UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Šlechtová

Faktory ovlivňující život seniorů s Alzheimerovou chorobou v rodinách a institucích

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivana Shánilová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED PART TIME STUDIES

2017-2020

BACHELOR THESIS

Lucie Šlechtová

Factors affecting the life of seniors with Alzheimer's disease in families and institutions

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Ivana Shánilová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 24.1.2020 Jméno autorky .....

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Shánilové, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této páce.

Anotace

Práce je zaměřena na problematiku týkající se Alzheimerovy choroby a možného vzdělávání lidí, kteří jsou nemocí zasaženi. Výskyt nemoci je stále častější a zasahuje do životů mnoha lidí.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá vznikem Alzheimerovy choroby, diagnostikou a možným opatřením proti chorobě. Téma je věnováno oblasti seniorů a jejich možnému vzdělávání při Alzheimerově chorobě. Důležité také je, aby lidé pečující o takto nemocné byli dostatečně vzdělaní a vyvarovali se tak chybám v komunikaci a práci s nemocnými jedinci. Jedná se nejen o vzdělávání sociálních pracovníků, ale také rodinných příslušníků, kteří se snaží péči poskytnout sami, bez pomoci odborné péče. Na to navazuje praktická část bakalářské práce, která tvoří poznatky z osobních zkušeností lidí, kteří se starali o člověka trpícího Alzheimerovou chorobou, od počátku nemoci až do jejího konce. Jsou uvedeny rozhovory, které byly realizovány osobně s odborníky z Alzheimerova zařízení, kde byly zjišťovány rozdíly týkající se péče o nemocné v prostředí domova a v instituci. Jaká péče jim může být poskytnuta a jaký má na nemocné vliv. Následně byl proveden rozhovor s rodinnými příslušníky nemocných pacientů, o které bylo pečováno v domácím prostředí. Jak péče v takové případě probíhá, jak působí na nemocného i na rodinného pečovatele a zda byl vyzkoušen nějaký způsob vzdělávací aktivity, která by měla na nemocného pozitivní vliv. Závěr práce obsahuje vyhodnocení celé problematiky.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, ošetřovatel, rodinný pečující, senioři, sociální pracovník, vzdělávací aktivity, vzdělávání

Annotation

The work is focused on issues related to Alzheimer's disease and possible education of people affected by the disease. The incidence of illness is increasing and affecting many people's lives.

The theoretical part of the Bachelor´s work deals with the emergence of Alzheimer's disease, diagnostics and possible measures against the disease. The topic is devoted to seniority and possible education of seniors who are facing Alzheimer's disease. It is also important that people caring for the sick are sufficiently educated to avoid errors in communication and working with sick individuals. This is not only about the social workers training, but also about the family members training who provide this care on their own, without the help of professionals. This is followed by the practical part of the bachelor's work, which forms the knowledge learned from the personal experience of people who cared for a person suffering from Alzheimer's disease, from the beginning of the disease to its end. Interviews are listed, which were conducted in person with experts from the Alzheimer's facility, where differences were identified regarding the care of patients in the home environment and institution. What care can be given to them and how it affects the sick. Subsequently, an interview was conducted with the family members of sick patients, which were cared for at home. How does care take place in such a case, how it affects both the patient and the family carer and whether any educational activity that has a positive effect on the patient has been tried. The conclusion contains an evaluation of the whole issue.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, education, educational activities, family carer, nursing, seniors, social worker

ÚVOD ... **9**

TEORETICKÁ ČÁST ... **10**

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA ... **10**

1.1 Jak nemoc postupuje v částech mozku ... 12

1.2 Stádia Alzheimerovy choroby ... 14

1.2.1 Rané stádium demence (lehká demence) ... 14

1.2.2 Středně těžké stádium demence ... 15

1.2.3 Těžké stádium demence ... 17

1.3 Členění stádia demence dle Reisbergovy a Hughesovy stupnice ... 18

1.4 Blahodárné účinky pro mozek ... 19

2 JAK FUNGUJE MOZEK ... **21**

2.1 Paměť ... 22

2.2 Pozornost ... 23

2.3 Myšlení ... 24

2.4 Jak udržet mozek „pružný“ ... 25

3 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM ALZHEIMEROVOU CHOROBOU ... **26**

3.1 Komunikace ... 26

3.2 Typ komunikace s člověkem trpícím demencí ... 27

3.3 Bariéry v komunikaci se seniorem ... 28

4 ŽIVOT S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ A PÉČE O NĚJ ... **30**

5 STÁTNÍ PODPORA – PŘÍSPĚVEK NA PÉČI ... **31**

5.1 Žádost o příspěvek na péči ... 32

6 STACIONÁŘE ... **32**

6.1 Terapie spojené se vzděláváním a ulehčením práce s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou i jiným typem demence ... 33

6.1.1 Videotréning ... 34

6.1.2 Realitní orientace ... 34

6.1.3 Reminiscenční metoda ... 35

6.1.4 Zooterapie ... 36

7 ROLE OŠETŘOVATELE 37
7.1 Vzdělávání rodinných pečujících 38
7.2 Sociální pracovník 39
8 CVIČENÍ SE SENIORY PODLE MONTESSORI 40
9 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ 43
10 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ 44
11 TRÉNING MOZKU PODLE RJÚTA KAWAŠIMA 46
PRAKTICKÁ ČÁST 49
12 ROZHOVOR 49
12.1 Výzkumné otázky 50
13 ROZHOVORY S RESPONDENTY 50
13.1 Rozhovor s ředitelkou Alzheimerhome Pyšely 51
13.2 Rozhovor s ředitelkou Alzheimerhome Libeň 54
13.3 Rozhovor s vrchní sestrou Alzheimercentrum Průhonice 57
13.4 Rozhovor s rodinným pečujícím č.1 60
13.5 Rozhovor s rodinným pečujícím č.2 63
13.6 Vyhodnocení rozhovorů 66
ZÁVĚR 68
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 70
SEZNAM ZKRATEK 73
SEZNAM PŘÍLOH 74

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je situace seniorů trpících Alzheimerovou chorobou a okolní faktory, které na ně působí po fyzické i psychické stránce. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem lze takto nemocné seniory dále vzdělávat, a dokonce jakým způsobem je možné předcházet výskytu této nemoci.

Práce bude dál směřována k typům a možnostem vzdělávání ošetřujících osob. Jak se mohou vzdělávat rodinní příslušníci a jak se vzdělávají ošetřovatelé pracující v domovech se zvláštním režimem, kde se často vyskytují osoby s demencí. Komunikace a veškerá péče o seniory je fyzicky i psychicky náročná a o to víc, pokud je senior postižený některým typem demence.

V souvislosti s tím se otevírá otázka, do jaké fáze pokročilosti choroby je optimální domácí péče a v jaké fázi choroby z hlediska okolních faktorů by bylo nejvhodnější přenechat péči na odbornících a přemístit tak nemocného do specializovaného zařízení.

K dobrání se výsledku napomohou především rozhovory s respondenty, kteří mají zkušenosti s péčí o takto nemocné lidi a již mohou předávat své nabyté zkušenosti dál. Díky tomu práce získá praktický náhled a mnoho moudrých poznatků, ze života seniorů trpící Alzheimerovou chorobou z pohledu ošetřovatelů a pečujících osob. Otázky budou kladeny zkušeným osobám, ale i rodinným příslušníkům, kteří se na péči aktivně podíleli. Nemoc vyskytující se v rodině se dotkne všech rodinných příslušníku a nejvíce těch, kteří jsou s nemocným v úzkém kontaktu a pozorují denně, jak nemocný slábne a jeho tělo i mysl se mění k nepoznání. Rozhovory z pohledu ošetřovatele a z pohledu rodinného příslušníka se samozřejmě liší, ale podstata je stejná. Účelem je zjistit, zda se nachází nějaký způsob, jak svého blízkého či pacienta mohou vzdělávat a rozvíjet s tímto typem demence, a především jak vzdělávají sami sebe, aby takové problematice byli schopni porozumět a péči tak mohli vykonávali kvalitně a efektivně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Nejznámější chorobou, která děsí většinu populace a je považována za opravdu zákeřnou nemoc je druh demence zvaná Alzheimerova choroba. V dnešní době je nemoc předmětem vědeckého úsilí a odborných diskusí, o důvodech jejího vzniku a možných způsobech léčby. Přesto pro nás zůstává Alzheimerova choroba jednou velkou záhadou.

Alzheimerova choroba je pomalé a smrtelné onemocnění mozku. Patří mezi nejčastěji se vyskytující druh demence, která postihuje kole 56 % lidí trpící demencí. Existují další druhy demencí například vaskulární demence, která je po Alzheimerově chorobě nejčastěji se vyskytující a postihne zhruba 14 % lidí trpících demencí. Další možnou demencí je smíšená demence a Parkinsonova choroba, u které se může časem projevit určitá demence. Na posledním místě v žebříčku jsou uvedena jiná degenerativní onemocnění mozku a ostatní vzácnější příčiny (Pickova choroba, Huntingtonova nemoc, Creutzfeld – Jacobova nemoc ad.)[1]

Alzheimerova choroba se vyskytuje u pacientů především ve věku nad 60 let. Neznamená to, že se nemoc nemůže projevit dříve, ale to se stává v ojedinělých případech, v tomto případě může jít například o dědičnost, kde jsou vysoké předpoklady, že se nemoc projeví. U starších lidí nastává určitý druh demence, je to tak zvaná stařecká demence, která je neškodná a u mnoha starších lidí i roztomilá. Musí se ale rozpoznat, kdy je roztomilost na místě a kdy je potřeba zvýšit pozornost a na projevující demenci se více zaměřit.[2]

Osoba trpící Alzheimerovou chorobou si převážně neuvědomuje přítomnost nemoci. Zapomínání svádí na to, že není ve formě, že má špatné období a že není už zrovna nejmladší. Lidé z blízkého okolí si ale mohou všimnout toho, že se nejedná jen o ztížené období, ale že se zapomínání prohlubuje a opakuje intenzivněji. Při takovém onemocnění

[1] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Alzheimerova nemoc* [online]. © 2015 [cit. 2019-9-11]. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/

[2] BUIJSSEN, H. Demence. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X. s.13-18

jsou zasaženy kognitivní funkce, chování jedince, nálady a projevy emocí, změny povahových vlastností a celková změna osobnosti. Poruchy paměti nemusí být první příznakem projevující se demence, ale mohou se vyskytnout až později v průběhu nemoci. Probíhající onemocnění s sebou nese i několik změn, který ovlivní život jedince. Do takových změn patří například nespavost a únava, která se vyskytuje u starších lidí a je skoro typická u seniorů. U nemocných lidí s Alzheimerovou chorobou se nespavost může ještě prohloubit, a to na základě nedostatku hormonu zvaný melatonin.[3] Projevující se demence se může projevit i u řízení automobilu. Pokud někdo je aktivním řidičem téměř po celou dobu svého života, tak běžné situace spojené s řízením mu jsou téměř vrozené a automatické. Při výskytu demence může nastat den, kdy z ničeho nic bude obvyklá situace nejasná a nebude si v ní jedinec vůbec jistý. Při řízení automobilu musí být člověk ve střehu a musí jednat pohotově. Dementní člověk tuto schopnost nemá, zapomíná pravidla silničního provozu, kdy z ničeho nic může vjet do protisměru, přičemž může dojít k vážné havárii. Při takovém chování se může jednat o projevující se demenci a jedinec by měl jít co nejdříve na vyšetření a po případě se vzdát svého řidičského oprávnění pro ochranu své bezpečnosti i okolí. Dalšími zvláštními poznatky ovlivňující život seniorů s Alzheimerovou chorobou je nemožnost najít správné slovo, vyjádřit se a pojmenovat danou věc či situaci. Změny nálad a změny chuti k jídlu jsou ovlivněny změnami v mozku, které nastávají probíhající demencí, kdy jsou zasaženy kognitivní funkce.

*„Jednu z významných rolí hraje **úbytek acetylcholinu**. Acetylcholin je látka potřebná pro vedení nervových vzruchů. Buňky ztrácí schopnost výměny informací, a to pak vede k velkému narušení mozkových funkcí až k tzv. **demenci**. Důvodem může být shluk betaamyloidu, jinak běžné a neškodné bílkoviny. Na začátku nemoci se tato bílkovina pravděpodobně začne ukládat mezi mozkovými buňkami, které pak odumírají.“*[4]

[3] IDNES.CZ. *Sedm překvapivých příznaků demence. Nespavost i změna chutí* [online]. ©2017 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/priznaky-demence.A170529_105934_zdravi_pet

[4] VITALION. *Alzheimerova choroba* [online]. © 2019 [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: https://nemoci.vitalion.cz/alzheimerova-choroba/

Autoři knihy *„Alzheimer je cukrovka“*, naopak vyvrací myšlenku o odumírání nervových buněk:

„V roce 2007 přišli odborníci z Göttingenu na to, že nervové buňky neodumírají, ale jejich funkce je narušena. Příčinou jsou bílkovinné depozity na synapsích, které potlačují přenos signálů mezi nervovými buňkami a omezují tok energie. V důsledku toho zakrňují receptory vzruchů v synapsích a pupeny neuronových výběžků se stáhnou zpátky. Nervová buňka samotná zpočátku ještě přežívá. V průběhu nemoci pak dochází k úbytku mozkové tkáně (atrofie) a podle poškození té které části mozku polevují příslušné funkce a schopnosti.“[5]

1.1 JAK NEMOC POSTUPUJE V ČÁSTECH MOZKU

Celý proces Alzheimerovi choroby se odehrává v mozku a začíná v části nazývaný hipokampus, kde jsou vytvářeny vzpomínky. Tak zvané plaky a spleti, které se nashromáždí v mozku, pomalu ničí hipokampus a to způsobuje, že pacient má problém uchovávat v hlavě nové vzpomínky. Z hipokampu nemoc postupuje do dalších částí mozku a ničí nervové buňky. Tento proces způsobuje fáze Alzheimerovy nemoci a postupné „zabíjení“ nervových buněk je důsledkem zhoršujícího se stavu pacienta.

Postupem nemoci je u pacienta zasažena i řeč, kdy má jedinec problém si vzpomenout na slovo, které chtěl říct, nemůže si vzpomenout, jak se daná věc nazývá, zkrátka má problém se vyjádřit a sdělit obsah okolí. To je způsobeno tím, že plaky a spleti se přemístily do části mozku, kde je zpracovávána řeč.

Pacient ztrácí schopnost řešit úkoly s pomocí logického uvažování. Nezvládá plánovat a nechápe souvislosti. Nemocný si nedokáže poradit v jednoduchých životních situacích, které se vyskytují každý den, kdy se musí rozhodnout a zvolit správný způsob

[5] MOSETTER, K., A. CAVELIUS. *Alzheimer je cukrovka.* 1. vyd. Praha: Euromedia Group, a.s., 2017. ISBN 978-80-7549-324-8. s.23

při dané situaci. To je způsobeno tím, že se plaky a spleti přesunuly do přední části mozku, kde probíhá logické myšlení.

Nemoc zasáhla již tři části a stále postupuje dál. Nyní útočí na část mozku, kde jsou zpracovávány emoce. Ve chvíli, kdy dojde k tomuto narušení, jedinec ztrácí kontrolu nad svými emocemi, doslova je neovládá. Projevuje se to prudkou změnou nálad, dobrá nálada střídá špatnou. Agresivita a stavy úzkosti deptají postiženého, a protože neví, co se s ním děje, nedokáže si s těmito stavy sám poradit. To lze utlumit antidepresivy, která mohou tyto nálady srovnat v rámci možností do hladiny normálu.

Dalším postupem nemoci je narušena část mozku, která dává smysl všem věcem, které člověk vidí, slyší a cítí. To má za následek vznikající halucinace, které matou smysly pacienta s Alzheimerovou chorobou. Může se stát, že vidí nereálné věci, nebo slyší, že k němu někdo mluví a začne odpovídat, přitom je v místnosti sám. V jeho hlavě se utváří situace, které se vlastně nestaly.

Nemocný člověk v další fázi začíná zapomínat známé tváře a jména svých blízkých. Nedokáže si dát do spojitosti v jakém příbuzenském vztahu je s danou osobou, zapomíná i kdo sám je. To je způsobeno tím, že plaky a spleti zasáhly zadní část mozku. Tam jsou totiž uloženy ty nejstarší vzpomínky.[6]

Ke konci nemoci je narušena rovnováha a koordinace, kdy je pacient spíše ležící, není schopen samostatného pohybu. V poslední fázi ničí tato nemoc část mozku, která reguluje dýchání a činnost srdce. Nemoc začíná mírným zapomínáním a končí smrtí. Průběh nemoci trvá zhruba 8 až 10 let od zjištění diagnózy. Období průběhu je čistě orientační, u každého člověka může nemoc probíhat individuálně. [7] Nemoc je u pacientů zjištěna převážně již v začínajícím stádiu demence. Než je diagnóza stanovena, člověk v sobě již několik let tuto nemoc nosí, než se mu projeví, nebo než se začne brát v potaz, že něco není v pořádku.

---

[6] CO JE ALHEIMEROVA CHOROBA, 2014. In: *Youtube* [online]. 13.8.2014 [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=fnILpYZ24ow

[7] REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9. s. 115-116.

1.2 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

První příznaky nemoci nejsou do očí bijící a lehko by se přirovnaly k běžnému stáří. Stádia demence se dělí do tří sekcí, kdy se postupně chování jedince zhoršuje a změny chování jsou viditelnější.

1.2.1 RANÉ STÁDIUM DEMENCE (LEHKÁ DEMENCE)

První stádium demence s sebou nese lehké zapomínání běžných věcí, jako je například hledání brýlí, klíčů, mobilu a dalších drobných věcí, co jsou v běžném životě celkem normální. Když je člověk rozrušený nebo nervózní, může být nesoustředěný, což může vést k roztěkanosti a následně zkratovým situacím, kdy na něco zapomeneme. Při demenci se tyto stavy opakují denně, a to ne jenom zapomnětlivost, ale i slabá dezorientace v čase a prostoru. Nemocný člověk ztrácí pojem o čase a je lehce dezorientovaný. Neustále se ptá, co je zrovna za den a kolik je hodin. Možná už mu dělá problém se vyznat v kalendáři, natož v hodinách. Na neznámém místě se lehce ztratí a bude rozrušený, kde to vlastně je a proč své okolí nepoznává. Může propadat panice a zoufalství. Je důležité takovému člověku být nablízku a být mu nápomocen. Člověk v prvním stádiu demence začíná mít problém s komunikací. Myšlenky mu proudí hlavou, ví přesně, co by chtěl sdělit, ale neví jak. Nenapadají ho ta správná slova a nezvládá se správně vyjádřit. Rád by například řekl, že má žízeň a rád by se napil, ale ve svém stádiu demence nezvládne svou potřebu sdělit. [8]

Není divu, že člověk, který z ničeho nic začne zapomínat věci, které dřív běžně věděl a nyní se potýká s dezorientací a nerozumí chování vlastního těla, padá do deprese a úzkostí. Nemocný má změny nálad a může být tak na své okolí podrážděný a útočný. Mnohdy jsou tací lidé podezřívaví vůči svým blízkým a obviňují je, že věci přemisťují a nevracejí zpět na správné místo. Nedokážou a nechtějí si připustit, že sami zapomněli, kam tu danou věc uložili. V takovém případě chce zachovat chladnou hlavu a

[8] ALZHEIMER PORADNA VYSOČANY. *Stáda a průběh demence* [online]. © 2014 [cit.2019-10-23]. Dostupné z: http://alzheimerporadnavysocina.cz/alzheimerova-choroba/diagnozaalzheimerovachoroba/

s nemocným se nehádat a nevyvracet mu jeho pravdu. Chce to klidný, a především vlídný přístup. Nezlobit se na něj, že nás obviňuje a hněvá se, naopak se mu snažíme pomoci danou věc nalézt.

