ne nebyli, vlastně na babičku jsme dohlíželi sami a když už to došlo do takové fáze, že musela být po 24hodinovém dohledem, začali jsme hledat specializované zařízení. Doma bychom péči nezvládli, všichni jsme zaměstnaní.

Otázka 7. Jak probíhalo období, když nemocný zjistil, že trpí Alzheimerovou chorobou?

Myslím si, že sám nemocný v babiččině stádiu, si svou diagnózu neuvědomuje.

Otázka 8. Kdy jste poznali, že nemocný potřebuje pomoc druhých?

Poznali jsme to tehdy, díky tomu, že babička už si nedošla ani na záchod, museli jsme jí zařizovat jídlo do domu a zamknout do kuchyně, protože jednou nechala zapnutý sporák a nevěděla o tom, od tohoto dne jsme začali hledat zařízení a naštěstí v tomto bylo místo.

Otázka 9. Jak u Vás postupem času probíhala komunikace?

Komunikace byla velmi obtížná, protože babička zapomínala věci, které se odehrály před 10s. Její krátkodobá paměť byla zcela vymazána a žila jen momentem. Jediné, co si tak pamatovala byla její dávná minulost, kterou jsme jí nechtěli moc připomínat, protože děda tam hrál velkou roli a ona se pak ptala, kde je.

Otázka 10. Jak vypadal Váš denní režim?

Víceméně jsme se denně střídali v péči o babičku, nežli jsme našli vhodné sociální zařízení.

8 DISKUZE

Cílem praktické části bylo přiblížení domácí a péče, zvolila jsem kvalitativní výzkum, kde jsem sestavila polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor byl veden se třemi rodinnými příslušníky, kteří umístili svého člena rodiny do Alzheimer centra. Členy rodiny jsem označila jako respondent 1, respondent 2, respondent 3. V rozhovoru byly pro všechny otázky stejné.

Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas s rozhovorem. Na začátku jsem je se vším seznámila a ujistila je, že je zajištěna 100% anonymita

Otázka č 1: Jak velký dopad mělo toto onemocnění na vaši rodinu a přátele?

Velký a zásadní dopad mělo onemocnění na všechny respondenty, včetně respondentky 2, která kvůli mamčině onemocnění musela změnit zaměstnání, aby s ní mohla trávit více času.

Ze všech odpovědí vyplývá, že na všechny mělo onemocnění veliký dopad, hlavně na život rodiny, všichni se zachovali velmi dobře a nejlépe jak uznali za vhodné.

Otázka č. 2: Měli jste dostatek informací týkající se tohoto onemocnění?

Respondenti 1 a 3 mají zdravotnické vzdělání, takže o tomto onemocnění už slyšeli a povědomí o tom měli a respondentka 2 zdravotnické vzdělání nemá, ale když zjistila, že její maminka onemocněla touto nemocí, tak si začala shromažďovat veškeré informace o Alzheimerově chorobě.

Je možné, že respondenti 1 a 3 měli v tomto případě menší výhodu, že věděli, do čeho vlastně jdou díky svému zdravotnickému vzdělání ale i tak na takové onemocnění nemůže být nikdo připraven.

Otázka č. 3: Dokázali jste si představit, jak toto onemocnění bude probíhat postupem času?

Všichni respondenti odpověděli ve stejném duchu, že ano, že nějak věděli. Respondentka 1 odpověděla, že si to dokázala představit, ale že to půjde takhle rychle to nečekala. Respondentka 2 řešila stránku maminky povahy, že věděla, jak nemoc bude probíhat, ale nejvíce ji ranilo, že maminka ztratila úsměv na tváři. Respondent 3 věděl, jak nemoc bude probíhat, a proto to nenesl tak těžce jako jeho otec.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že i když víte nebo aspoň máte povědomí o tom, jak tato zákeřná nemoc bude probíhat, nikdo Vás nepřipraví na to, jak nemoc bude probíhat právě u Vašeho člena rodiny, jak bude probíhat u něho samotného, a hlavně jak probíhání nemoci budete brát vy. všichni věděli, jak nemoc bude probíhat, ale že to bude až ta těžké na to je nikdo nepřipravil.

Otázka č 4: Vzpomenete si na zásadní zlom v nemoci u Vašeho blízkého?

Respondentka 1 odpověděla, že zlom v onemocnění nastal po prodělaném infarktu. Respondentka 2 uvedla, že zlom proběhl po odchodu z práce a Respondent 3 si myslí, že zásadní zlom nastal po rychlém úmrtí dědy.