1.2.2 STŘEDNĚ TĚŽKÉ STÁDIUM DEMENCE

V této fázi demence se zapomínání prohlubuje, kdy nemocnému dělá obtíže si vybavit jména blízkých, nebo se zorientovat, v jakém vztahu je k dané osobě. Člověk v druhém stádiu demence nezvládá spousta úkonů sám, například péče o své tělo, kam patří hygiena. K tomu potřebuje pečující osobu, která ho navede, co má dělat a hlavně jak. Sám už neví, že si má jít vyčistit zuby, nebo se musí najíst a večer se převléci do pyžama. Nemá již přehled o tom, jak v životě normálně fungovat. Pečující osoba už začíná pracovat na plný úvazek. Hygienické potřeby nemocná osoba sama nezvládne. Neví proč a jak je vykonávat. Je potřeba nemocného vést k těmto úkonům a směřovat ho například při oblékání, aby jednotlivé kusy oblečení navlékl správně, že nejprve se obléká spodní prádlo, až poté kalhoty a triko. Nemocnému člověku trpící demencí není jasné, že triko se obléká přes hlavu a kalhoty se navlékají přes nohy. Je schopen to vše pomotat a triko si oblékat jako kalhoty. Z toho důvodu je chytré připravit nemocnému oblečení viditelně, třeba na křeslo, které má umístěné vedle postele a seřadit mu na něj oblečení tak, jak si ho bude postupně na sebe oblékat. To by zpočátku mohlo nemocnému pomoct s oblékáním.[9]

Mimo nezvládané činnosti o své tělo, s čím je spojena i péče o domácnost, kterou osoba nezvládá současně jako péči o sebe, se prohlubuje i nedokonalost komunikace. Jedinec již nedokáže zformulovat logickou větu a nezvládne sdělit, co ho trápí. Pečovatel má těžkou úlohu. Musí zvolit správné taktiky komunikace s nemocným, aby zjistil od nemocného správné informace.

U nemocného jedince se projevuje i nedostatek soudnosti, kdy dělá věci na veřejnosti, za které se zdravý člověk stydí. Pokřikování na neznámé lidi, nebo svlékání se do

[9] BUIJSSEN, H. *Demence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X. s.109-119

spodního prádla na veřejnosti nepřipadá jedinci postiženému demencí nijak zvláštní. Za to osoba, která je přítomna takovému jednání a je s postiženu osobou musí zachovat klid a nerozčilovat se na nemocného člověka, mohlo by to totiž vést ke zkratové situaci u nemocného jedince a mohl by se zablokovat a nekomunikovat. Je vhodné nemocného jedince upomenout, že to, co dělá, není správné a převést jeho pozornost na něco úplně jiného, aby zapomněl na to, že se zrovna chtěl například svlékat do naha.

Střední stadium demence už je velice náročná fáze pro nemocného tak i pro pečovatele. Nemocný jedinec má tendenci se na svého blízkého upnout a být mu takzvaně v patách. Zvláště u osob, kdy například postiženým jedincem je manžel a pečující osobou je manželka, či naopak. Mezi těmi osobami byl vždy úzký kontakt a vzájemná důvěra. Při této nemoci se vztahy oboustranně prohloubí, zejména u postižené osoby. Pečující si na okamžik může odskočit do obchodu a svému partnerovi trpící Alzheimerovou chorobou sdělí, že se za okamžik vrátí. Nemocný to ale v paměti neudrží dlouho a po chvíli začne zmatkovat, kde jeho partner je a nedokáže si vysvětlit, proč ho na tom místě nechal samotného, byť je u sebe doma, a ne v cizím prostředí. V ten daný okamžik nemocný propadá panice a zoufalství a netrpělivě vyhlíží svého partnera, nebo ho jde dokonce hledat. Tím pak nastává druhá komplikace, kdy se může nemocný zatoulat a ztratit, jelikož si nebude pamatovat cestu zpět a ve finále si nebude ani pamatovat, kam se vlastně vydal. Z takových důvodů je dobré se na takové situace připravit a předejit jim, aby k nim nedošlo. Když se pečující osoba (partner) vrátí, nemocnému spadne kámen ze srdce a je klidný a šťastný, že je zase v přítomnosti svého nejbližšího. Cítí se v bezpečí, a to je pro něj nejdůležitější. [10]

[10] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí.* [online]. ©2014 [cit. 2019-22-10]. Dostupné z: https://www.praha8.cz/file/jVo1/BROZURA-Pece-WEB.pdf str. 7-18.

1.2.3 TĚŽKÉ STÁDIUM DEMENCE

Nyní už nemocný nezvládá žádné úkony bez pomoci druhé osoby. Je plně závislý na pečujícím a bez asistence by se nenajedl, nenapil, nezvedl z postele. Člověk s demencí má v posledním stádiu viditelné problémy s pohybem. Je příliš opatrný a bojí se udělat krok vpřed. Uklidňuje ho, když ho někdo drží za ruku a jde vedle něho. Má pocit opory a bezpečí. Při sedu, či vstávání ze sedu je potřeba mu pomoci a postavit ho na nohy, nemá dostatek síly se vzepřít. Nemocný v tomto stádiu má poruchu s příjmem potravy. Jelikož se mu špatně polyká, potřebuje skoro každé sousto zapíjet tekutinou. Jelikož má nedostatek pohybu a nedostatek živin, jeho tělo chabne a je křehké. Chybí mu energie, kterou díky tomu ztrácí. S tím souvisí i imunita, která není tak dostatečná, aby si dokázala poradit s klasickou chřipkou, zápalem plic nebo zánětem močových cest. Dementní člověk je náchylný na virová onemocnění, proto je důležité dbát na jeho zdraví a vyvarovat se takovým onemocněním. Jeho tělo by se nemuselo ubránit a mohlo by to přinést spousta nemilých komplikací. V tomto stádiu demence jsou taková onemocnění nejčastější příčinou úmrtí, protože si tělo s infekcí nezvládne poradit a podlehne ji. Nemocný stále méně reaguje na známé tváře. Čas od času má světlou chvilku, kdy pozná podle hlasu nebo vůně blízkou osobu, ale to je jen ojediněle a na krátkou chvíli. Převážně nevnímá už okolní svět a pouze leží a poslouchá. Komunikace se v tomto stádiu vytratila zcela úplně. Nemocný není schopen říct smysluplné slovo, spíš nahodile řekne to, co mu přijde na jazyk, mnozí v této fázi zcela „ztratí řeč“. Osobní hygiena je kompletně prováděna ošetřující osobou. V této fázi dochází k inkontinenci, kdy nemocný není schopen udržet moč ani stolici. Nemá potřebu jít na toaletu, nepociťuje žádné základní životní potřeby. Péče o nemocného je už tolik náročná, že pečovat o něj v domácím prostředí je téměř nemožné. Z toho důvodu je relativně dobrý nápad umístit nemocného do instituce, kde o něj bude dobře postaráno a bude mu poskytnuta ta nejlepší péče, kterou aktuálně potřebuje a rodinný pečující ji nemůže nemocnému plně dát. [11]

[11] ALZHEIMER PORADNA VYSOČANY. *Stáda a průběh demence* [online]. © 2014 [cit.2019-10-23]. Dostupné z: http://alzheimerporadnavysocina.cz/alzheimerova-choroba/diagnozaalzheimerovachoroba/

1.3 ČLENĚNÍ STÁDIA DEMENCE DLE REISBERGOVY A HUGHESOVY STUPNICE

Sedmičlenná stupnice, kterou stanovil Reisberg v roce 1982, je jednou dostatečně popsanou stupnicí, která uvádí hloubku demence v určitých stádiích jejího průběhu.

1) Bez postižení kognitivních funkcí (při komunikaci není zřetelné, že by byly jakékoli poruchy paměti či řeči).
2) Začáteční postižení kognitivních funkcí (postižený si stěžuje na poruchy paměti, což souvisí se zapomínáním jmen, či kam odložil věci, které běžně používá).
3) Lehké postižení kognitivních funkcí (u jedince nastává zmatenost, octne-li se na neznámém místě, postižený člověk si hůře pamatuje jména lidí, s nimiž se setkává, nastává porucha soustředěnosti a pokles pracovního tempa).
4) Středně těžké postižení kognitivních funkci (poruchy paměti jsou pro okolí viditelné, nastává dezorientace ve známé prostředí a nemožnost orientovat se v čase, nesoustředěnost při počítání, nastávají poruchy při péči o sebe samotného).
5) Pokročilé postižení kognitivních funkcí (je nezbytná pomoc jiné osoby, pacient není schopen postarat se o domácnost, zvládne se najíst a dojít na toaletu, pamatuje si jména svých nejbližších).
6) Těžké postižení kognitivních funkcí (postižený si již nevybavuje jména svých nejbližších, občas dochází k inkontinenci, objevují se úzkosti, deprese a bludy, agrese vůči cizím lidem, nastává nespavost).
7) Velmi těžké postižení kognitivních funkcí (pacient je inkontinentní, nedokáže se již vyjádřit, vydává pouze zvuky, je upoután na lůžko a není schopen chůze).[12]

V roce 1982 sestavil Hughes a kol. mezinárodně používanou stupnici, která je rozsáhlejší než předchozí Reisbrgerova stupnice z roku 1982. Hughesova pětistupňová stupnice je založena na vyšetření pamětí, orientaci pacientů a úsudku řešení problémů.

[12] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2. s 52-54.

1) Stupeň 0 – zdravý (Pacient nemá problémy s pamětí, je orientován v čase i prostoru. Každodenní problémy spojené s řešením bez problémů zvládá. Pacient je samostatný a soběstačný.)
2) Stupeň 0,5 – podezření demence (Nastává lehká zapomnětlivost, jedinec je orientovaný v čase i prostoru, ale nastávají první problémy s rozhodováním. Osobní život je lehce narušený.)
3) Stupeň 1 – lehká demence (Objevují se poruch orientace v čase. Zapomnětlivost je častější a nastávají poruchy při řešení složitějších problémů).
4) Stupeň 2 – střední demence (Nastává dezorientace v čase i prostoru, jedinec neuchová v paměti nové informace. Péče o domácnost není možná s tím souvisí i problém s oblékáním a osobní hygienou.)
5) Stupeň 3 – těžká demence (Nemocný jedinec není schopen zvládat péči o domácnost ani o sebe samotného a je velice zhoršen projev. Dost častá je inkontinence. Člověk potřebuje neustálou péči.)[13]

První i druhá stupnice popisující stádia probíhající demence jsou podobné, udávají základní informace o problémech nastávajících v jednotlivých fázích demence.

1.4 BLAHODÁRNÉ ÚČINKY PRO MOZEK

Důležité faktory pro snížení výskytu demence spočívají v péči o naše tělo. Na zdravý životní styl není nikdy pozdě. Alkohol a cigarety jsou opakem zdravého životního stylu. Návykové látky aktivně působí na lidský mozek a otupují ho. Dlouhodobým užíváním alkoholu lidský mozek chátrá a je méně výkonný. Dále sem patří zdravá strava jako je zelenina, ovoce (nepříliš sladké), zdravé tuky, bílkoviny a méně masa. Spánek je odpočinkový stav, kdy se mozek regeneruje. Každý člověk potřebuje dostatek spánku, aby byl schopný pracovat a dělat plně veškeré denní aktivity. Pokud je nedostatek spánku, člověk je nesoustředěný, otupělý, protože mozek nefunguje na 100 % a vynechává své

[13] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2. s. 56

funkce. Po odpočinku je pravidelná tělesná aktivita a smysluplná činnost nejzdravějším aktivizačním prostředkem mozku.[14]

Prvním faktorem je tedy vyvarování se návykových a omamných látek, které škodí lidskému organismu a především mozku. Druhým faktorem je správná funkce srdce. Srce je motor lidského těla, který vše pohání. Mozkové mrtvice a infarkty jsou vlivem špatné životosprávy odvíjené od obezity, cukrovky nebo kouření. Srdeční příhody ohrožují lidský mozek ve správné funkci a může dojít k trvalému poškození či vyvolání demence. Třetím faktorem je fyzická aktivita, která udržuje tělo v kondici a fyzické zdatnosti. Existují důkazy, že fyzická aktivita předchází rozvoji demence, aktivní cvičení pomáhá kontrolovat krevní tlak a napomáhá správné funkci srdce, snižuje riziko cukrovky druhého typu a určitých forem rakoviny. Mozek můžeme podpořit také zdravým jídelníčkem. Zdravá strava nesmí ve zdravém životním stylu chybět a jak je známo, tučné a smažené jídlo našemu tělu ničím neprospívá. Existují například různé typy diet, které mají blahodárné účinky pro tělo i pro mozek. Například vegetariánská dieta, syrová dieta, nebo středomořská dieta, která má velice dobrý vliv. Rybí maso působí kladně na náš mozek, který po něm sílí a je tedy menší riziko výskytu demence. Ti, kteří se drží středomořského jídelníčku mají zdravější mozek a neprojevuje se u nich jeho viditelné stárnutí.

Dalším faktorem je zapojování se do složitějších věcí, u kterých se musí více přemýšlet oproti věcem, které děláme bezmyšlenkovitě. Pokud nabídneme našemu mozku nové aktivity, podpoříme tím tvorbu nových mozkových buněk a posílení nervových spojení (synapse).

Společenská aktivita je důležitá pro každého lidského tvora. Každý máme potřebu začlenit se do kolektivu a být součástí společnosti, která nám je příjemná a kam zapadáme. To se odvíjí i na náladě a psychickém stavu. Člověk, který je komunikativní a aktivně zapojený do společnosti, má větší předpoklad k dobré náladě. Izolovaného jedince může přepadnout deprese a pocity, že je na světě zbytečný a sám bez přátel.

[14] MOSETTER, K., A. CAVELIUS. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, a.s., 2017. ISBN 978-80-7549-324-8. s. 27.

To vše působí na lidský mozek, jelikož se psychika odehrává právě v mozku. Člověk musí v každém věku být sociálně aktivní, podílet se na veřejných setkání a veřejných událostí, aby měl šanci komunikovat a rozvíjet své zájmy a aktivity s přáteli a tím podporoval zdravý funkční chod svého mozku.[15]

2 JAK FUNGUJE MOZEK

Mozek jako takový se skládá ze tří částí, kterými jsou mozek, mezimozek a koncový mozek, který se dál skládá ze čtyř laloků: čelní, temenní, týlní a spánkový. Dále se mozek dělí na pravou a levou hemisféru. Každá z hemisfér ovládá jiné funkce. Pravá hemisféra je zaměřená na celek, na emoce, umělecké a hudební schopnosti a ovládá levou část těla. Naopak levá hemisféra ovládá pravou část našeho těla. Díky levé hemisféře jsme schopni počítat, číst, psát, logicky uvažovat a učit se cizí jazyky. Spojka zvaná corpus callosum umožnuje kontakt mezi pravou a levou hemisférou. V mozku se odehrává myšlení, paměť, pozornost, představivost i prostorová orientace, to vše jsou kognitivní funkce, díky kterým poznáváme vnitřní i vnější svět kolem nás. Kognitivní funkce umožnují se srozumitelně vyjadřovat a chápat obsah toho, co nám je sdělováno. [16]

[15] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Prevence* [online]. © 2015 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/prevence/

[16] HOLMEROVÁ, I. a kol., *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5924-1. s. 90.

2.1 PAMĚŤ

Paměť má schopnost používat a uchovávat informace, které jsme v minulosti získali. Je jednou z nejdůležitějších funkcí mozku. Skládá se ze tří fází: vštípení (ukládání a kódování informace), uchování a vybavování. Paměť je dělena na tři druhy paměti:

- dlouhodobou – uchovává informace několik dní, dokonce i let, nebo celý život, jde o informace, které jsou často opakovány nebo jsou pro nás důležité a vštípily se do dlouhodobé paměti díky intenzivnímu prožitku,
- krátkodobou – informace jsou uchovány pár sekund cca minutu, mozek třídí informace podle důležitosti, nepodstatné vyselektuje a neuchovává. To ale můžeme překonat častým opakování a dosáhnout tím přemístění informace z krátkodobé paměti do dlouhodobé,
- senzorickou – neboli ultrakrátká paměť uchovává informace přicházející ze smyslů, co zrovna vidíme nebo slyšíme. Informace jsou udrženy na malou chvíli, poté je paměť buď vymaže, nebo přesune do krátkodobé či dlouhodobé paměti.

Důležitou součástí paměti je i proces zapomínání, který nastává z důvodu čištění paměti od nepotřebného. Proti zapomínání se dá postoupit jednoduchý krok a tím je opakování. Po hodině učení mozek vyselektuje zhruba polovinu naučené látky, druhý den to jsou už dvě třetiny. Pokud informace během dne několikrát zopakujeme, vyhneme se tak zapomínání potřebných informací, které chceme uchovat v hlavě po delší dobu.[17]

Výpadky paměti je jedna ze součástí komplikací při průběhu stárnutí. Stáří s sebou nese i další omezení jako například bolesti kloubů, zad a nedoslýchavost. Nejtypičtějším je zapomínání nových věcí a událostí, co se staly před pár dny, či hodinami, naopak dochází k vybavování si historek, které se odehrály před několika desítky lety. Starý člověk má problém s krátkodobou pamětí, avšak dlouhodobá je stále plně funkční, dokonce se může lehce zlepšovat. Kvalita paměti není ve všech případek jednotná, ale je

[17] MENTEM. *Trénujte svůj mozek.* [online]. [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: https://www.mentem.cz/static-151/uploads/media/Ebook.pdf

individuální. Ovlivňuje vzdělání člověka, jeho slovní zásobu, intelekt a emocionální stav.[18]

2.2 POZORNOST

Pozornost je vědomé vnímání a soustředění se na určitou činnost nebo děj. Pozornost dělíme na bezděčnou (dochází k ní při nových situacích, provádíme ji bez vlastního úmyslu) a na záměrnou (je prováděna vědomě). Pozornost má své vlastnosti, které ovlivňují další spojení s pozorností.

- Distribuce – určuje a rozděluje pozornost mezi více předmětů a dějů.
- Kapacita – rozsah věnované pozornosti mezi více aspektů.
- Stabilita – délka soustředěnosti na jeden předmět.
- Koncentrace – intenzita soustředěnosti na předmět, jak hluboko je člověk schopen vnímat a soustředit se na daný předmět.
- Selektivita – pozornost směřována správným směrem.
- Oscilace – výkyvy pozornosti.
- Dynamika – plynulé přenášení pozornosti z jedné činnosti na druhou.[19]

Není však podmínkou, že všechny vlastnosti musí být u všech stejně funkční. Některé vlastnosti pozornosti mohou být doslova narušeny. Například neschopnost dlouhodobé soustředěnosti je známé jako roztržitost, nebo neschopnost udržet pozornost v daném směru nazýváme rozptýlenost. Není to závažná porucha a dá se ní pracovat tréningem pozornosti.

Vážnější porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou je Attention Deficit Hyperactivity Disorder, dále jen „ADHD“. Jde o vrozenou nerovnováhu centrální

[18] BENEŠOVÁ, D. Gerontagogika: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. ISBN 978-80-7452-039-6. s. 29

[19] FARKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie.* 3. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2017. ISBN 978-80-7452-130-0. s. 85.

nervové soustavy dále jen „CNS“. Mozek není schopen s množstvím informací pracovat a vybrat tu podstatnou. [20] Existuje také porucha pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity, které se říká Attention Deficit Disorder, dále jen „ADD“. Jedinci s touto poruchou působí jako snílci, kteří žijí v jiném světě.[21] Existují další poruchy pozornosti, které nejsou tak časté jako například aprosexie, hypoprosexie, hyperprosexie, paraprosexie.

2.3 MYŠLENÍ

„Je to asi nejkomplexnější funkce mozku, která zpracovává informace z vnějšího světa a přetavuje je v myšlenky. “[22]

Myšlenky jsou individuální součástí každého člověka. Myšlenky putují v hlavě i když nechceme. Při bdění i při snění pořád probíhá myšlení, v mozku se zkrátka pořád odehrávají děje.

Myšlení lze rozdělit podle stupně složitosti myšlenkových procesů na **konkrétně názorné myšlení** a **abstraktně teoretické myšlení** (užívané při řešení teoretických, vyžaduje vyšší stupeň vývoje myšlení. Dále rozlišujeme myšlení na základě směru řešeného problému na **konvergentní** (**s**bíhavé) myšlení, které se uplatňuje při hledání jednoho problému, kde není možnost jiného postupu a na **divergentní** (rozbíhavé) myšlení, při kterém hraje roli více možnosti a člověk musí zvážit veškeré nabízené varianty a vybrat tu nejvhodnější. Tento typ myšlení tvoří to, čím člověk je, tedy charakter osobnosti.[23]

---

[20] HYPERKA. *Co je to ADHD*. [online]. ©2015 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: http://www.hyperka.eu/adhd

[21] NEPOZORNI.CZ. *Co je ADHD/ADD a jak se projevuje* [online]. ©2013 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: http://www.nepozornidospeli.cz/index.php/2013-11-13-18-17-04/co-je-adhd-add

[22] MENTEM. *V čem vám Mentem pomůže?* [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: https://www.mentem.cz/

[23] FARKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 3. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2017. ISBN 978-80-7452-130-0. s. 74

2.4 JAK UDRŽET MOZEK „PRUŽNÝ“

Začátky bývají nenápadné a plíží se krutě na bezbranného člověka, který je plný sil a vitality. Vědci spekulují o teoriích, že správným zdravotním stylem lze předejít výskytu kruté nemoci. Zvyšování kvality našeho zdraví jak po fyzické, tak i duševní stránce jistě našemu tělu svědčí a obecně zvyšuje odolnost vůči rizikovým onemocněním. Jedním z nich může být i Alzheimerova choroba, která jak již bylo zmíněno postihuje mozek a nervovou soustavu. Dobré je v takovém případě rozvíjet paměť i v pokročilém věku. Nejlepší metodou, jak rozhýbat paměť je učit se nové věci. Křížovky, sudoku a různé typy her, kde musí člověk přemýšlet, je velice dobrým pomocníkem k rozvíjení a pružnosti myšlení.

Pro lidi v pokročilém věku existují univerzity třetího věku, kde je možné se vzdělávat i nadále. Senioři se mnohdy dostanou do stádia, kdy jim je všechno jedno. Zůstanou se svým mazlíčkem a televizí a se slovy „nějak to tu dožiji“. Spousta seniorů zbytečně zakrní a zarmoutí se. Svou depresivní představou ze stáří si mohou přivodit závažné zdravotní problémy, jako například demenci. Při stereotypním stylu života bez elánu a bez energie nelze očekávat, že lidské tělo a mysl budou vzkvétat.

Pro takové lidi, kteří mají chuť udržet nejen své tělo, ale i mozek v kondici, jsou univerzity třetího věku jako stvořené. Jsou výborným prostředkem, jak starší populace může udržovat svůj mozek hbitý a pružný. Člověk nikdy nedosáhne stropu své paměti, nikdy nebude tak vzdělaný, aby mohl říct „vím vše“. Výhodou lidského mozku je nekonečně mnoho prostoru pro ukládání stále nových věcí. Mozek je natolik chytrý, že ukládá věci podle důležitosti buď do krátkodobé, nebo dlouhodobé paměti. Tam, kam informace bude uložena, záleží na tom, jak se jí budeme snažit zapamatovat. Pro uložení informace hraje velký vliv emoce. Za jakých okolností byla informace získána, zda proběhla v kladných neutrálních podmínkách, nebo u toho proběhl záživný styl humoru, či naopak strach a napětí. Každý druh situace má vysoký vliv na vybavení si informace, buď na nás zapůsobila natolik, že se vryla do dlouhodobé paměti, nebo zůstala pouze v té krátkodobé, která nevydrží takovou dobu a po čase se vytratí. Pokud se člověk učí například slovíčka, není to nic, co by se lehce dalo zapamatovat a nic, co by pobíhalo zrovna v záživné atmosféře. Není ani jeden předpoklad, že by byl nějaký faktor, který by

působil příznivě na zapamatování. V takovém případě je na řadě opakování. Opakováním lze docílit, že informace se z krátkodobé paměti přesune do dlouhodobé. Je zkrátka důležité informaci opakovat, také se ne nadarmo říká, že „opakování je matka moudrosti“.[24]

3 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Komunikace je jedním ze základů lidského života. Každý člověk má někdy potřebu něco někomu sdělit, nebo si popovídat. Je důležité, aby mezi sebou lidé komunikovali a vyměňovali si své názory, myšlenky a dojmy.

3.1 KOMUNIKACE

Jedním ze základních společenských procesů je komunikace, při které dochází k předávání a sdělování informací druhým osobám. Při komunikaci jsou minimálně dva aktéři, jedním z nich je komunikátor, což je osoba, která hovoří a sděluje jistý obsah. Druhým z nich je komunikant, tím je osoba účastnící se komunikace, tedy posluchač. Obsahem komunikace, to, co je sdělováno komunikátorem se nazývá komuniké (obsah sdělení).

Při komunikaci je důležité se správně vyjadřovat a artikulovat, aby nám posluchač dobře rozuměl a pochopil sdělované informace. Pokud je komunikace kvalitní, neměla by chybět zpětná vazba, čímž dává posluchač najevo, že poslouchá sdělovatele a téma ho zajímá a rozumí mu. V komunikaci může nastat takzvaný komunikační šum, což může

[24] BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X. s. 22-33.

nastat u informace, která je předávána přes více sdělovatelů. Jde o změněný obsah a závěr původně sdělené informace a následně může dojít k chybnému pochopení.[25]

3.2 TYP KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ

Člověk trpící Alzheimerovou chorobou chce být také součástí komunikace a zapojit se mezi své přátelé. To, že si nevybaví některé události, které se staly nedávno, neznamená, že ho společnost odřízne od světa a bude o brát jako méněcenného člověka, kterého nezapojí do důstojné konverzace. Lidé s demencí si plně uvědomují, že s nimi není něco v pořádku. Mohou si uvědomovat nemoc jako takovou, která je postihla a se kterou bojují. Vědí o tom a plně si uvědomují, že za chvíli nevědí, co zrovna řekli. Někdy ale netuší, co se děje a nechápou, proč jim ostatní nerozumí, což je může ještě víc rozrušit nebo dokonce rozčílit. Je proto důležité při komunikaci s takto nemocným člověkem udržovat vážnost konverzace a jednat s nemocným s úctou a na úrovni. Bylo by zcela nevhodné se k nemocnému chovat jako k dítěti, protože nemocný to může vnímat jako posměch a nemuselo by mu to být příjemné. I když nemocný nemluví srozumitelně a sdělovaný obsah nedává smysl, musí ten druhý vést směr konverzace a udržovat ji v rámci možností na určité úrovni.

Pokud je osoba trpící demencí v pokročilém stádiu Alzheimerovy nemoci a nedá dohromady souvislou a smysluplnou větu, je dobré nemocnému vyprávět. Není podstatné se ho vyptávat, jak se má a co předešlý den dělal a co měl k obědu. Důležité je mu vyprávět například o sobě a o rodině, o svých zážitcích. Dementní člověk možná neporozumí všemu, co mu je sdělováno, možná chvílema porozumí a usměje se, protože uslyší známý hlas. Vnímá ale především tón hlasu, kterým je na něj hovořeno. [26]

Člověk s demencí je vnímavý na gestikulaci a mimiku, vnímá tón hlasu, pokud je klidný, ví, že vše je v pořádku a je spokojený. Když se na něj hovoří odměřeným hlasem,

[25] POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praga: Grada Publishing, a.s, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8. s. 11-12.

[26] BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X. s. 59-69.

sekaným či zvýšeným tónem, pozná to a je neklidný, může mít strach, nebo může být i agresivní, čímž se brání, protože neví, co se děje. Stejně tak vnímá úsměv na tváři. Někdy se stačí na nemocného člověka trpícího demencí pouze usmát a nahradí to veškerá slova. Cítí klid a bezpečí, je spokojený, a to mu stačí.

Při komunikace s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou by se mělo dbát na určitá pravidla. Je dobré hovořit spíše hlubším a pomalejším hlasem. Nikdy na nemocného nepokřikovat z pozadí, mohl by se polekat a zavrávorat. Při komunikaci s nemocným jedincem je dobré dbát na to, aby nemocný věděl, s kým komunikuje. Když je potřeba s ním rozebírat důležitou věc například ohledně jeho zdravotního stavu, je vhodné na něho hovořit přímo a navázat oční kontakt, aby bylo zřejmé, že vnímá. Nesmí se zapomínat, že je třeba přizpůsobit i tempo řeči, čím je osoba starší, tím pomalejší reakce a chápání bude mít. Je třeba přizpůsobit i komunikační styl k věku a vzdělání postiženého, aby mu konverzace byla příjemná a necítil se v ní hloupě. Je dobré vynechávat, pokud možno odborné názvy a slova, která jsou novodobá a nemocný by nemusel vědět co znamenají.

3.3 BARIÉRY V KOMUNIKACI SE SENIOREM

Při komunikaci se seniory může nastat bariéra, která znemožní, nebo alespoň zkomplikuje průběh komunikace ze strany seniora, a proto je potřeba jim předcházet, nebo se jim vyvarovat. Senioři se potýkají s mnoha faktory, které omezují kladný průběh komunikace. Sluch slábne, zrak se vytrácí, mozek nezpracovává informaci tak rychle jako dřív a k tomu senior trpí Alzheimerovou chorobou. Ne vždy se musí jednat o bariéru zvanou demence. U dementního člověka hrají při komunikaci svou roli i další faktory.

- Nálada

Takovým častým faktorem je špatná nálada, úzkost, či strach. Nemocný člověk může mít výkyvy nálad. Zrovna na něj mohl padnout stav úzkosti a nemá chuť mluvit. To že neodpovídá na kladené otázky, nemusí být důvodem, že nechápe, co se po něm chce. Nyní nemá náladu to udělat, nebo na to odpovídat. Může mít strach ze špatné odpovědi.

Možná si je vědom v ten daný okamžik, že má v hlavě vše zpřeházené a že je s ním něco v nepořádku.

- Sluch

Senioři jsou již v určitých letech a sluch se jim vytrácí. Aby byla překonána tato bariera je vhodné na seniory hovořit dostatečně nahlas, aby bylo dostatečně rozumět a předešlo se tak případným nepříjemnostem.

- Vyrušování

Člověk s Alzheimerovou chorobou je často plachý a nedůvěřivý. Pokud je komunikace s ním narušena další osobou, může se nemocný zaseknout a přestat hovořit, nebo jednoduše ho to vyruší a on zapomene, co chtěl vlastně říct. Je dobré dbát na to, aby nebyla komunikace s nemocný ničím a nikým narušována.

- Hluk z okolí

Hluk z okolí mnohdy rozptyluje i zdravého člověka, natož nemocného s demencí. Zařadíme sem všechny vnější prvky mimo naši komunikaci, například zvonící telefon, rozhovory dalších osob, křik dětí z venkovního hřiště. Jedinec se nesoustředí, je zmatený a může být i podrážděný, protože okolní hluk mu může být nepříjemný. Navíc ho odvrací od soustředění se na to, co mu druhý říká. Bezmyšlenkovitě odkývá, co mu bylo sděleno, ale přitom neví co. [27]

[27] POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3271-8. s. 52-53.

4 ŽIVOT S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ A PÉČE O NĚJ

Ze zkušeností rodinných příslušníků, kteří se starali o své blízké trpící Alzheimerovu chorobou lze vypsat několik rad, které mohou pomoci dalším rodinám. Nejdůležitější je přijmout svého blízkého i s jeho nemocí. Je to stále ten stejný člověk, na kterého působí probíhající nemoc a ta ovlivňuje jeho chování. Je proto hodně důležité s člověkem jednat stejně, jako před vypuknutím nemoci. Nebrat si jeho výkyvy nálad osobně a nereagovat na ně podrážděně. Nemocný člověk neumí své stavy ovládat. Pro udržení soběstačnosti je dobré nechat nemocného člověka dělat věci tak, jak byl zvyklý, neupírat mu aktivity, které jsou mu blízké a jsou zahrnuty do stereotypu jeho života. Dokud se zvládá o sebe sám postarat a vykonávat věci, které ho baví a těší, je to nejlepší pro okolí i pro něj samotného. I přes to, že jeho chování je někdy nepřiměřené a pro okolní svět může vyznít dětinsky, pořád je důležité k nemocnému chovat úctu a podporovat jeho důstojnost. Pořád se jedná o dospělou osobu, která vnímá a cítí, jak je na něj pohlíženo. Postupně nemocný jedinec přestane zvládat jednoduché věci, což si uvědomuje a může být tak nevrlý a podrážděný na okolí. Konflikty jsou vyčerpávající a v tomto případě nikam nevedou. Z toho důvodu není dobré upozorňovat nemocného na jeho chyby a nedostatky, protože příčinou je nemoc. Své chyby si nemocný uvědomuje a nedělá je úmyslně, proto možným chybám je třeba předcházet. Aby se nemocný cítil i nadále užitečný, musí se udržovat jeho aktivita. Snadné úkoly, které ho zaměstnají, například vynést odpadkový koš. Je potřeba aby se nemocný člověk cílit stále užitečný. Pochvala za dobře složené prádlo, nebo utřený stůl mu dodá motivaci. Každopádně je důležitá komunikace, která se nesmí vytratit, ale s postupem onemocnění se může zhoršovat. Nesmí se zapomenut na podporu paměti a orientaci. V počátcích nemoci lze použít různé pomůcky k tomu, aby si nemocný lépe vzpomněl. Například nápisy na dveřích, o jakou místnost se jedná, nebo založení foto alba, kde si nemocný bude ukládat fotografie svých blízkých s popisky, aby si připomínal svoji rodinu a nezapomněl na ty, které tak často nevídá.[28]

[28] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám.* Dotisk 11. vydání. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2017. ISBN 978-80-86541-49-5. s.12-16

5 STÁTNÍ PODPORA – PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Jedná se o příspěvek, který lze čerpat na osobu, která je závislá na pomoci jiné osoby. Je nesoběstačná v určitých úkonech, a proto potřebuje pomoc, při zvládání základních životních potřebách.

Do základních životních potřeb, tak jak je definuje příloha č.1 vyhlášky 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, řadíme: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékaní a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

U osob starších 18 let věku je posuzování stupně závislosti následující:

- tři až čtyři nezvládané zakládaní životní potřeby = jde o I. stupeň závislosti
- pět až šest nezvládaných základních životních potřeb = jde o II. stupeň závislosti
- sedm až osm nezvládaných základních životních potřeb = jde o III. stupeň závislosti
- devět až deset nezvládaných základních životních potřeb = jde o IV. stupně závislosti

Příspěvek na péči lze čerpat u dospělých jedinců, tak i u dětí. Liší se pouze v postupu posuzování stupně závislosti. [29]

Výše příspěvku u osob starších 18 let za kalendářní měsíc činí:

- I. stupeň (lehká závislost) – 880 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) – 4400 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) – 8800 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) – 13200 Kč

Příspěvek na péči je nejčastější příspěvek, který je využíván u osob s Alzheimerovou chorobou, jelikož postupem času jsou tyto osoby závislé na pomoci druhých. Je ale možné

[29] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABZPEČENÍ. *Posuzování stupně závislosti* [online]. [cit. 2019-10-7]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/posuzovani-stupne-zavislosti

také požádat o dávky pro osoby se zdravotním postižením, kam patří příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, nebo průkaz se zdravotním postižením.[30]

5.1 ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

O příspěvek na péči lze zažádat na příslušném úřadu práce v místě trvalého bydliště žadatele. Požádat si může přímo osoba, která úkony nezvládá a žádá si tím o příspěvek na péči (na sebe), nebo může požádat zastupující osoba (zákonný zástupce nebo zmocněnec). Sepsaná žádost dál putuje na okresní správu sociálního zabezpečení, kde následně probíhá posouzení zdravotního stavu posuzované osoby příslušným lékařem pracující pro lékařskou posudkovou službu. Posudkový lékař je povinen prostudovat lékařské spisy, které lékařská služba na základně žádosti o příspěvek na péči vyžádá od posuzované osoby a od praktického lékaře posuzovaného. Posudkový lékař následně rozhodne, jaký stupeň závislosti posuzované osobě přizná a dá se na vědomí úřadu práce, kde byla žádost podána. Od přiznaného stupně závislosti se odvíjí finanční částka, kterou bude mít následně žadatel měsíčně vyplácenou. [31]

6 STACIONÁŘE

Pro seniory a hendikepované lidi, kteří se nedokážou o sebe dostatečně postarat jsou k dispozici stacionáře což jsou instituce, které poskytují denní nebo týdenní sociální službu lidem, kteří nejsou plně soběstační a jsou zdravotně omezení. Dostane se tak i ulehčení rodinám, kteří se o nemocné starají a dávají jim plnou péči. Takové služby jsou finančně hrazeny klientem, a proto se na ně využívá nejčastěji státní podpora, již zmíněný příspěvek na péči.