Všechny odpovědi se liší a všechny zlomy, kterými si prošli tito lidé byli v jejich v životě zásadní. Já sama z praxe vím, že kromě infarktů, zranění a jiných nemocech se postup Alzheimerovy choroby rapidně zrychluje po ztrátě něčeho co ti lidé milovali, ať se jedná o osoby nebo o jejich koníčky, V důsledku ten člověk se té nemoci poddá, protože vlastně ztratil to, co ho v životě naplňovalo.

Otázka č. 5: Kdy nastal ten bod, že jste začali uvažovat o odborné pomoci?

Respondentka 1 odpověděla, když už to začalo být psychicky a fyzicky náročné, byla vyžadována mnohohodinová péče, kterou jsme jí nemohli dopřát“. Respondentka 2 odpověděla, že důvodem bylo hlavně chování, kdy se objevovali známky agrese a respondent 3 řešil ihned umístění do Alzheimer centra po prvotních příznacích.

Z těchto odpovědí vyplývá, že Alzheimerova choroba je velmi nevyzpytatelné onemocnění, které má své důsledky. Ve dvou případech odpovědí respondentů došlo k vyhledání

odborné pomoci, kdy péče začala být náročnější a nemocného se začali projevovat změny v jeho chování. Ti lidé za kterými půjdete pro pomoc jsou zvyklí a hlavně jsou rádi, že vůbec přijdete, mají pochopení a dokážou Vás provázet péčí o nemocného od začátku až dokonce.

Otázka č. 6: Byli jste během domácí péče v kontaktu s odborníky (lékaři, sestry, pečovatelé) a žádali od nich pomoc?

Respondentka 1 nebyla během péče v kontaktu s odborníky, respondent 2 naopak byla v kontaktu, hlavně s lékařem a respondentka 3 stejně jako respondentka 1 nepotřebovali a nebyli v kontaktu s odborníky.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že v kontaktu s odborníkem byl pouze jediný z nich. Zbylí dva respondenti nebyli v kontaktu s odborníky, díky jejich zdravotnickému vzdělání.

Otázka č. 7: Jak probíhalo období, když nemocný zjistil, že trpí Alzheimerovou chorobou?

Respondentka 1 odpověď zní, že maminka nic nevnímala, že by bylo něco špatně, respondentka 2 naopak vypověděla, že proběhlo naštvání a nesmíření se s onemocněním a respondent 3 uvedl, že si myslí, že sám nemocný v babiččině stádiu si svou diagnózu neuvědomuje.

Z odpovědí vyplývá, že tato nemoc u každého probíhá úplně jinak a lidé jsou tak individuální, že každého onemocnění zasáhne jinak.

Otázka č 8: Kdy jste poznali, že nemocný potřebuje pomoc druhých?

U respondentů 1 a 3, byla vyžadována pomoc po tom, co zjistili že jejich člen rodiny se o sebe nedokáže postarat po stránce hygieny a používání toalety, podobně to bylo i u respondenta 2 ale začátkem byla hlavně dezorientace v čase.

Vyplývá tedy, že u tohoto onemocnění ty začátky probíhají velmi podobně, začne to zapomínáním, neví, kolik je hodin a jaký je den v týdnu, pokračuje to hygienou, kdy si

zapomenou dojít na záchod nebo zapomněli, že na něm byli. Nejdříve začne selhávat krátkodobá paměť, a následně to postupuje dál a dál, nakonec může dojít nemoc do bodu, kdy nepoznají vlastní rodinu a vyžadují pomoc druhých 24 hodin denně.

Otázka č 9: Jak u Vás postupem času probíhala komunikace?

U respondentky 1 přestala maminky postupem času komunikovat úplně, respondentka 2 odpověděla, že maminky byla občas zmatená a pomoc vyžadovala, čím dál tím častěji a u respondenta 3 došlo k selhání krátkodobé paměti a jediné, co jsi pamatovala byla její dávná minulost.

Z odpovědí vyplývá, že postupem času probíhala komunikace u každého úplně jinak, ale u dvou respondentů došla komunikace do fáze, že se o všechno museli postarat oni, protože měli maminku v péči doma.

Otázka č. 10: Jak vypadal Váš denní režim?