[30] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám.* Dotisk 11. vydání. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2017. ISBN 978-80-86541-49-5. s.28

[31] REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9. s. 80-84.

Výhoda těchto služeb spočívá v tom, že dochází k sociálnímu kontaktu mezi osobami, které jsou v přibližně stejném věku a prochází stejným či podobným onemocněním či postižením. Komunikace je důležitým bodem a při Alzheimerově chorobě je to motivujícím faktorem, kdy sociální vztahy zlepšují nemocným lidem náladu, protože jsou ve společnosti a mezi lidmi, co si rozumí. Mnohdy nemocný člověk může sociální kontakt postrádat a bez něj tak upadnout do deprese.

Lidé působící ve stacionářích pečují o svěřené osoby po celou dobu pobytu. Pomáhají s běžnými úkony spojené s denním životem (hygiena, strava), mimo to se konají různé aktivity, jako jsou tréninky mozku, paměti a další zájmové aktivity podporující seniory trpící Alzheimerovou chorobou fungovat v běžném životě co nejlépe a rozvíjet jejich možnosti [32]

6.1 TERAPIE SPOJENÉ SE VZDĚLÁVÁNÍM A ULEHČENÍM PRÁCE S LIDMI TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU I JINÝM TYPEM DEMENCE

Péče o lidi trpící demencí je náročná, a to od útlého začátku po samotný konec. Je těžké přihlížet, jak nemoc ničí život blízkému člověku. Jak tělo i mysl fyzicky zdatného a chytrého člověka plného energie chřadne a stává se z něj schránka bez vlastního já. Dojde k okamžiku, kdy jedinec musí být přemístěn do domova se zvláštním režimem a nemůže pobývat nadále v domácím prostředí, protože na to síly a energie rodinného pečovatele prostě nestačí. Než k takové situaci dojde, není na škodu vyzkoušet některé z terapií, které můžou usnadnit a zlepšit život ošetřujícím osobám, ale především postiženým s demencí. Tyto metody mohou být vykonávány jak rodinnými příslušníky, tak i odbornými pečovateli. V odborné zařízení by se měl postup nejprve prokonzultovat s rodinnými příslušníky a domluvit se na společné spolupráci.

[32] DC90. *Poslání denního stacionáře* [online]. © 2019 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.dc90.cz/nase-sluzby/denni-stacionar/poslani-denniho-stacionare

Existuje několik metod, které jsou zaměřené na činnost s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou, které podporují pozitivní a duševní cítění. Nejčastější terapie autorka práce popíše, aby bylo zřejmé, co jaká terapie obnáší a k čemu je užitečná.

6.1.1 VIDEOTRÉNING

Jde o takzvané pozorování nemocného člověka, jehož aktivity jsou zachycovány na kameru a tím se dokumentuje průběh jeho činností a vyjadřování. Je to studie pro ošetřující osoby, kdy zpětně zkoumá a prohlubuje své znalosti ohledně reakcích nemocného člověka. Pečovatel obtížně zaznamená během denní péče o klienta, jak na co během dne reagoval, jaká byla jeho mimika a gesta. Při dlouhodobém zaznamenávání denních aktivit u nemocného člověka lze postupem času vyhodnotit klady a zápory, které se při péči vyskytují a může to posunout pečovatele o krok dál, kdy se po případě může poučit z vlastních chyb, nebo naopak utvrdit se v tom, že péči vykonává kvalitně. Videozáznam může pečovatel zkonzultovat i s dalšími pečovateli, nebo rodinnými příslušníky a poradit se u určitých situací, jak mají reagovat a co si o tom druhý myslí. Rozhodně tato terapie prohlubuje vztah mezi pečovatelem a osobou postiženou demencí, jelikož pečující osoba se mnohdy nedokáže vcítit do toho nemocného jedince a díky videu si lze uvědomit spoustu věcí, které jsou v reálném životě přehlíženy.[33]

6.1.2 REALITNÍ ORIENTACE

Dá se říct, že metoda je zavedená v denních stacionářích po celý den, kdy klient pobývá v zařízení. Terapie spočívá v tréningu krátkodobé paměti, kdy je klientovi připomínáno, jak se jmenuje, kolik mu je let a jaký je aktuální datum. Pečovatel se snaží, aby to pacient po něm zopakoval. Ptá se ho během dne na jeho jméno a na to jaký je rovna měsíc. Podporuje tak klienta, aby udržoval v mysli věci týkající se jeho osoby, což je

[33] VACULOVÁ, M. *Dvanáct podpůrných terapií u Alzheimerovi choroby* [online]. ©6.10.2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/dvanact-podpurnych-terapii-u-alzheimerovy-choroby/

jméno, věk a odkud je. Zároveň mu je pomáháno, aby se stále orientoval v čase a prostoru. Pečující s klientem hovoří a probírá jednoduchou problematiku. Nutí tak klienta neustále přemýšlet a vyjadřovat se. Nejde o složité úkony, může se jednat o poznávání barev či popis obrázku. Čím detailnější popis, tím lépe. Tato terapie lze provádět u lidí v raném stádiu demence nikoliv u lidí v pozdní stádiu. Jde o udržení a stabilizování ještě funkčních schopností nemocného a prodlužovat tento stav tím, že bude s postiženým opakováno a utužováno v jeho vědomí.[34]

6.1.3 REMINISCENČNÍ METODA

Metoda, která spočívá ve vybavování vzpomínek díky předmětům nebo místu, které v člověku vzbudí staré vzpomínky. Dlouhodobá paměť odchází jak poslední. Člověk s demencí i v pokročilém stádiu demence je schopen vyvolat v mysli vzpomínku z dětství, pokud k tomu má nějaký předmět nebo se octne na místě, které zná a připomene mu jistou událost z mládí. Tato metoda spočívá ve vyhledávání vhodné komunikace s nemocným člověkem na základě vhodného prostředí, které podpoří komunikaci a kladný přístup nemocného k pečujícímu. Nejde o způsob trénování paměti. Principem terapie je obklopit nemocného člověka pro něj příjemným prostředím, blízkými lidmi, kterým důvěřuje, aby se cítil dobře a v bezpečí. Sociální pracovník pomáhá nemocnému člověku s vybavením si dávných vzpomínek a zážitků, které přivedou klienta na myšlenky, kdy byl zdravý, plný sil a vitality, úspěšný a šťastný. Události, které v klientovi zanechaly hluboký pocit emoce, jako je například narození dítěte, či svatba. Pokud je možné přivést klienta na místa, která zná a v minulosti často navštěvoval, je vhodné tuto metodu vyzkoušet a přesvědčit se o kladné reakci.

Dobrým pomocníkem jsou fotografie, které mohou být s nemocným člověkem prohlíženy a následně se ho může pečovatel ptát kdo se nachází na dané fotografii a kde to bylo vyfocené. Klienti pátrají v paměti minulosti a snaží se dát dohromady informace,

[34] VACULOVÁ, M. *Dvanáct podpůrných terapií u Alzheimerovi choroby* [online]. ©6.10.2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/dvanact-podpurnych-terapii-u-alzheimerovy-choroby/

které již proběhly a mají uchované v dlouhodobé paměti. Snaha uspořádat si myšlenky chronologicky za sebou jde u nemocného člověka mnohdy obtížně a může se stát, že bude vyprávět svůj příběh zkresleně. To ale není důvod ho opravovat a vyvracet mu jeho pravdu. Zkrátka ho pečovatel nechá hovořit a po případě se ho zeptá, zda to nebylo jinak a snaží se pacienta samotného přivést ke správné verzi. Dementní člověk může mít své vzpomínky uchované v hlavě, ale zpřeházeně. Mimo fotografie je vhodný způsob hudba nebo vůně. I tyto aspekty jsou dost silné, aby se člověku vryly do paměti a zanechali mu příjemné vzpomínky. Vůně, kterou používala manželka nemocného, může v pacientovi vyvolat silné vzpomínky plné emocí. Hudba, kterou pacient měl moc ráda a nyní ji uslyší, může vyvolat v pacientovi dobrou náladu, která se odrazí na jeho projevech. Při komunikaci je vhodné se vyhýbat vzpomínkám, které přináší smutek a neklid. Například válka, nebo smrt rodičů. I když jsou to vzpomínky, které patří do reálného života, nemocnému by nemuseli udělat dobře a mohly by zhoršit jeho psychický stav. Vzpomínky jsou pokladem každého z nás. Nikdo nám je nesebere, až na zákeřnou nemoc v poslední fázi, kdy nemocný skoro neví, kdo je on sám.[35]

6.1.4 ZOOTERAPIE

I staří lidé touží po fyzickém kontaktu s lidmi, kterého se jim mnohdy nedostává. Každý člověk je rád, když se na něj ten druhý usměje a podá mu ruku, nebo ho přátelsky obejme. Vše je jen o lidech a někdy se může stát, že zkrátka senior může zůstat sám a strádá po fyzickém kontaktu. Na takový problém se nabízí zooterapie. Nespočívá sice v trénování paměti a rozvíjení mysli, ale pomáhá v psychickému stavu nemocného člověka. Zvíře je antistresovým prostředkem. Každé zvířátko je rádo, když mu někdo věnuje pozornost dotekem a je vděčné za každou vteřinu projevené lásky. Na seniory zvířecí kamarádi působí pozitivně. Především psy, nebo kočky, které jsou přítulné a umí dát najevo svou lásku a ochotu se mazlit. Některým lidem můžou staří lidé připadat odpudiví, stáří není nic hezkého na pohled, scvrklá kůže, stařecký zápach. To je ono, co

[35] VACULOVÁ, M. *Dvanáct podpůrných terapií u Alzheimerovi choroby* [online]. ©6.10.2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/dvanact-podpurnych-terapii-u-alzheimerovy-choroby/

lidi odvrací a někdy se právě proto vyhýbají kontaktu se seniory. Zvířata takový pohled nemají. Neřeší, zda jim člověk voní nebo nevoní, jsou rády za pohlazení a fyzický kontakt, stejně tak jako starý nemocný člověk, který pouze touží, aby ho měl někdo rád a chytil ho, byť jen za ruku. Tato metoda mimo jiné napomáhá ke komunikaci. Člověk trpící demencí může být uzavřený sám do sebe, a proto má třeba problém s komunikací, kterou odmítá se svým ošetřovatelem. Při takové situaci může pomoct právě zooterapie. Většinou osoba, která odmítá komunikovat s druhou osobou je v kladném vztahu ke zvířeti. Při kontaktu dementního seniora se zvířetem se mohou uvolnit známky napětí a stresových podmětů. Nemocný senior na zvíře reaguje kladně, povídá si sním a hladí ho. V takové fázi uvolnění lze navázat kontakt pečujícího s nemocným. Při dobré práci se nemocný odblokuje a začne komunikovat i s okolím. Je to tedy způsob, jak navázat úspěšnou komunikaci a následně vztah s problémovým klientem.

Mezi další terapie lze zahrnout taneční terapii, muzikoterapii, arteterapie (rehabilituje se jemná motorika a paměť), psychodrama, rezoluční terapie (co nemocný řekne teď se bere jako aktuální fakt, a je pro nemocného realitou, nemá cenu mu něco vyvracet i když to zrovna nedává smysl). [36]

7 ROLE OŠETŘOVATELE

Pečovatelem může být rodinný příslušník, nebo sociální pracovník z instituce, ve které je nemocnému poskytována veškerá sociální péče. Pečující osoba nemá zdaleka jednoduché poslání, protože starat se o člověka postiženého Alzheimerovu chorobou už samo osobě zní složitě. Rodinný pečující přebírá veškerou odpovědnost a staví se do role, kdy další obtíže spojené s chorobou bude řešit on. Soukromý život se náhle přesune na druhou kolej, protože péče o dementního člověka postupně zabere veškerý soukromý život rodinného pečovatele, pokud se o péči nepodělí s dalšími rodinnými příslušníky. Péče se s postupem demence zvyšuje a začíná být frustrující. Mnohdy na pečovatele

[36] VACULOVÁ, M. *Dvanáct podpůrných terapií u Alzheimerovi choroby* [online]. ©6.10.2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/dvanact-podpurnych-terapii-u-alzheimerovy-choroby/

padne deprese spojená s péčí o svého blízkého a začíná si dávat za vinu jeho stav, že péči nezvládá tak kvalitně jak by si představoval. Při takových případech je dobré vyhledat odbornou pomoc psychologa, protože není dobré být na takové problémy a pocity sám. Neprospělo by to pečující osobě ani nemocnému s demencí. Docházelo by tak k nevyrovnanému psychickému stavu. Dementní člověk žije ve svém světě a někdy může být svými opakujícími se otázkami obtěžující. Pečovatel může jednoduše vybouchnout a neudržet svůj hněv vůči nemocnému. Sice každý ví, že postižený člověk nedělá věci úmyslně a nechce nikoho rozhněvat, ale při každodenní péči mohou vyvolat v pečujícím hněv a vztek. Pokud si s pocity pečovatel nedokáže poradit, je důležité, aby se o tom poradil s ostatními členy rodiny a případně vyhledal odbornou pomoc. Volba psychologa není nic, za co by se měl pečující stydět. Je to ideální varianta, při které si může o svých pocitech pohovořit s odborníkem, nikoli s laikem. Oborník může poradit, jak se se situací vyrovnat a může navrhnut varianty dalšího postupu. Pokud pečovatel cítí, že nezvládá opatování svého blízkého a je na něj zbytečně podrážděný, je důležité zvážit, zda by nebylo lepší svého blízkého přemístit do odborného zařízení, kde na takové věci jsou vybaveni a umí takové situace řešit. Nemocný člověk vnímá reakce svého blízkého a trápí ho, když je na něj nevrlý, protože nechápe, proč a co dělá špatně.[37]

7.1 VZDĚLÁVÁNÍ RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH

Vzdělávání jako takové, je bráno jako proces osvojování a získávání nových vědomostí a návyků. Je to cílevědomá činnost vedená k naučení jedince něčemu novému.[38] A proto kvalitní péče si žádá i kvalitní a správné zkušenosti. Pokud se náhle vyskytne situace, že je potřeba se postarat o člověka s Alzheimerovou chorobou, je určitě důležité načerpat spoustu informací. Jelikož vše je jednou poprvé a taková věc se nestává denně, je potřeba situaci prokonzultovat především s odborníkem. Lékař může sdělit

[37] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám.* Dotisk 11. vydání. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2017. ISBN 978-80-86541-49-5. s.23-25

[38] KOHOUT, K. *Základy obecné pedagogiky.* 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-7452-009-9. s.23

pečovateli aktuální průběh nemoci a budoucí postup léčby. Neporadí mu s denním životem a péčí o takto nemocného člověka, jelikož u každého jedince je projev nemoci individuální a jinak intenzivní. Dobrým pomocníkem pro pečující osoby jsou kurzy, které zprostředkovává **Česká alzheimerovská společnost**, přímo pro rodinné pečující, které lze nalézt na jejich webových stránkách. Cílem těchto kurzů je připravit rodinné pečující na život s člověkem trpící Alzheimerovu chorobou, jak o něj pečovat v každodenním životě, jak s ním komunikovat a všechny potřebné metody, které usnadní život v domácím prostředí nejen pečujícímu, ale i nemocnému. Další velkou pomůckou jsou příručky a knihy, kterých je v dnešní době opravdu mnoho. Odborníci tam sdělují své poznatky a především rady, jak má pečující osoba postupovat při péči o nemocného a také jak má pečovat sama o sebe. Protože péče o dementního člověka je obrovská psychická zátěž na blízkého ošetřovatele, je důležité, aby se i ti, co se starají odreagovali a dbali na své psychické zdraví.

7.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

V institucích s odbornou péčí působí sociální pracovníci, kteří mají poslání spočívající v pomoci lidem, kteří jsou nemohoucí a vyžadují pomoc druhé osoby. Není každý určený pro vykonávání takového druhu zaměstnání. Sociální práce obnáší mnoho vytrvalosti, spravedlnosti, trpělivosti a empatie. V tomto případě se sociální pracovník řídí pokyny, které jsou uvedeny v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky. Kodex obnáší obecná pravidla, jak by se měl sociální pracovník chovat, jaké má mít dispozice v profesím životě, etické zásady a vztah ke klientům, kolegům a zaměstnavateli. V etickém kodexu je také uvedeno, jaký by měl mít sociální pracovník vztah ke svému povolání a odbornosti. Každý z pracovníků je zodpovědný za své celoživotní vzdělávání a doplňování si informací, aby udržel své dosavadní vzdělání a stále jej rozšiřoval. Sociální pracovník provádí svou práci zodpovědně s dostatečný vzděláním, využívá odborných metod a postupů, předává své zkušenosti kolegům a přijímá zkušenosti od ostatních a zkušenějších. Etický kodex byl schválen dne 19.5.2006

plénem Společnosti sociálních pracovníků a účinnosti nabyl dne 20. 5. 2006.[39] Celý Etický kodex sociálních pracovníků je možné najít pod uvedeným odkazem pod čarou.

8 CVIČENÍ SE SENIORY PODLE MONTESSORI

Maria Montessori je italská lékařka, která uvádí různé taktiky, jak je možné použít pedagogiku v gerontagogice a vzdělávat tak lidi v postproduktivním věku. Tento způsob vzdělávání rozdělila do sedmi oblastí. Patří do nich náboženství, činnosti a cvičení všedního dne, smyslová oblast, řeč, matematika, kosmická výchova a hudba. Každá tématika může zaujmout jiný okruh lidí.

Náboženství je intimní záležitostí, ale pro mnoho lidí zásadní a nejdůležitější součástí jejich života. Pokud se uspořádá kroužek na toto téma a budou se rozebírat náboženská témata, u mnoha seniorů to může vzbudit zájem a pocit spokojenosti, jelikož je víra duševně naplňuje a mezi sebou navzájem spojuje.

Úkony a cvičení všedního dne napomáhají k zachování samostatnosti a zachování sebedůvěry a sebevědomí. Nutí seniory přijímat úkoly a brát na sebe určitou zodpovědnost. Napomáhá k pozitivnímu myšlení a postoji na život. Uchovává nezávislost na pečujícím a zachovává člověku schopnost se pohybovat.

Smyslová oblast podporuje smyslovou soustavu člověka. Nabízí se práce s barvami, různým druhy květin, které mají svou specifickou vůni, nebo s různými druhy ovoce. Cílem práce v této oblasti je povzbudit u seniorů vzpomínky pomocí čichu. Vyvolat vzpomínku může známý předmět, známá vůně, pestré barvy. Vzpomínky uloženy v dlouhodobé paměti u lidí trpící demencí mohou být vyvolány právě pomocí smyslů. Vzpomínky vyvolané smyslovými vjemy trénují paměť. V mozku je uloženo spoustu vjemů, prožitků, vzpomínek a emocí, které se pomocí smyslů dají efektivně vyvolat.

[39] ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA. [online]. [cit.2019-12-19]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

Prostřednictvím smyslové oblasti si senioři rozvíjejí smyslové orgány, trénují paměť a soustředěnost, vytrvalost, podporují zručnost a jemnou motoriku.

Řeč je závislá na každodenních kontaktech a předchozích zkušenostech. Pečovatel by si měl dát pozor na tempo řeči a hlasitost, případně přizpůsobit potřebám posluchače. Řeč je důležitou součástí denního života, kontakt s lidmi působí na lidskou psychiku, proto je důležité věnovat čas i seniorům, kteří jsou například umístěni v domovech pro seniory. Kontakt se spolubydlícími, rodinou a okolím udržuje schopnost začlenit se do společenského života. Řeč podporuje kognitivní schopnosti a trénuje paměť. Člověk si uvědomuje sám sebe, a to úzce souvisí s možnostmi slovního vyjadřování.

Mnoha seniorů ztrácí přehled o penězích. Při přesunu z domova do domova pro seniory mají senioři veškerou péči a nemusí se zabývat financemi. Na druhou stranu je to škoda, protože ztrácí pojem o hodnotě peněz a schopnost počítat. Mnoho seniorů si tak může připadat, že jsou zbyteční a neschopní. Proč jim nedat možnost se zapojit do finančních záležitostí a senioři, co jsou schopni pohybu mohou jít na malý nákup, nebo pomoct propočítat, kolik peněz bude potřeba zhruba na nákup ingrediencí na přípravu moučníku a podobně. Cílem práce s penězi a aktivitami, kde je potřeba použít matematické schopnosti trénují senioři kognitivní funkce, trénují svou paměť a podporuje se jejich sebedůvěra a sebevědomí.

Výchova o vesmíru s sebou přináší mnoho zajímavých informací a nových informací. Právě starší lidé mají často zájem o takovou tématiku a chtějí se dozvědět více, po případě se zapojit do diskuse a sdělit své vědomosti. Při výchově o vesmíru či jiných přírodovědných, nebo zeměpisných aktivitách by neměly chybět rekvizity a různé pomůcky, které napomůžou přiblížit posluchačům probíranou tématiku. Cílem této aktivity je především tréning paměti a rozšiřování vědomostí a poznatků. Podpoření kognitivních schopností a povzbuzení k výměně zkušeností a vlastního názoru. Podpora k motivaci prozkoumávání a poznávání nesmí být opomenuta.

Hudba je skvělým pomocníkem při práci se seniory. Správně zvolený žánr dokáže seniory namotivovat k dobré náladě a komunikaci. Hudbu lze brát jako léčbu, relaxaci a uvolnění. Hudba u někoho může vyvolat vzpomínky na mládí. Pokud se v domově pro seniory pustí ve společenské místnosti například dechovka, mnoha seniorů si začne

pobrukovat, dokonce to navodí u nich dobrou náladu, protože jim připomene časy, kdy byli mladí. Hudba může vést k vypravování si vzpomínek a historek. Je dobrým pomocníkem k navozování komunikace a k pohybu těla. Cílem této techniky je povzbudit v seniorech dobrou náladu a radost ze života. Podpora fantazie a kreativity, navazovat společenské vztahy, společná debata o hudbě či zpěvácích. Při hudbě lze cvičit i koordinaci při tanečních a pohybových akcích.[40]

Při práci s klienty trpící demencí je důležité vhodně zvolit způsob tréningu a správné rekvizity při práci. Jedním z nich může být televize a práce s médiem. Výběr filmů, kazet, či desek musí být obzvlášť pečlivý. Filmy například ze šedesátých let, kde hrají herci, kteří jsou známí z mladých let pacientů, může opět způsobit vyvolání vzpomínek. Melodie, známé tváře, známé věty, které pacienta provázely za dob jeho mládí se vynoří, čímž dochází u klienta s demencí k práci s pamětí. Senioři trpící demencí nemají téměř žádný vztah k realitě, proto musí být člověk opatrný, při prezentování současných médií. Mnoho nových informací, které se aktuálně dějí ve světě mohou pacienta s demencí uvést do neklidu a rozrušit ho. Lidé s demencí přijímají a berou to co se právě děje tady a teď. Mozek dokáže pouze v malém množství vjemy filtrovat a zpracovat. S televizními médii je potřeba zacházet velice opatrně a pacienta navodit spíš do atmosféry z jeho mladých let. Je ale potřeba dát si pozor na válečné filmy nebo filmy s agresivní tématikou, které mohou vyvolat v pacientovi vzpomínky z války a rozrušit ho.[41]

[40] WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0. s. 28-36.

[41] Tamtéž, s. 58

9 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Senioři jsou bráni jako starší lidé, kteří získali za svůj život spoustu zkušeností a mohou dávat mladším generacím rady do života. Senioři by měli zaujmout v lidském společenství místo vážených lidí, ke kterým by měla být projevena úcta.

Přibývajícím věkem nastávají i různé zdravotní komplikace, které omezují život seniora. Zdravý životní styl a správná životospráva pomůže prodloužit kvalitní život člověka o několik procent, ale není to však zázračná metoda, kterou by se dalo předejít závažným onemocněním a následně se jim tak vyhnout.

Jelikož dlouhodobým používáním se věci opotřebují, není divu, že i zrak sluch i pohybové schopnosti chátrají a s přibývajícím věkem ztrácí svou plnou funkčnost. Stárnutí je celoživotní proces, který se děje od narození dítěte až po samotné stáří. Jedinec se postupně vyvíjí, zdokonaluje své schopnosti a ke konci klesá jeho výkonnost a chabne. U každého člověka stárnutí probíhá zcela individuálně a nelze určit, jak bude stárnutí probíhat. Vše ovlivňuje dědičnost, vedlejší příčiny, jedinečnost. Věda, která se zabývá procesem stárnutí se nazývá gerontologie.

Stáří jako takové dělíme do tří etap. Období ranného stáří je 60 až 75 let. Období vlastního stáří je 75 až 89 let a pak už nastává pouze dlouhověkost, která je měřena od 90 let. Příchod stáří s sebou přináší zhoršení smyslového vnímání, kterým je zrak a sluch. Ve stáří často dochází k poklesu inteligence člověka a pomalejšímu chápání. Dochází ke zpomalení paměťových procesů. Na zpracování informace a následné reakce potřebuje starší člověk více času než dříve.[42]

Senioři jako takoví se dají rozdělit na stárnoucí seniory a aktivní seniory. Stárnoucí senioři se podvolí svému věku a jejich zdravotní stav se opravdu bude zhoršovat s rostoucím věkem. Není snadné být seniorem a čelit takovému fyzickému i psychickému omezení, ale chce to něco také pro to udělat, aby opak byl pravdou.

---

[42] AKTIVITY PRO ZDRAVÍ. *Civilizační, psychologické a jiné nemoci: Stáří, senilita a demence – změny zdravotního stav.* [online]. ©2013 [cit. 2019-11.01]. Dostupné z: http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/civilizacni-psychologicke-a-jine-nemoci/stari-senilita-a-demence-zmeny-zdravotniho-stavu

Aktivní senioři se nebojí jít dál, a i přes svůj pokročilý věk poznávají nové věci, učí se a pracují. Každého naplňuje něco jiného. Někdo rád pomáhá slabším, než je on sám, někdo rád maluje a snaží si splnit své sny, co během života nestihl, někdo chce prostě jen tak cestovat a poznávat nová místa a někdo se chce vzdělávat, protože získávání nových vědomostí je pro něj koníček a není toho nikdy dost. Pro aktivní seniory existuje celá řada kurzů a seminářů které je mají vést k sebevzdělávání a rozvíjení jejich osobnosti i v pokročilém věku.

10 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ

Gerontagogika je vědní disciplína zabývající se vzdělávání seniorů. Disciplína úzce souvisí s andragogikou, která je zaměřena na vzdělávání dospělých lidí. Gerontagogiku lze zařadit do humanitních, společenských a reálných věd. Cílovou skupinou gerontagogiky v užším pojetí jsou senioři, kteří se chtějí zapojit do vzdělávacího procesu a získat od života víc, než doposud získali. Cílové skupiny lze roztřídit do tří kategorií, a to na seniorskou edukaci, preseniorskou edukaci a proseniorskou edukaci.

Seniorská edukace je zaměřena na seniory v postproduktivním věku. Cílem je smysluplné využití volného času ve stáří a vedení k aktivnímu životu. Pomáhá a umožňuje k naplnění potřeb seniora.

Proseniorská edukace je zaměřena na přípravu člověka na stáří, jako na běžnou část lidského života. Tato edukace by měla začít pět let před dosažením důchodového věku, aby jedinec měl čas na přípravu na stáří. Cílem je připravit nastávající seniory na změny v životě, které je čekají z biologické i psychické stránky. Na změnu životního stylu a další opatření, která jsou nutná k udržení dobré kondice ve stáří.

Preseniorská edukace udává pohled na stárnutí jako na přirozený proces, který je nezbytnou součástí stáří. Cílovou skupinou jsou různé generační skupiny. Preseniorská edukace je zaměřena na rodiny a společnost seniorů.

Z pohledu andragogiky gerontagogika zahrnuje kulturně osvětovou edukaci, která zahrnuje veškeré záliby a koníčky seniorů od kulturních po sportovní aktivity.

Jde tedy o zájmové vzdělávání seniorů. Sociálně zaměřené edukační programy pro seniory jsou orientovány na pomoc seniorů a jejich rodinám a okolí. Spadají sem i aktivity určené pro dobrovolníky i profesionály v sociálních službách. Naopak profesní edukační aktivity jsou zaměřeny nejen na seniory ale i na zaměstnavatele. Aktivity na rozvoj profesního života seniorů, jejich rekvalifikace a uplatnění v zaměstnání.[43]

Na vzdělávání v postproduktivním věku lze pohlížet také jako na celoživotní vzdělávání. Člověk se začíná vzdělávat od narození po celý život až po samotné stáří. Cílem je vytvořit takové podmínky, aby k celoživotnímu vzdělávání a učení měli přístup všichni a aby byla uspokojena potřeba vzdělávání se. Dlouhou dobu byl však zájem seniorů o vzdělávání ignorován. V 60. letech 20. století se ale naskytla nová cílová skupina pro vzdělávání, která vyplynula ze zkoumání starých lidí tedy z gerontologie. Cílovou skupinou byli lidé v postproduktivním věku, kteří se připravovali na přicházející stáří a vše s ním spojené. [44]

Na základě výzkumných teorií je potvrzeno, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku napomáhají k lepšímu sebehodnocení a pocitu důstojnosti, což vede k životnímu uspokojení. Ve starším věku se vzdělání stává důležitou podmínkou k pochopení života ve stále se měnícím životním prostředí. Funkce vzdělávání v postproduktivním věku mohou být preventivní, kdy při včasné přípravě lze ovlivnit průběh stárnutí. Rehabilitační funkce přispívá k udržování duševní i fyzické zdatnosti spojené s přípravou na budoucí existenci jedince. Anticipační funkce podporuje k přípravě na změny v životním stylu, ke kterým může docházet, když jedinec dosáhne důchodového věku. K rozvoji zájmů, aktivit a potřeb přispívá posilovací funkce, která by se dle působení dala charakterizovat jako stimulační nebo kultivační funkce.

Pro lidi v postproduktivním věku může další vzdělávání hrát i jinou roli než vzdělávací. Pro mnohé může jít o rozptýlení, začlenění se do společnosti, nebo užitečné naložení s volným časem. Pro takové se nabízí rozmanité vzdělávací formy různého

[43] BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika: Vybrané kapitoly.* 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. 2014. ISBN 978-80-7458-039-6. s. 11-16

[44] MÜHLPACHR, P. *Gerontopenagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2. s. 132

charakteru, jako například lidové univerzity. Zde se starší člověk zúčastní vzdělávacích programů společně s mladými studenty, což vede k vzájemnému působení dvou generačních vrstev. Starší lidé získávají názory mladých lidí a naopak. Další známou metodou vzdělávání v postproduktivním věku jsou Kluby aktivního stáří a Univerzity třetího věku. Obě formy studia jsou si hodně podobné. Kluby aktivního stáří preferují rozvíjení osobních zájmů seniorů a uspokojení potřeb vzájemného kontaktu oproti Univerzitám třetího věku, které jsou náročnější na vzdělávání a umožňují tak seniorům vzdělávat se na vysokoškolské úrovni v různých oborech.[45]

11 TRÉNING MOZKU PODLE RJÚTA KAWAŠIMA

Pro udržení fyzického zdravý musí člověk jednak pravidelně cvičit, zdravě se stravovat a dobře spát. Podobně je tomu i u mozku. Pokud chceme udržet mozek zdraví, je potřebo ho cvičit, dobře jíst a mít kvalitní spánek. Rjúta Kawašima ve své knize *„Tréning mozku – Zlepšení za 60 dnů“* uvádí různé druhy cviků, které vyvinul ve své laboratoři. Cviky aktivují největší oblast mozku. Zvyšují přísun kyslíku, krve a nejrůznějších aminokyselin do prefrontálního kortexu, tedy přední části mozkové kůry. Důsledkem je pak více nervových spojení což znamená zdravý mozek.[46]

Rjúta Kawašima při svém výzkumu zjistil, že jednoduché výpočty zapojují mozek daleko více než jiné aktivity. Pokud jsou jednoduché početní příklady řešeny rychle, pracuje větší část mozku v obou hemisférách, než kdyby byly příklady řešeny pomalu. Naopak při řešení složitějších pečetních příkladů je zapojena pouze část prefrontálního kortexu a pravá hemisféra zůstává nečinná. Pokud chceme zapojit mozek v co nevíce oblastech i při čtení, je efektivní číst nahlas a rychle. Při sledování televize je například aktivní pouze týlní lalok, který zpracovává vizuální podněty a temporální (spánkový) lalok, který ovládá, co slyšíme.

[45] MÜHLPACHR, P. *Gerontopenagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2. s.139

[46] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 9

Na základě experimentu, který Kawašima prováděl na pacientech trpící Alzheimerovou chorobou, přišel na zajímavé zjištění. Každý den dal za úkol pacientům deset minut psát a nahlas číst a deset minut počítat příklady. To se opakovalo během dvou až pěti dní v týdnu. U pacientů s Alzheimerovu chudobou, kteří se cvičení neúčastnili, se stav kognitivních funkcí viditelně zhoršoval. Naopak u pacientů, kteří se cvičení účastnili ke zhoršení kognitivních funkcí nedocházelo, dokonce se i zlepšilo fungování jejich prefrontálního kortexu. [47]

Při cviku s početními příklady je důležité rychlé počítání, při kterém se zapojí větší část mozku. Tréning musí být opakován. Jedinec si zapisuje čas, který potřeboval k vyčítání příkladů a kolik výpočtů bylo bezchybně provedeno. Po určité době je převážně zaznamenáno zlepšení v podobě zrychlení a bezchybného provedení výpočtů.

Další cvičení je založené na čtení názvů barev, které jsou napsané úmyslně jinou barvou. Tímto se testuje, jak je mozek bystrý a jak pohotově dokáže zareagovat na klam, který se ve cvičení nachází.

Cvičení s názvem pamatování slov spočívá v zapamatování si nevíce slov, která jsou uvedena v rámečku. Na zapamatování jednoduchých slov je stanoven limit 2 minuty, poté se odloží tabulka se slovy a člověk se snaží vyjmenovat či napsat všechna slova, co si zapamatoval.

Proto aby bylo trénování mozku efektivní, je důležité u průběžného cvičení vytrvat a nevzdávat to pár lekcích. Pokrok se dostaví po určitém čase. Mozek je nejvíce odpočatý ráno, proto je velice efektivní s tréningem začínat v ranních hodinách po snídani, než odpoledne nebo večer. Na začátku testování bude pokrok celkem viditelní a výsledky budu pozitivní. Po určitém čase se výsledky většinu zastaví na určitém bodě a zlepšování není viditelné, to ale neznamená, že se k němu nelze dopracovat. Pokud je poctivě trénováno a cviky pro tréning mozku jsou prováděny dál, mozek posune svou hranici,

[47] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 10-12

kdy se budou výsledky opět viditelně zlepšovat. Vždy když nastane moment, že se žádné zlepšení neděje, mozek se pouze připravuje na další velký pokrok.[48]

[48] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 13-16.

PRAKTICKÁ ČÁST

12 ROZHOVOR

Rozhovor je často užívanou formou výzkumu, díky které se tazatel snaží získat odpověď na kladenou otázku. Prostřednictvím rozhovoru jsou získávány informace, s nimiž tazatel dál pracuje. Než samotný rozhovor proběhne, je důležité, aby si výzkumník stanovil cílovou skupinu respondentů, které bude otázky klást. V druhé řadě je potřeba stanovit si, jaký typ rozhovoru bude tazatel vést. Při strukturovaném rozhovoru je zapotřebí, aby si tazatel stanovit přesný seznam otázek, které bude klást svým respondentům. Téma při strukturovaném rozhovoru určuje sám tazatel. Nejčastěji používanou technikou je polostrukturovaný rozhovor, který má také předem stanovené otázky, ale není striktně daný, a proto má respondent širší možnost k zodpovězení otázek. Pokud chce mít tázající osoba kvalitativní výzkum, používá zcela volný, nestrukturovaný rozhovor, při kterém tazatel pouze sdělí téma, na které chce získat odpověď a nechá respondenta volně vyprávět.

Otázky by měly být srozumitelné, aby respondent jasně věděl, na co se ho tazatel ptá. Neměly by obsahovat prvky, které by zasahovaly do intimního života a byly tak respondentovi nepříjemné. Pokud není otázka dost srozumitelná a není respondentovi jasné, na co se tazatel ptá, je potřeba otázku zformulovat jinak, ale nesmí ztratit podstatný cíl dotazování.