U respondentky 1 probíhal denní harmonogram, který se snažili dodržovat opravdu každý den, aby se maminka připravila na podobný režim do Alzheimer centra, u respondentů 2 a 3 žádný denní režim nebyl dodržován.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že denní harmonogram zavedl pouze jeden z nich a pro ostatní denní režim nebyl zavedený z důvodu střídání péče a málo volného času.

9 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou z pohledu pečovatele a rodiny. Výběr tématu pro mě už od začátku byl jasný, protože k tomuto onemocnění mám velmi blízko. Pracuji už 4. rokem jako zdravotní sestra v Alzheimer centru, proto se každý den setkávám s lidmi s tímto onemocněním a vidím, jak nemoc postupuje a pomalu ovlivňuje život člověka.

Teoretická část obsahuje celkové seznámení s pojmem demence a jaké druhy existují. Velkou částí teoretické části bylo seznámení s Alzheimerovou chorobou, kde jsem se zabývala epidemiologií, symptomy a stádii, ve kterých jsou popsány postupování onemocnění, dále diagnostika a také léčba, která je rozdělena na část farmakologickou a nefarmakologickou.

Důležitou kapitolou byla péče o lidi s tímto onemocněním, zde byla zahrnuta sociální péče, což jsou místa, kam nemocného lze umístit a zajistit mu 24hodinovou péči anebo jsou to místa, kam si člověk, který pečuje doma o nemocného může přijít pro pomoc, dále terénní péče, která pomáhá lidem, kteří jsou nemocní a žijí doma sami. Velkým pomocníkem jsou organizace, protože tyto organizace poskytují služby, díky kterým se může zlepšit péče i život s nemocným.

Další kapitola obsahuje zásady chování a komunikace. Tato kapitola byla zahrnuta do bakalářské práce, protože je to velmi důležitá část v péči o nemocného. Jako zdravotní sestra, která se o nemocné stará vím, jak špatné chování a komunikace dokáže narušit vztah mezi pečujícím a nemocným.

Do poslední kapitoly byla snaha přiblížit péči o člověka s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí, popis domácí péče jako pojem a snaha vystihnout, co vše je potřeba a jaké mít zásady pro správnou péči o nemocného.

Pro tento typ výzkumu je nejvhodnější použít metodu kvalitativního výzkumu. Výzkum probíhal v Alzheimer centru se třemi rodinnými příslušníky, kteří se několik let starali o svého příbuzného doma a poté ho nechali ubytovat v Alzheimer centru. Výzkum probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru a mým cílem bylo přiblížit průběh domácí péče a život s člověkem, který onemocněl právě Alzheimerovou chorobou

SEZNAM ZKRATEK

NPI.....Neuropsychiatric Inventory

WMS - III.....Wechslerova škála

MMSE.....Mental State Examination

CT.....Počítačová tomografie

MRI.....Magnetická rezonance

LITERATURA A PRAMENY

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.

BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 807367081x.

BRAŠNOVÁ, Olga. Alzheimerova choroba. *Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotnictví a sociální oblasti* [online]. 2006. Dostupné na WWW : <<https://docplayer.cz/5473421-Multidisciplinari-pecce.html>>

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

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-x.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. 112s. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741383.

FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 9788026201540.

HENDL, J.: *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 2004.

HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-807345-004-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

JANEČKOVÁ, H.; KALVACH, Z.; HOLMEROVÁ, I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In KALVACH, Z.; ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 436-455 ISBN 80-247-0548-6

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024724546

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

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

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

OČENÁŠKOVÁ, J.(ed.). *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, [1998]. ISBN 8085800969.

PACOVSKÝ, Vladimír a HEŘMANOVÁ Eva. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. 304s. ISBN 08-044-081

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.

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

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 8072622056.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-246-0390-X.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.

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

Zákon č. 08/2006., O sociálních službách, §45, §46, §47 [ONLINE], 2007).

Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Brně [ONLINE], 2007).