Prostřednictvím rozhovoru tazatel vstupuje do přímého kontaktu s respondenty, což má své výhody. Dojde k osobnímu sblížení, při dotazování je možné položit doplňující otázku a vést rozhovor správným směrem. Důležitou roly hraje také mimika a emoce, které při rozhovoru probíhají. Mezi nevýhody rozhovoru patří například časová náročnost při uskutečnění. Je lepší pracovat s jedním či menší skupinou respondentů. Kvantitativní výzkum formou rozhovoru není zcela možný. Přepis odpovědí je časově náročný, proto je vhodné, když má s sebou tazatel vlastního písaře, který odpovědi rovnou zapisuje a tazatel má tak čas, věnovat se přímo respondentovi. Druhou možností je nahrávání rozhovoru na záznamník, což ulehčí tazateli práci se zapisováním. Otázky jsou zaznamenané a výzkumník si tak může zodpovězené otázky v klidu přepsat a případně se k nim vracet. S tím souvisí především souhlas respondentů s nahráváním rozhovoru pro

jeho následné použití. Nahrávání naopak může vyvolat nervozitu u respondentů a ovlivnit tak celý průběh probíhajícího rozhovoru.[49]

Výzkum užitý v této bakalářské práci je typu polouzavřeného rozhovoru. Respondentům jsou kladeny otázky, na které souvisle odpovídají. Při rozhovoru jsou kladeny i doplňující otázky, které rozšíří probírané téma.

12.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je motivace oslovených respondentů?
2. Máte možnost dalšího vzdělávání v oblasti Alzheimerovy choroby?
3. Jaké faktory ovlivňují rozhodnutí, zda je vhodnější domácí či odborná péče?
4. Jaké lze uplatnit vzdělávací metody u seniorů trpící Alzheimerovou chorobou?

13 ROZHOVORY S RESPONDENTY

Byl zvolen výzkum na základě polouzavřeného rozhovoru s vybranými respondenty, jelikož rozhovorem lze získat jasné a kvalitní odpovědi na zkoumanou tématiku. Jednotlivé rozhovory probíhaly na základě osobního setkání. Na začátku proběhlo osobní představení a vysvětlení na jaké téma budou kladeny otázky. Poté byla respondentovy vždy položena jedna otázka, ke které se mohl samovolně vyjádřit. Otázky byly kladeny chronologicky za sebou. Pokud se respondent ponořil do probírané otázky hlouběji, byla položena doplňující otázka k tématu. Rozhovory byly prováděny s odborníky ze zařízení, kde jsou umístěni lidé trpící Alzheimerovou chorobou a také s rodinnými pečujícími, kteří se na péči o svého blízkého dlouhodobě podíleli doma.

Rozhovory s odborníky mi poskytl Alzheimerhome Pyšely, kde byla konzultace vedena s paní ředitelkou v listopadu roku 2019. Další rozhovor probíhal v Alzheimerhome Libeň s ředitelkou, která zároveň působila v domově jako vrchní sestra

[49] PRŮCHA, J. *Andragogický výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5232-7. s. 120-121.

a v Alzheimercentru Průhonice, kde otázky zodpověděla vrchní sestra. Oba rozhovory se uskutečnily v prosinci roku 2019. Následně proběhly dva rozhovory s rodinnými pečujícími v prosinci roku 2019. První rozhovor byl s paní Alenou, která se pět let obětavě starala o svého manžela sama v domácnosti, než se rozhodla, že pro manžela bude kvalitnější péče již v Alzheimerhome. Sama už se postarat nedokázala, protože to byla práce dost fyzicky náročná a síly ji na to v posledních stádiích nestačily.

Druhý rozhovor poskytla paní Olina, která se stará o svou maminku s Alzheimerovou chorobou a stále se snaží vyhnout odbornému zařízení, kam maminku zatím umístit nechce.

Cílem rozhovorů je zjistit odborný pohled na problematiku vzdělávání seniorů trpící Alzheimerovou chorobou, zda se nachází způsob, který je osvědčený či nikoliv a co vše péče o nemocného obnáší. Jaký to má vliv na pečovatele a na seniora trpící ACH. Dále je zjišťováno, jakým způsobem se vzdělávají odborní ošetřovatelé v zařízeních, zda je jejich další vzdělávání důležité pro vykonávanou profesi a jak se mohou vzdělávat rodinní pečující, kteří potřebují získat odborné znalosti o Alzheimerově chorobě, jelikož se vyskytla například u jejich blízkého. Rozhovory s rodinnými pečujícími slouží k získání informací, zda byly užity též vzdělávací aktivity u blízkého trpící ACH a jaký to mělo vliv.

13.1 ROZHOVOR S ŘEDITELKOU ALZHEIMERHOME PYŠELY

1. **Jaká byla vaše motivace, že jste si vybrala tuto práci?**

„K této práci mě motivovalo hodnocení tohoto zařízení od mých kolegyň, které přestoupily z naší bývalé práce sem. Chtěla jsem vyzkoušet něco nového, především využít své vzdělání navíc úkonů, které se zde provádí. Dále mě motivovalo zkusit práci, kde všeobecná sestra za hodně věcí zodpovídá, a i když má na telefonu lékaře, musí se spolehnout sama na své rozhodnutí.“

2. **Jakou musí mít pečovatel kvalifikaci a jak ji získává?**

„V dnešní době musí mít sestra minimálně střední školu a tím se stane praktickou sestřičkou, dříve to byl zdravotnický asistent. Dále může navštěvovat buď vyšší odbornou školu, nebo vysokou školu. Dále existují různé druhy specializačního vzdělávání, kde si sestra může rozšiřovat své znalosti.“

3. **Existuje další vzdělávání v této oblasti? Máte informace, o jaké se jedná a kde je realizováno?**

„Jak jsem již zodpověděla v předchozí otázce. Existují různé druhy doškolování v různých oborech. Existují internetové stránky, kde lze najít spoustu vzdělávacích akcí, na které se mohou ošetřovatelé přihlásit a rozšířit si své dosavadní znalosti. Jedná se spíš o dobrovolné absolvování kurzu.“

4. **Jaký dopad má péče o seniora s Alzheimerovou chorobou na pečovatele?**

„Myslím si, že tuto práci musí dělat člověk, který na to má povahu a opravdu ho ta práce baví. K těmto klientům se musí přistupovat velmi individuálně a empaticky. Sestra by se měla alespoň částečně naučit práci nechat v práci a umět si od určitých myšlenek v domácím prostředí odpočinout, ale ne vždy to jde. Myslím si, že u těchto lidí by měli být silnější jedinci, kteří zvládnou určité situace ustát a předcházet syndromu vyhoření.“

5. **Je součástí léčby pacientů s Alzheimerovu chorobou i jejich vzdělávání? Pokud ano, jaké a proč?**

„Podle mého názoru hodně záleží na stupni Alzheimerovy choroby, někteří lidé se při této nemoci možná vzdělávat mohou, ale nesetkala jsem se s tím. Setkala jsem se s tím, že se spíš snažíme zachovat u klientů jejich stávající úroveň, udržovat jejich neměnné prostředí a snažit se o to, aby se jejich emoční stav neměnil k horšímu.“

6. **Pozorujete nějaké změny způsobené vzdělávacím programem u pacientů s ACH? Pokud ano jaké?**

„Nevím jak přímo vzdělávání, ale v rámci aktivizací, se s klienty hrají různé hry, které procvičují jejich paměť, výbavnost, manuální zručnost a většinou to klienty velmi baví.

Takže myslím, že vliv to má dobrý, jen se samozřejmě musí brát ohled na celkový zdravotní a psychický stav v ten daný den, aby to klientům nebylo spíše nepříjemné.“

7. **Myslíte si, že je možné, aby vzdělávání pacienta s ACH přispělo k jeho vyléčení, anebo alespoň zpomalení jeho onemocnění?**

„Vyléčit se tato choroba bohužel nedá. Myslím, že v některých případech může mít vzdělávání, respektive hry se seniory kladný dopad na průběh nemoci.“

8. **Myslíte si, že je lepší pro seniory s ACH žít v rodině, nebo v zařízení s odbornou péčí.**

„Záleží, v jakém stupni Alzheimerovi choroby lidé jsou. Pokud je to nemoc v začátcích, rodina má čas a chuť se o své blízké starat, myslím, že je to určitě lepší v domácím prostředí, kde jsou lidé zvyklí, mají tam své věci, provádí naučené úkony a jsou obklopeni svou rodinou. Na druhou stranu, pokud je nemoc už pokročilá a lidé nezvládají už ani běžné denní úkony, je to pro rodinné příslušníky a klienty určitě velmi náročné. Od toho tu jsme my, abychom se o tyto klienty postaraly a také, aby byli pod 24hodnovým dohledem, vzhledem i k narůstající agresivitě.“

9. **Jaké faktory jsou pro a proti v diskusi, zda je lepší domácí péče, nebo speciální/nemocniční zařízení?**

„Samozřejmě záleží, jaká je to rodina a jaké mají mezi sebou vztahy. Klady domácího prostředí jsou, že klienty jsou blízko své rodině, jsou v neměnném prostředí, mají více klidu, jsou v kontaktu například s vnoučaty a domácími mazlíčky, což je pro ně určité rozptýlení. Do záporů bych zahrnula, že v pokročilém stádiu nemoci může dojít i k agresivitě a rodina může hůře chápat, že to je spojené s nemocí. Nechápou, jak se jejich například rodiče nebo partneři mohou takto změnit a už to nejsou oni. A tudíž i nemocní lidé toto vnímají z druhé strany. Klady speciálního zařízení jsou například, že se pacienti mohou potkávat s novými lidmi, mají 24hodinovou péči a pravidelné lékařské prohlídky, je stanovený denní režim a různé aktivity. Mezi negativa si myslím patří narušené soukromí klientů a možné konflikty mez spolubydlícími.“

10. **Jak se mohou vzdělávat rodinní pečující, kteří chtějí dát svému blízkému plnou péči v domácím prostředí?**

„Mohou si dodělat vzdělání v tomto oboru nebo navštěvovat různé kurzy. Dále se mohou poradit s ošetřujícími lékaři, ostatními lidmi, kteří jsou ve stejné situaci. Rádi poradíme i v našem zařízení, jak s lidmi pracovat.“

13.2 ROZHOVOR S ŘEDITELKOU ALZHEIMERHOME LIBEŇ

1. **Jaká byla Vaše motivace, že jste si vybrala tuto práci?**

„Začínala jsem jako pečovatelka, poté jsem začala působit jako metodik a vedoucí péče. Nakonec jsem skončila jako ředitelka. Začínala jsem v tomto oboru už v 15 letech. Práce mě zaujala. Každodenní kontakt se seniory, kteří potřebují vaši pomoc a jsou za ni vděční, mě dělala radost.“

2. **Jakou musí mít pečovatel kvalifikaci a jak ji získává?**

„Teoreticky žádnou, my si ho zde sami zaučíme a dáme mu dostatečnou praxi. Dle zákona musí ale pečovatel absolvovat kurz pracovníka v sociálních službách a to do 18 měsíců. Sociální pracovník musí splnit minimálně 24 hodin za rok další vzdělávání, při kterém si obnovuje své znalosti a dále je doplňuje. Chodí na semináře například ohledně první pomoci nebo demence. Různé doškolování a semináře probíhají na centrále, kde probíhá hromadné vzdělávání, což obnáší 8 hodin akreditovaného vzdělávání a 8 hodin neakreditovaného vzdělávání. Své pracovníky posíláme na stáže i do jiných zařízení.“

3. **Existuje další vzdělávání v této oblasti? Máte informace, o jaké se jedná a kde je realizováno?**

„Jak už jsem zmínila v předchozí otázce, ze zákona musí být pracovníci proškoleni. Existují také různé semináře a školení. Naši pečovatelé se převážně chtějí vzdělávat dobrovolně, měli jsme seminář na téma paliativní péče. Většinou si školení hradíme sami, protože nás to zajímá a chceme mít ty nejlepší znalosti. Například jsme tu měli přednášející až z Ameriky.“

4. **Jaký dopad má péče o seniora s Alzheimerovou chorobou na pečovatele?**

„Může u pracovníku nastat syndrom vyhoření. Ten je častý, protože péče je fyzicky i psychicky náročná. Jedna pečovatelka se složila ze dne na den. V takových případech prostřídáme pečovatele a dáváme je k jiným klientům, jelikož s některými se pracuje snáz a s některými je práce složitější. U seniorů s demencí se může vyskytnout i agresivita. S tím se musí počítat a takovým případům předcházet. Samozřejmě je práce v tomto oboru fyzicky náročná a spousta pracovníků má tak problémy se zády. Z toho důvodu jsme pořídili zvedáky, aby se usnadnila manipulace. Dva pečovatelé mají na starost 30 klientů, proto není divu, že je práce náročná.“

5. **Je součástí léčby pacientů s Alzheimerovu chorobou i jejich vzdělávání? Pokud ano, jaké a proč?**

„U klientů s demencí probíhají aktivizační programy na trénink paměti a jemné motoriky. Přímo vzdělávání ne. Zkoušíme s nimi počítat, nebo aby napsali své jméno, případně nějakou větu. Takové aktivity praktikujeme denně.“

6. **Je vzdělávání seniorů nějak diferencované?**

„Kdo se zvládne podepsat, rovnou mu dáme naspat větu. Aktivity dělíme dle stupně demence. Jsou klienti, kteří chtějí vykonávat aktivity a ti, kteří jsou demotivovaní a nemají zájem. Snažíme se tyto skupiny rozdělovat, aby ti, kteří mají nechuť, neovlivňovali ty, co jsou pozitivně naladění a chtějí se podílet na různých cvičení. Mohlo by to mít dopad, že by se negativně ovlivňovali navzájem.“

7. **Pozorujete nějaké změny způsobené vzdělávacím programem u pacientů s ACH? Pokud ano jaké?**

„Změny na základě vzdělávání ne. Maximálně mají dobrou náladu, když se jim něco podaří udělat a jsou za to pochváleni. Pozitivní výsledky má i muzikoterapie, nebo divadelní představení. Neznám klienta, který by neměl rád hudbu, pokaždé to klienty namotivuje ke zpěvu nebo pohupovaní. Naladí jim to dobrou náladu, prospívá jim to. Co se týče změn, které vnímají klienti, když jsou odebráni ze známého prostředí, nastává těžká adaptace. Například když jdou na vyšetření, nebo se vrátí z víkendu od rodiny zpět

k nám. Klient je apatický a plačtivý. U některých lidí nedoporučujeme, aby si je rodiny braly domů, ale pouze je zde navštěvovali. Změny vnímají špatně a má to negativní dopad na jejich psychiku.“

8. **Myslíte si, že je možné, aby vzdělávání pacienta s ACH přispělo k jeho vyléčení, anebo alespoň zpomalení jeho onemocnění?**

„Pokud je nemoc odhalena v počátcích, dostávají medikaci, která může nemoc zpomalit, ale funguje padesát na padesát. Nefunguje na každého stejně. Alzheimerova choroba je spojena s celým tělem, proto se snažíme rehabilitovat. Pohybové aktivity mohou u pacienta, který náhle přestal chodit docílit toho, že opět začne. Takže po pohybové stránce může nastat zlepšení, ale vzděláváním docílit zlepšení nelze. Nemoc se zhoršuje a maximálně se snažíme udržet dosavadní mentální stav u klienta co nejdéle to jde. „

9. **Myslíte si, že je lepší pro seniory s ACH žít v rodině, nebo v zařízení s odbornou péčí?**

„Vzhledem k tomu, že nás je tu několik, co může poskytnout péči, je lepší, aby klienti s těžkým stádiem demence byli v zařízení. Kdykoliv si rodina může vzít svého blízkého domů. Rodinní pečující převážně péči nezvládnou fyzicky ani psychicky. Jsou vyčerpaní a nemají kolikrát tu trpělivost s nemocným. Zde můžou být rodinný příslušníci se svými blízkými klidně celý den, neoddělujeme klienty od rodiny, to v žádném případě. Domácí péče je nereálná. Pokud je klient stále mobilní a rodinní příslušníci nemohou být 24 hodin se svým blízkým, nastává riziko, že by mohl utéct z domova, nebo vypadnout z okna. Mnoha rodin si takové věci nepřipouští a neumí se reálně podívat na aktuální stav u svého blízkého. My jsme na takové situace proškoleni a opatřeni. „

10. **Jaké faktory jsou pro a proti v diskusi, zda je lepší domácí péče, nebo speciální/nemocniční zařízení?**

„Nemocnice pro klienty nejsou vhodné, ale Alzheimer domovy ano. Z důvodu bezpečnosti nemohou klienti odejít z budovy. Je to hlídané bezpečnostním zařízením. U nás v domově máme třicet míst a pokoje jsou po jednom nebo po dvou. V nemocnici bývá i sedm lidí na pokoji a není tak zajištěna kvalitní péče. Pokoje po dvou

jsou ideální. Domácí péče je vhodná pouze do určitého stupně onemocnění. Pokud rodina cítí, že už péči nezvládá tak dobře, je ideální svého blízkého umístit do našeho zařízení, aby mu byla dána ta nejlepší péče.“

11. **Jak se mohou vzdělávat rodinní pečující, kteří chtějí dát svému blízkému plnou péči v domácím prostředí?**

„U nás dostanou maximální rady. Jednou za měsíce děláme setkání s rodinami, kteří mají u nás umístěné své blízké. Jsme dostupní i pro veřejnost. Kdokoliv mi zavolá a chce poradit, ráda tak učiním. Po případě odkážu na další odborná zařízení. Existují i setkání, kde se probírá, jak se má pečovat o člověka s Alzheimerem a jak k němu přistupovat. Pečující tam dostanou rady, ale i psychickou podporu. Gerontologické centrum na Praze 8 nabízí bezplatné poradny, nebo existuje nepřetržitá linka 24 hodin denně, kde se lidé mohou poradit, bohužel lidé o tom moc neví.“

13.3 ROZHOVOR S VRCHNÍ SESTROU ALZHEIMERCENTRUM PRŮHONICE

1. **Jaká byla Vaše motivace, že jste si vybrala tuto práci?**

„Myslím, že tato práce si spíše vybrala mě než já ji. V předchozím profesním životě jsem pracovala převážně s lidmi v seniorském věku, takže diferenciace na pacienta s Alzheimerovou nemocí už nebyla tak složitá.“

2. **Jakou musí mít pečovatel kvalifikaci a jak ji získává?**

„Pečovatel po nástupu do našeho zařízení musí do jednoho roku začít studovat. Jedná se o certifikovaný kurz pracovníka v sociálních službách. Tento kurz mu zajišťuje Alzheimercentrum a získaný certifikát je uznávaný ve všech zařízeních sociálních služeb.“

3. **Existuje další vzdělávání v této oblasti? Máte informace, o jaké se jedná a kde je realizováno?**

„Samozřejmě další vzdělávání existuje. Především se jedná o programy celoživotního vzdělávání. V našem zařízení proběhlo několik nesmírně zajímavých školení a kurzů, které měli u zaměstnanců velmi pozitivní ohlasy. Můžu uvést například kurz taneční terapie, aromaterapie, bazální stimulace, aktivizace, reminiscence, nejčastější nemoci ve stáří a mnoho jiných.“

4. **Jaký dopad má péče o seniora s Alzheimerovou chorobou na pečovatele?**

„Samozřejmě je to práce nesmírně fyzicky i psychicky náročná. Nezřídka, když dojde k úmrtí klienta, který byl v našem zařízení několik let, jsou vidět slzy na tvářích zaměstnanců. Na druhé straně, úsměv ve tváři klienta je obrovské zadostiučinění pro personál. Jsem nesmírně ráda, že značná část naších zaměstnanců jsou srdcaři, kteří tuto práci vykonávají s láskou. Dopad péče tedy může být radost, smutek, často i bolesti zad.“

5. **Je součástí léčby pacientů s Alzheimerovou chorobou i jejich vzdělávání? Pokud ano, jaké a proč?**

„Nenazvala bych to vzděláváním pacientů. Vzdělávání probíhá ve vzdělávacích institucích. Jedná se o různé druhy terapie a aktivizací.“

6. **Je vzdělávání / terapie seniorů nějak diferencované?**

„My nejsme vzdělávací instituce, ale poskytovatele sociálních a zdravotních služeb. Probíhá u nás reminiscenční terapie, muzikoterapie, taneční terapie, aromaterapie, trénink jemné i hrubé motoriky, návštěvy divadel, hradů, zámků, výlety, pochod Praha Prčice, mezigenerační setkávání, adventní koncerty a mnoho jiných aktivit.“

7. **Pozorujete nějaké změny způsobené vzdělávací programem u pacientu s ACH? Pokud ano, jaké?**

„Vzdělávací programy neposkytujeme, jak jsem již zmínila. Určitě pozorujeme zlepšení sociálních vazeb a kontaktů, zapojování se do společenského života, zvýšení zájmu o dění v okolí. Nicméně se jedná o nevyléčitelnou nemoc, takže je potřeba myslet

na to, že aktivity probíhají především v zájmu zpříjemnění závěrečné fáze života a snahy o důstojné stáří a nezřídka i umírání.“

8. **Myslíte si, že je možné, aby vzdělávání pacienta s ACH přispělo k jeho vyléčení, anebo alespoň zpomalení jeho onemocnění?**

„Jedná se o nevyléčitelné onemocnění. Pacienti se k nám často dostávají v pokročilém stádiu nemoci. Ve výjimečných případech se povede zlepšení kognitivních funkcí, ale pouze na omezenou dobu. Pro dnešní medicínu je toto onemocnění nevyléčitelné, i když při včasném záchytu je možné průběh nemoci zpomalit.“

9. **Myslíte si, že je lepší pro seniory s ACH žít v rodině, nebo v zařízení s odbornou péčí?**

„Nezáleží na tom, co si myslím, ale o tom, jaké má rodina možnosti a jaké jsou objektivní projevy nemoci.“

10. **Jaké faktory jsou pro a proti v diskusi, zda je lepší domácí péče, nebo speciální/nemocniční zařízení?**

„Domácí péče má pozitiva v tom, že je nemocný ve známém prostředí, má kolem sebe známé lidi, lépe se orientuje v prostoru a nemá ničím narušený denní režim. Není ale možné zajistit 24hodinovou péči o nemocného, pouze v případě, že se střídá několik členů rodiny. Odborné zařízení oproti domácí péči umožňuje erudovaný personál, dostupnost lékařské a ošetřovatelské péče, dostatečné množství pomůcek, zajištěné provozní služby jako například úklid, vaření, praní, údržba, větší množství podnětů. Pro pacienty je to ale neznámé prostředí a neznámí lidé. Nastane režim, který pacient nezná, dochází k častému počátečnímu zhoršení kognitivních funkcí v adaptaci.“

11. **Jak se mohou vzdělávat rodinní pečující, kteří chtějí dát svému blízkému plnou péči v domácím prostředí?**

„Nachází se široká dostupnost literatury, členství ve spolcích lidí pečujících, což umožňuje společné diskuse, předávání zkušeností. Jsou k dispozici kurzy a školení pořádané pro veřejnost, konzultace s odborníky jako například s lékaři, zdravotními

sestrami, sociálními pracovníky, pečovateli, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty, ergoterapeuty, aktivizačními pracovníky a mnoho dalších.“

13.4 ROZHOVOR S RODINNÝM PEČUJÍCÍM Č.1

1. **Jak jste přišla na to, že Vás blízký trpí Alzheimerovou chorobou a kolik mu bylo let?**

„Zpočátku to nebylo nápadné. Nemoc se nerozpoznala hned v začátcích, ale až v pokročilejším stádiu, kdy manžel začal dělat nesmyslné věci, které postrádaly logiku. Bylo mu 69 let, kdy jsem zaznamenala, že se s ním něco děje. Bylo komplikované manžela přesvědčit, aby šel na vyšetření, protože si nepřipouštěl, že by mohl mít začínajícího Alzheimera. Stálo mě to opravdu hodně úsilí ho k lékaři dostat. Dozvěděla jsem se, že Alzheimerova choroba může vypuknout, když u člověka dojde k vážnějšímu úrazu hlavy, a protože manžel v mládí úraz hlavy měl, obávám se, že nemoc se u něho projevila z toho důvodu.“

2. **Jak jste postupovali po zjištění diagnózy?**

„Po návštěvě lékaře podstoupil manžel spoustu testů psaných i mluvených, dostal léky, které měli průběh nemoci zpomalit. Postupem času byl agresivnější a musel začít brát antidepresiva, aby byl klidnější, ale po nich byl víc unavený.“

3. **Kde jste získávala informace o ACH a péči s ní spojenou?**

„Nejvíc informací jsem čerpala na internetu, kde jsem vyhledávala různé odborné články na tuto tématiku. Samozřejmě jsem se radila i s lékaři, kteří pečovali o mého manžela, ale nejvíc informací mi poskytly články a odborná literatura a lidé, kteří se potýkali se stejným problémem v rodině.“

4. **Jak probíhal denní život s partnerem trpící ACH?**

„Postupující nemocí se sám neoblékl, sám se nepřezul, když chtěl jít ven. Já jako pečující jsem ztratila dost času staráním se a hlídáním. Musela jsem schovávat zápalky,

protože s rostoucí agresivitou vyhrožoval, že zapálí dům, že ho život nebaví. Byl hodně negativní. Trhal a ničil věci, z toho důvodu se musela uzpůsobit i domácnost a důležité věci jako doklady, klíče a podobně jsme museli uložit na místo, kde je nenašel a nemohl zničit nebo někam založit. Když jsem šla na nákup, musela ho hlídat dcera, která ho ale většinou neuhlídala a v nestřežené chvíli utekl. Utíkal i z domu, stalo se mi, že manžela přivedli lidé, kteří bydleli v naši ulici a poznali, že se po čtvrti potuluje. Postupem nemoci se nechtěl ani mýt a převlékat do pyžama. Byl více agresivní a já jsem péči už nezvládala, především fyzicky. Když už začala inkontinence, kterou nešlo uhlídat, začala jsem uvažovat nad odbornou péčí."

5. **Zkoušeli jste nějaké vzdělávací aktivity s partnerem trpící ACH? Pokud ano, jaké?**

„Zkusila jsem manželovi dávat lehké matematické příklady k vypočítání, které se snažil vypracovat. Ze začátku sem tam nějaký příklad vypočítal, ale pak ho to přestalo bavit a neměl na to náladu. Postupem času nedokázal napsat ani číslici ani se nedokázal podepsat. Na druhou stranu se mě pořád ptal, zda nepotřebuji pomoct v kuchyni, nebo s úklidem. Byl pozorný, tak jsem mu dávala alespoň snadné úkoly, jako vynést odpadky do tříděného odpadu a tak. To byl ale manžel v té době ještě při smyslech a měl sem tam světlou chvilku a náladu"

6. **Jaký měly vzdělávací aktivity dopad na nemocného?**

„Svým způsobem to možná pomohlo k udržení aktuálního stavu, ale rozhodně to výrazně nepomohlo. Spíš ho to ani nebavilo. Přestával umět zacházet s věcmi, které dřív běžně využíval jako třeba mobil a počítač. Neměl žádný koníček, nic ho nebavilo, pouze chtěl chodit na procházky, ale moc toho neušel. Bála jsem se ho pouštět samotného, aby trefil domů, takže jsem chodila s ním, když jsem měla čas."

7. **Jak jste pečovala sama o své duševní zdraví a co bylo Vaším rozptýlením od náročné péče o Vašeho blízkého s ACH?**

„Sama jsem byla z každodenní péče hodně unavená, protože jsem byla na manžela v domácnosti sama. Musela jsem začít brát antidepresiva, jelikož jsem se začala psychicky hroutit a nezvládala jsem to. Bylo to opravdu hodně fyzicky i psychicky

náročné. Když večer manžel usnul a já mohla být chvíli v klidu, že spí tvrdě a nikam neodejde, šla jsem si popovídat se svou dcerou, která se mě snažila povzbudit. "

8. **Cítila jste se lépe, když jste věděla že je o Vašeho blízkého postaráno v odborném zařízení s maximální péčí?**

„Cítila jsem obrovskou úlevu, ale zároveň nesnesitelný smutek, že jsem to nezvládla až do konce. Připadala jsem si, že jsem manžela odstrčila. I když už situaci nevnímal, pořad jsem myslela na to, jak se asi cítí, že je někde sám v neznámu. Vyčítala jsem si to a měla jsem zároveň na sebe vztek. Ale opravdu jsem už péči sama nezvládala, hlavně když už sám nevstal ani z postele. Jelikož v zařízení nebylo hodně míst, měli opravdu čas na všechny pacienty a péče byla opravdu kvalitní. Věděla jsem, že je v dobrých rukách."

9. **Jak se adaptoval Váš blízký na nové prostředí a jak reagoval na nové pečovatele?**

„Do zařízení byl manžel převezen již v těžkém stádiu demence, takže si myslím že změnu už nevnímal. Byl ale spokojený a říkal, že jsou na něj hodní. Na místní personál reagoval kladně. Později už skoro nemluvil ani nechodil. Když jsem za ním přišla, bylo vidět, že ví že mě zná, ale někdy měl problém mě zařadit. Ke konci měl už nepřítomný pohled."

10. **Doporučila byste ostatním odbornou péči v zařízení?**

„Určitě ano, protože když je nemoc už hodně pokročilá, je to pro pečujícího hodně vysilující. Dá se říct, že v tomto případě se léčí už oba. Manžel bral antidepresiva na uklidnění své agresivity a já brala antidepresiva, abych celou situaci zvládala. Je to horší než péče o dítě. Pořád vám nejde do hlavy, jak se mohl tolik změnit. I když je jasné, že za vše může nemoc, někdy ve mně rostl vztek, za to, jak se choval. Bylo mi to potom líto, protože za své chování prostě nemohl."

13.5 ROZHOVOR S RODINNÝM PEČUJÍCÍM Č.2

1. **Jak jste přišla na to, že Vás blízký trpí Alzheimerovou chorobou a kolik mu bylo let?**

„Mamince bylo 75 let, když se to zvrtlo a o 360 stupňů se změnilo její chování. Začala být agresivní. To byl pro nás signál, abychom s ní zašli k lékaři. Udělalo se jí CT a tam se zjistilo, že má stařeckou demenci s Alzheimerem. Nastala u ní prudká změna osobnosti a chování.“

2. **Jak jste postupovali po zjištění diagnózy?**

„Maminka dostala od psychiatričky léky na zklidnění a začalo se to léčit. Musela se nejprve zklidnit agrese, aby se nestupňovala, postupně se zvyšovala gramáž antidepresiv, aby se utvořila určitá hladina, po které se maminky stav stabilizoval. Někdy má maminka stav, kdy začne nadávat, že bere moc léků a že ji chceme zabít a předávkovat a neuvědomuje si, že léky se musí navyšovat na doporučení lékařů, kvůli zvyšující se agresivitě a depresivním stavům.“

3. **Kde jste získávala informace o ACH a péči s ní spojenou?**

„Hlavní informace nám dala psychiatrička a pak jsem čerpala z různých článků z odborných časopisů, hlavně z časopisu „Téma“.“

4. **Zúčastnila jste se některé z přednášek o Alzheimerově chorobě? Případně kde a jak jste se k ní dostala?**

„Nezúčastnila jsem se žádné přednášky, spíš na to nebyl ani čas. Hodně jsem se zajímala u doktorů, kam maminka docházela na vyšetření.“

5. **Jak probíhá péče o Vašeho blízkého, co patří mezi zvládané a nezvládané aktivity?**

„Maminku necháváme ve svém domku, dokud to ještě jde. Dojde si sama do obchodu, ale většinou zapomene, pro co tam vlastně šla, proto ji říkám, ať si napíše seznam. Taky chodí s kamarádkou na procházky. Komunikace s mamkou je náročná v tom, že má

tvrdohlavou povahu a nechce se podřizovat. Byla zvyklá vše řídit a nyní je v pozici, kdy se jí snažíme korigovat, a to ona nesnese. Nemá ráda upomínky. Jendou se naštvala a ohnala se po mě berlí. V komunikaci strašně zhrubla a nedokáže už vystupovat v klidu s určitou taktností. Přijde mi, že jí ovládají negativní emoce a nemá tak motivaci k životu. Jinak má hodně ráda zvířata. Má dvě kočky, na které je upnutá a když má náladu tak se o ně postará. Maminka jinak funguje a základní péči o sebe zvládne, i když ne tak dokonale. Nedojde jí, že si má vyčistit zuby, nebo se musí umýt, ale když se ji to řekne, tak jde a sama to udělá. Má například také problém s inkontinencí, ale hygienické pomůcky na to nosit nechce, že jí to vadí. Je tvrdohlavá a nenechá si domluvit. Každý den ji proto jezdím kontrolovat, zda je vše v pořádku. Jelikož si sama už nezvládne vyprat prádlo, musím ho potají vozit k sobě, kde ji ho vyperu. Nesmí ale o tom vědět, jinak se rozzlobí, že ji prádlo beru a že nebude mít v čem chodit. Nenechá si vysvětlit, že ji ho druhý den přivezu vyprané a vyžehlené. Na její osobní věci nesmí být sáhnuto. Odborníkovi jsem také sdělila, že má maminka problém s oblékáním, musí se jí pomoct s postupem. Řekl mi, že v tomto případě už by maminka neměla být sama, že to je známka toho, že se o sebe nepostará. Já si ale myslím, že dokud to je v rámci možností přijatelné, ať je ve svém prostředí. Není důvod ji mermomocí dávat do ústavu, když si okolnosti ještě stále uvědomuje. Brala by to hodně špatně.“

6. Pečujete o svou maminku sama či s někým, využíváte některé z odlehčovacích služeb?

„Jsme na to tři sourozenci. Přes noc je s maminkou bratr a od červeného kříže jsme domluveni se zdravotní sestrou, která chodí mamince podávat dopolední léky, jelikož už v tom nemá přehled a brala je jinak, než měla, nebo je nebrala vůbec. Odpoledne chodí k mamince paní z domova důchodců, která jí nosí obědy, protože maminka přestala vařit. Maminka se pokusí někdy sama od sebe i vytřít, ale převážně nemá náladu a nechce se jí nic dělat. Nebaví ji číst, dřív luštila a četla, to už nechce. Denně po práci ji chodím navštěvovat a zkontrolovat. O víkendy se o maminku střídáme se sestrou, kdy si ji bereme k sobě domů.“

7. **Je prostředí, ve kterém se maminka sama pohybuje nějak zabezpečené, aby nedošlo k nehodě?**

„Odstranili jsme plynový sporák nyní má dvouvařič a varnou konvici. Veškeré spotřebiče jsme odstranili. Vzhledem k tomu, že k ní často domu chodíme a vesměs se přes den u ní doma někdo mihne, tak je pořád pod dohledem.“

8. **Zkoušeli jste /zkoušíte u Vašeho blízkého nějaké vzdělávací aktivity? Pokud ano, jaké.**

„Paní psychiatrička nám radila, že jí máme nechat nahlas číst a luštit křížovky, ale to nechce. Bere nyní léky na povzbuzení mozkové činnosti. Doktorka říkala, že by to chtělo třeba omalovánky, nebo hrát člověče nezlob se, ale maminka na to odpověděla, ať si to vybarvujeme sami, že to dělat nebude. Nemá cenu ji do toho nutit, když nechce.“

9. **Jak se snažíte udržovat současný stav nemoci?**

„Maminka bere doporučené léky, které by měli nemoc ustálit, dokud to je možné. Sourozenci by maminku rádi dali do ústavu, ale já se ji snažím podporovat. Maminka zatím ještě trefí domů, základní hygienu také zvládá i když s upomínkami. Když se s ní člověk baví, tak to na první pohled nepozná, že má demenci, až při delší komunikaci je zřejmé, že něco není v pořádku. Když vypráví o svém dětství nebo o událostech, které se odehrály kdysi dávno, tak to mluví jako by bylo vše v pořádku. Když se ale někdo zeptá na současnost, tak je vidět, že maminka tápe a neví. Je schopna se zeptat na jednu otázku 10x za sebou po krátkých intervalech.“

10. **Uvažujete v budoucnu nad odbornou péčí a ubytování Vaší maminky do domova se zvláštním režimem?**

„Zažádali jsme už o umístění do domova, protože to vždy dlouho trvá, než se někde naskytne volné místo, ale maminka nikam samozřejmě nechce. Nakonec jsme se rozhodli, že dokud se o sebe zvládne v tom nejnutnějším postarat, necháme ji ve sém prostředí. V případě, že by se zhoršil její zdravotní stav natolik, že by se nezvládala o sebe vůbec postarat, tak by to muselo být. Já i sourozenci jsme naplno zaměstnaní, takže nemůžeme mamince poskytnout celodenní péči.“

13.6 VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ

Výzkumem, který probíhal v zařízeních s odbornou péčí bylo zjištěno, že jsou se seniory prováděny aktivity, které napomáhají k udržení jejich současného zdravotního stavu a podporují se jejich kognitivní funkce. Pomocí jednoduchých cviků je procvičována jemná motorika, hrubá motorika, kognitivní funkce. Nelze hovořit vyloženě o vzdělávání seniorů, protože s Alzheimerovou chorobou vzdělávání není možné. Nemoc postupuje a pomalu ubírá seniorům schopnost se rozvíjet, pouze je možné udržovat co nejdéle kognitivní schopnosti a napomáhat k co nejdelšímu zvládání alespoň jednoduchých věcí. Problémem je, že i když je snaha zapojit seniora s ACH do jakékoliv aktivity, postižený většinu nechce a nemá motivaci se na aktivitách podílet, proto je praktičtější provádět s nimi cviky typu her, u které je potřeba přemýšlet, než je zatěžovat vyloženě vzdělávací metodou, čehož už není mozek postižný chorobou schopen. Výzkum tedy potvrdil, že vzdělávání při Alzheimerově chorobě není možné, pouze jde o metody, které se snaží udržovat současný stav klienta, dokud to jeho zdravotní stav dovolí, nelze ale vzděláváním zamezit postupující nemoci a odumírání mozkových buněk. Ve všech případech se pečovatelé potýkají s nechutí a odmítáním u seniorů, převážně se u seniorů s demencí se vyskytuje deprese a negativní myšlení. V České republice nejsou zavedeny programy, které by se zaměřily přímo na vzdělávání seniorů s ACH. Nemoc je brána jako nevyléčitelná, proto si mnoho lidí nedokáže připustit, že určité vzdělávání by mohlo ovlivnit stav nemocného. To by ale musel postižený jedinec mít sám o to zájem. Alzheimerova nemoc je v současnosti častým onemocnění starší populace, ale ani dnes není k dispozici lék, který by nemoc mohl definitivně odstranit. Není jiná možnost, než se trpělivě a ochotně podílet na pomoci nemocných lidí a snažit se jim poskytnout tu maximální péči po stránce zdravotní i vzdělávací, dokud to stav jedince umožňuje.