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Test na kreslení hodin







Příloha č. 2 Mental state examination

Příloha č. 3 Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4 Informovaný souhlas

PŘÍLOHA Č. 1

TEST NA KRESLENÍ HODIN

<p>1 „Perfektní“</p> <ul style="list-style-type: none">• číslice 1–12 správně zakresleny• dvě ručičky, které ukazují správný čas (11 hod 10 min)	
<p>2 Mírná vizuálně-prostorová chyba</p> <ul style="list-style-type: none">• odstupy mezi číslicemi nerovnoměrné• číslice mimo kruh• list otočen, takže číslice stojí na hlavě• pacient používá čáry („paprsek“) k orientaci	
<p>3 Chybné hodiny, udržena vizuálně-prostorová představivost</p> <ul style="list-style-type: none">• jen jedna ručička• 11 minut po desáté (apod.) vepsáno jako text• čas nezakreslen	
<p>4 Vizuálně-prostorová dezorganizace středního stupně, správné zakreslení není možné</p> <ul style="list-style-type: none">• nepravidelné meziprostory• číslice zapomenuty• perseverace: opakuje kruh, číslice na straně dvanáctky• pravo-levé převrácení (čísllice proti směru hodinových ručiček)• dysgrafie (nečitelné nakreslení číslic)	
<p>5 Vizuálně-prostorová dezorganizace těžkého stupně</p> <ul style="list-style-type: none">• jak popsáno pod 4, ale silněji vyjádřeno	
<p>6 Hodiny nezakresleny vůbec (cave: vyloučit depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none">• žádný pokus o zakreslení hodin• ani vzdálená podobnost s hodinami• pacient napíše slovo nebo jméno	

Zdroj : SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

PŘÍLOHA Č. 2

MENTAL STATE EXIMINATION

A Orientace

Časová určení (1.–5.)	Kolikátého je dnes?	0 1
	Jaké je roční období?	0 1
	Který je rok?	0 1
	Který den v týdnu je dnes?	0 1
	Jaký máme měsíc?	0 1
Místo (kde jsem nyní?) (6.–10.)	Jaká nemocnice?	0 1
	Které podlaží?	0 1
	Ve kterém kraji?	0 1
	Které město?	0 1
	Která městská část?	0 1
		Součet (max. 10):

B Schopnost zapamatovat si

Vyšetřující jmenuje tři předměty a slova opakuje tak dlouho, až je pacient může zopakovat, maximálně však 6krát (11.–13.)	auto	0 1
	květina	0 1
	svíčka	0 1
		Součet (max. 3):

C. Pozornost a počítání

Od 100 se opakovaně odečítá 7. V případě početní chyby se „posunutí“ dalších výsledků započítá jen jako jedna chyba (14.–18.)	93	
	86	
	79	
	72	
	65	
Pokud pacient úkol nemůže nebo nechce provést, hlásuje se slovo „pokrm“ pozpátku (14.–18.)	M	0 1
	R	0 1
	K	0 1
	O	0 1
	P	0 1
		Součet (max. 5):

Zdroj : SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

PŘÍLOHA Č. 3

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Jak velký dopad mělo toto onemocnění na vaši rodinu a přátele?
2. Měli jste dostatek informací týkající se tohoto onemocnění?
(2. Kde jste informace hledali?)
3. Dokázali jste si představit, jak toto onemocnění bude probíhat postupem času?
4. Vzpomenete si na zásadní zlom v nemoci u vašeho blízkého?
5. Kdy nastal ten bod, že jste začali uvažovat o odborné pomoci?
6. Byli jste během domácí péče v kontaktu s odborníky (lékaři, sestry, pečovatelé) a žádali od nich pomoc?
7. Jak probíhalo období, když nemocný zjistil, že trpí Alzheimerovou chorobou?
8. Kdy jste poznali, že nemocný potřebuje pomoc druhých?
9. Jak u Vás postupem času probíhala komunikace?
10. Jak vypadal Váš denní režim?

PŘÍLOHA Č. 4

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Péče o klienta s Alzheimerovou chorobou z pohledu rodiny a pečovatele

Řešitel projektu: Barbora Zíková

Email: www.baruska@seznam.cz

Název pracoviště: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vedoucí práce: Mgr. Et Mgr. Jiří Kressa

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu bylo přiblížení domácí péče o člověka s Alzheimerovou chorobou

S Vaším svolením bude proveden rozhovor, který bude nahráván na diktafon. Záznamy budou ihned po dokončení bakalářské práce vymazány a v průběhu práce bude nahrávka sdílena pouze semnou tedy studentem a vedoucím mé práce, nikým jiným. Veškeré citace budou anonymní a vaše identita nebude rozpoznána.

Nemusíte odpovídat na otázky na které nebudete chtít odpovědět a z rozhovoru můžete kdykoliv odstoupit.

Podpis účastníka:.....

Datum.....

Podpis studenta:.....

Datum.....