Na druhou stranu sociální pracovníci v odborných zařízení se musí prokázat svou kvalifikací a je potřeba, aby se ve svém oboru nadále vzdělávali a získávali neustále nové informace, kterými rozšiřují své odborné znalosti. Z rozhovorů bylo zjištěno, že sociální pracovníci musí do roka absolvovat kurz sociálních pracovníků a získat tak certifikát, který je uznávaný ve všech zařízeních po celé české republice. Každý zaměstnanec v sociálních službách se průběžně účastní vzdělávacích kurzů a seminářů, které převážně pořádá přímo organizace. Jedná se o kurzy spojené s první pomocí, paliativní péčí, péčí

o člověka s demencí, komunikace se seniorem a mnoho dalších zajímavých a důležitých témat. Sociální pracovníci musí mít neustále přehled o zdravotní problematice týkající se seniorů, o které je pečováno. Výzkum potvrdil, že sociálního pracovníka může dělat člověk, který má předpoklady k této práci, a především ho musí tato práce naplňovat. Není práce jako práce, v této oblasti každý zaměstnanec nechá kus svého já. Péče o nemocné seniory je velice náročná. Fyzická zdatnost je zde velice důležitou součástí sociálního pracovníka, silná psychika a odolnost vůči stresu. Péče je hodně spojena s emocemi, protože senioři v určité chvíli odejdou z našeho světa a také sociální pracovník se s tímto ochodem musí zvládnout psychicky vyrovnat.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje nějaký způsob, kterým je možné vzdělávat v současné době seniory trpící Alzheimerovou chorobou a jaký to má dopad na jejich mozkovou činnost a postupující nemoc. Zároveň bylo cílem výzkumu zjistit, jak se vzdělávají pečovatelé v odborných zařízeních, kteří pečují o takto nemocné klienty. Zda mají povinnost se nadále vzdělávat, nebo to záleží na rozhodnutí každého pečovatele. Práce se skládá z teoretické části, kde je popisována Alzheimerova choroba, co vše nemoc obnáší za komplikace a jak se průběžně vyvíjí. Pomocí odborné literatury jsou popsány stádia stupně choroby a vše s ní spojené, jako je život s člověkem trpící demencí. Dále jsou uvedeny metody, které mohu napomoci při péči o nemocného jedince v průběhu dne. Co obnáší péče a jak má péče nejlépe probíhat. V závěru teoretické části jsou zaznamenány ověřené metody, jak je možné udržet mozek v co nekvalitnějším stavu a jak lze i s dementním jedincem pracovat a snažit se tím zlepšit jeho aktuální mozkovou činnost.

V praktické části jsou zaznamenány rozhovory s respondenty, kteří poskytli praktické názory ze svých zkušeností týkající se péče o člověka s ACH. Výzkumem bylo zjištěno, že v současnosti se v zařízeních nepraktikují žádné vzdělávací aktivity na seniorech, které by zlepšovali zdravotní stav po mentální stránce. Pouze se využívají aktivity, které napomáhají k udržování současných funkcí a mentálního stavu. Zlepšení stavu nebo dokonce vyléčení Alzheimerovy choroby není možné, pouze je možné udržovat současný stav nemocného v co nejdéle možném čase. U každého jedince je to však rozdílné. U některých pacientů opravdu pomocí aktivit a léků je zdravotní stav stabilizován a viditelně se nehorší, naopak jsou i tací, u kterých jsou změny každým dnem viditelné a rychle se dostanou do poslední fáze demence.

S péčí bezprostředně souvisí i osobnost pečovatele, tedy ve speciálních zařízeních sociální pracovník, který je povinen své vzdělání udržovat a obnovovat si znalosti v oboru, aby mohl svou práci vykonávat kvalitně a efektivně. Každý sociální pracovník je povinen splnit do roka vzdělávací kurz určen pro sociální pracovníky a získat certifikát, který je uznávaný po celé české republice ve všech zařízeních. Je v zájmu každé organizace mít vzdělané a zkušené zaměstnance, proto se konají školení a přednášky,

které si organizace zprostředkovává sama a svým zaměstnancům tak dává možnost získávat nové odborné znalosti ve svém oboru, které jsou užitečné všem sociálním pracovníkům. Ti pak převážně předávají zkušenosti rodinným pečujícím a dávají rady, jak se v určitých situacích s péčí o nemocného vypořádat, pokud je péče prováděna v domácím prostředí a stav nemocného je stále možné udržovat mimo zařízení s odbornou péčí.

Za pomoci odborné literatury a uskutečněných rozhovorů byl cíl práce splněn. Zajímavou navazující prací by mohl být experiment, zaměřený na vzdělávání seniorů trpící Alzheimerovou chorobou a zda to má opravdu viditelný vliv na jejich mozkovou činnost či nikoliv. Potvrdil by se tak experiment, který prováděl již uvedený Rjúta Kawašima.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika: vybrané kapitoly.* 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. ISBN 978-80-7452-039-6.

BUIJSSEN, H. *Demence.* 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám.* Dotisk 11. vydání. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2017. ISBN 978-80-86541-49-5.

FARKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie.* 3. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2017. ISBN 978-80-7452-130-0.

HOLMEROVÁ.I. a kol., *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5924-1.

KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9.

MOSETTER, K., A. CAVELIUS. *Alzheimer je cukrovka.* 1. vyd. Praha: Euromedia Group, a.s., 2017. ISBN 978-80-7549-324-8.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praga: Grada Publishing, a.s, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

PRŮCHA, J. *Andragogický výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5232-7.

REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.

WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

AKTIVITY PRO ZDRAVÍ. *Civilizační, psychologické a jiné nemoci: Stáří, senilita a demence – změny zdravotního stav.* [online]. ©2013 [cit. 2019-11.01]. Dostupné z: http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/civilizacni-psychologicke-a-jine-nemoci/stari-senilita-a-demence-zmeny-zdravotniho-stavu

ALZHEIMER PORADNA VYSOČANY. *Stáda a průběh demence* [online]. © 2014 [cit.2019-10-23]. Dostupné z: http://alzheimerporadnavysocina.cz/alzheimerova-choroba/diagnozaalzheimerovachoroba/

CO JE ALHEIMEROVA CHOROBA, 2014. In: *Youtube* [online]. 13.8.2014 [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=fnILpYZ24ow

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Alzheimerova nemoc* [online]. © 2015 [cit. 2019-9-11]. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí.* [online]. ©2014 [cit. 2019-22-10]. Dostupné z: https://www.praha8.cz/file/jVo1/BROZURA-Pece-WEB.pdf

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Prevence* [online]. © 2015 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/prevence/

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABZPEČENÍ. *Posuzování stupně závislosti* [online]. [cit. 2019-10-7]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/posuzovani-stupne-zavislosti

DC90. *Poslání denního stacionáře* [online]. © 2019 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: http://www.dc90.cz/nase-sluzby/denni-stacionar/poslani-denniho-stacionare

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA. [online]. [cit.2019-12-19]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

HYPERKA. *Co je to ADHD*. [online]. ©2015 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: http://www.hyperka.eu/adhd

IDNES.CZ. *Sedm překvapivých příznaků demence. Nespavost i změna chutí* [online]. ©2017 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/priznaky-demence.A170529_105934_zdravi_pet

NEPOZORNI.CZ. *Co je ADHD/ADD a jak se projevuje* [online]. ©2013 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: http://www.nepozornidospeli.cz/index.php/2013-11-13-18-17-04/co-je-adhd-add

MENTEM. *Trénujte svůj mozek.* [online]. [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: https://www.mentem.cz/static-151/uploads/media/Ebook.pdf

MENTEM. *V čem vám Mentem pomůže?* [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: https://www.mentem.cz/

VACULOVÁ.M. *Dvanáct podpůrných terapií u Alzheimerovi choroby* [online]. ©6.10.2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/dvanact-podpurnych-terapii-u-alzheimerovy-choroby/

VITALION. *Alzheimerova choroba* [online]. © 2019 [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: https://nemoci.vitalion.cz/alzheimerova-choroba/

SEZNAM ZKRATEK

ADD – Attention Deficit Disorder – Porucha pozornosti

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Porucha hyperaktivity s deficitem pozornosti

ACH – Alzheimerova choroba

CNS – Centrální nervová soustava

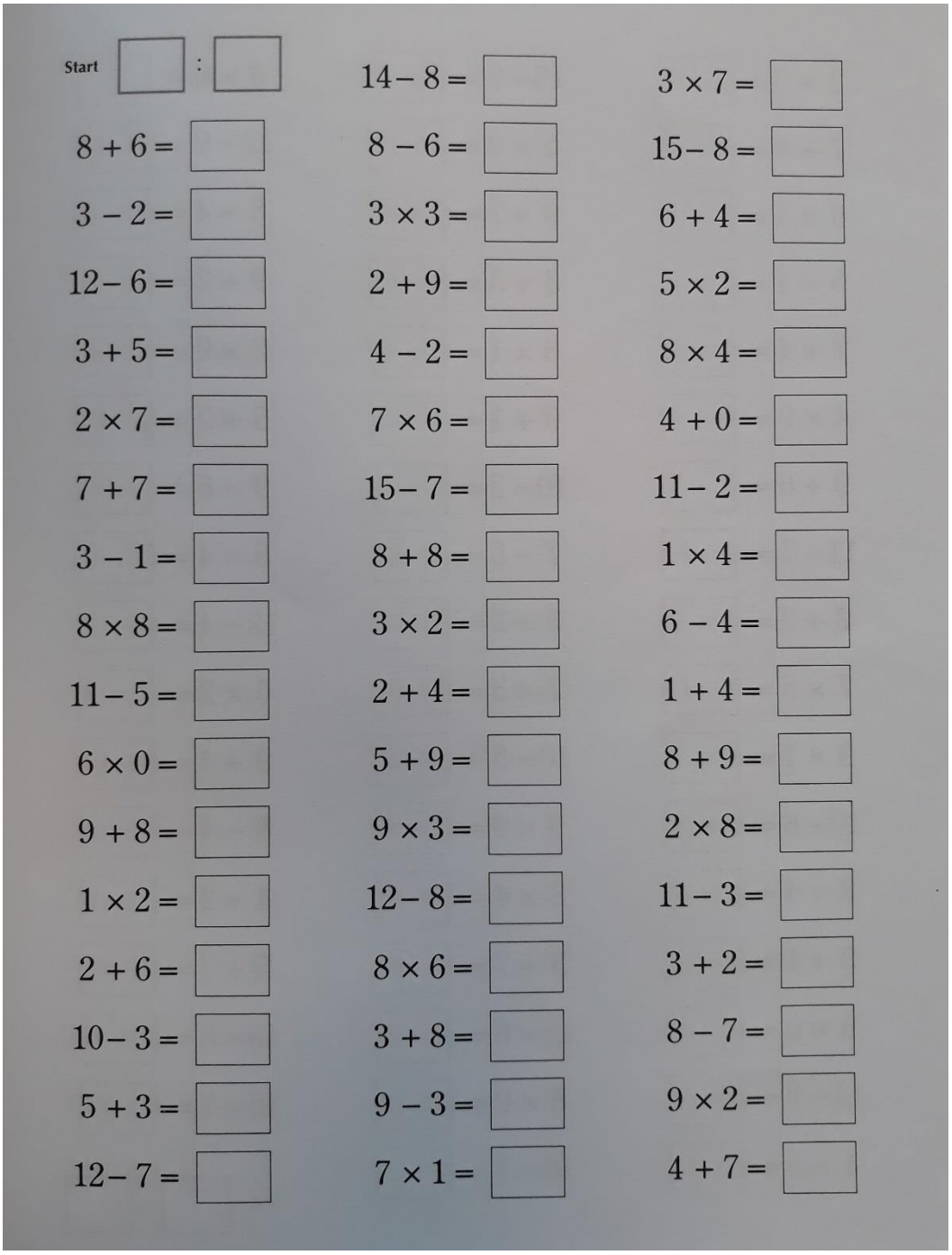
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Početní příklady ……...… I

Příloha B – Čtení barev ……. II

Příloha C - Pamatování slov …….. III

Příloha A – Početní příklady



Zdroj[50]

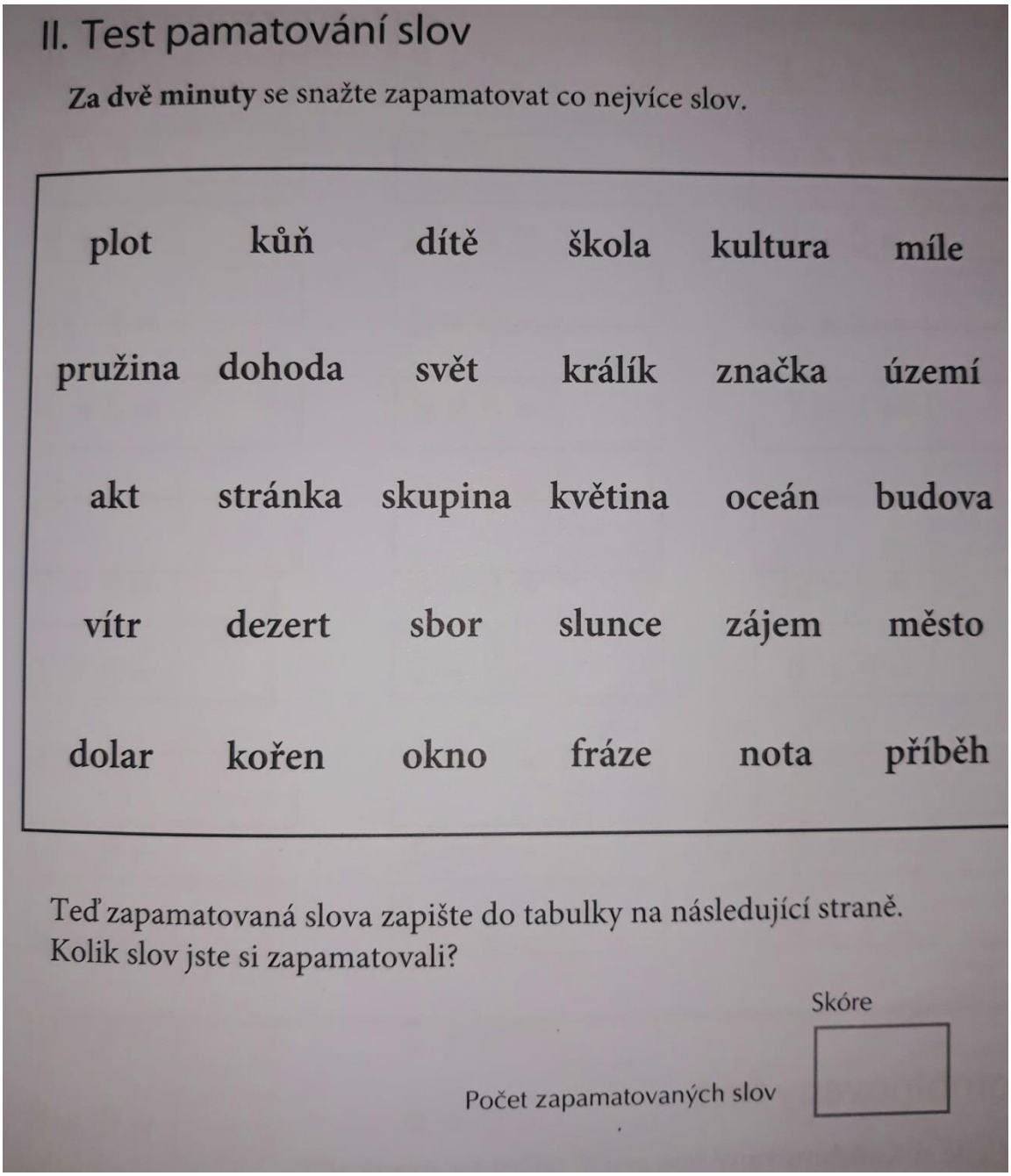
[50] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 69

Příloha B – Čtení barev

Zdroj[51]

[51] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 190

Příloha C – Pamatování slov



II. Test pamatování slov

Za dvě minuty se snažte zapamatovat co nejvíce slov.

plot	kůň	dítě	škola	kultura	míle
pružina	dohoda	svět	králík	značka	území
akt	stránka	skupina	květina	oceán	budova
vítr	dezert	sbor	slunce	zájem	město
dolar	kořen	okno	fráze	nota	příběh

Teď zapamatovaná slova zapište do tabulky na následující straně.
Kolik slov jste si zapamatovali?

Skóre

Počet zapamatovaných slov

Zdroj[52]

[52] KAWAŠIMA, R. *Tréning mozku: Zlepšení za 60 dnů.* 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. ISBN 978-80-29-1333-9. s. 111

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Šlechtová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Faktory ovlivňující život seniorů s Alzheimerovou chorobou v rodinách a institucích

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 61

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 12

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 16

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Shánilová, Ph.D.