

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019–2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lenka Kalábová

**Alzheimerova choroba jako novodobá epidemie
v sociálních a pobytových službách na Vysočině**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA, DBA

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2019–2022

BACHELOR THESIS

Lenka Kalábová

**Alzheimer disease as a new civilisation epidemic in the
social services and social facilities in Vysočina region**

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.,
MBA,DBA

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 6. 3. 2023

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji mému vedoucímu práce panu Mgr. Lukáši Stárkovi, Ph.D., MBA ,DBA

za cenné rady, postřehy a čas vynaložený při psaní bakalářské práce.

Abstrakt

V bakalářské práci je zpracováno téma Alzheimerovy choroby jako novodobé epidemie v sociálních a pobytových službách na Vysočině. K porovnání metod a práce s klienty byly vybrány zařízení, jako jsou Alzheimercentrum pp, s. r. o., v Jihlavě, Senior Home, s. r. o. – Domov se zvláštním režimem v Telči a SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o. Práce s těmito klienty vyžaduje vysoké nároky jak na zařízení, tak na personál, který v institucích pracuje. Metody, jak pracovat s těmito klienty, aby se naplnily jejich potřeby, jsou předem stanoveny, ale způsob jejich realizace se naplňuje rozdílně.

První část je věnována problematice demence a Alzheimerovy choroby. Druhá část se zaměřuje na sociální zařízení, jejich vybavení a metody práce s klienty. Poslední část se věnuje kazuistice, konkrétně u tří klientů s rozdílným typem stádia Alzheimerovy choroby. V závěru je zhodnoceno využití těchto metod při péči o klienty v zařízení s různými stadii onemocnění Alzheimerovy choroby. Nabízí se zde i možnost využití těchto metod při práci pečujícího personálu o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, DAS, demence, MMSE, sociální zařízení, sociální pracovník,

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of Alzheimer's disease as a modern epidemic in social and residential services in the Highlands. To compare the methods and work with clients were selected facilities such as Alzheimercentrum pp s.r.o. in Jihlava, Senior Home s.r.o. - Home with special regime in Telč and SeneCura SeniorCentrum Telč s.r.o. Working with these clients requires high demands on both the facilities and the staff working in the institutions. The methods of working with these clients in order to meet their needs are predetermined, but the way they are implemented varies.

The first part is devoted to the issue of dementia and Alzheimer's disease. The second part focuses on social care facilities, their equipment and methods of working with clients. The last part is devoted to a case study, specifically with three clients with different types of Alzheimer's disease stages. Finally, the use of these methods in the care of clients in facilities with different stages of AD is evaluated. The possibility of using these methods in the work of caregivers of persons with AD is also offered.

Keywords: Alzheimer's disease, DAS, dementia, MMSE, special care facility, social worker,

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY	11
1.1 DOSTUPNOST LÉČBY ALZHEIMEROVY CHOROBY	12
1.2 EKONOMICKÉ HLEDISKO ACH.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2 DEMENCE A JEJÍ DĚLENÍ.....	15
2.1 HISTORICKÝ PŘÍPAD ALZHEIMEROVY CHOROBY	17
2.1.1 Symptomy a progrese Alzheimerovy choroby	17
2.2 PROJEVY DEMENCE JAKO PŘÍZNAK ACH	19
2.2.1 Lehká forma demence u pacienta s ACH	19
2.2.2 Střední forma demence u pacienta s ACH.....	20
2.2.3 Těžká forma demence u pacienta s ACH.....	21
2.3 DIAGNOSTIKA A KLINICKÝ OBRAZ ACH	22
2.3.1 Kritéria pro diagnostiku ACH.....	23
2.3.2 Měřicí testy a škály	24
2.4 PÉČE A PODPORA KLIENTŮ S ACH.....	25
2.4.1 Ošetrovatelský proces u klienta s ACH	25
2.4.2 Legislativní povinnosti ošetrujícího.....	27
2.4.3 Instituce pro pomoc klientům s ACH	29
2.5 SYNTÉZA V KONTEXTU DOPADŮ ACH NA JEDINCE A SPOLEČNOST	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
3 METODIKA.....	31
3.1 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3.2 POUŽITÉ METODY	31
3.3 PRŮBĚH VÝZKUMU.....	33
3.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	34

4	VYBRANÁ SOCIÁLNÍ A POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ	35
4.1	ALZHEIMERCENTRUM JIHLAVA.....	35
4.2	SENECURA SENIORCENTRUM TELČ, S. R. O.	35
4.3	SENIOR HOME, S. R. O. – DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM TELČ	36
4.4	METODY PRÁCE VE VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH A POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH	36
4.5	MOŽNOSTI VYUŽITÍ AKTIVIZAČNÍCH METOD VE VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍCH ..	38
4.5.1	Alzheimercentrum Jihlava	38
4.5.2	SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o.	39
4.5.3	Senior Home, s. r. o. Telč	40
5	KAZUISTIKY KLIENTŮ S ACH VE VYBRANÝCH POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	41
5.1	KLIENTKA PAVLÍNA.....	41
5.2	KLIENT MIROSLAV	44
5.3	KLIENTKA JARMILA	47
6	DISKUZE	49
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	56
	SEZNAM ZKRATEK	61
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	62
	SEZNAM OBRÁZKŮ	62

Úvod

Alzheimerova nemoc jako degenerativní onemocnění mozku nejvíce postihuje seniory. Alzheimerovu chorobu lze definovat jako progresivní neurodegenerativní onemocnění, při němž dochází k postupnému úbytku nervových buněk v mozku a následné atrofii. Alzheimerova choroba má schopnost destruktivně ovlivnit osobnost člověka, k níž při vývoji dochází poměrně rychle, přičemž okolnosti, jako je typ demence a další přidružená onemocnění, zde mají taktéž velkou roli. Počty pacientů postižených demencí a Alzheimerovou chorobou jsou alarmující. Dle vědců se počty onemocnění i Alzheimerovy choroby za posledních čtyřicet let zvýšily trojnásobně a trend je stále na vzestupné křivce.

K těmto nárůstům dochází mj. vlivem přestárlé populace občanů v České republice. Alzheimerova choroba je tak velmi aktuálním tématem a rovněž obávanou nemocí stáří. Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní onemocnění byly v minulosti relativně podceňovány a nepovažovaly se za vážná onemocnění, zatímco v aktuální realitě výkonové společnosti se stává opravdovou hrozbou pro lidstvo. Na světě trpí tímto typem onemocnění miliony lidí. Postupná degenerace mozkových buněk vlivem Alzheimerovy choroby způsobuje změnu osobnosti a behaviorálních projevů, jako je ztráta paměti, uvažování a konání neodpovídající realitě, emocionální výkyvy chování či emoční projevy neodpovídající situacím. Lidé postižení tímto onemocněním přestávají zvládat pro člověka jinak běžné úkony, tzn. dojít nakoupit, uvařit či uklidit.

Při výběru bakalářské práce jsem byla ovlivněna osobní zkušeností z lékařského a rodinného prostředí. Problematika tohoto typu je mi velmi blízká a mám k ní úzký vztah. V mém rodinném prostředí se tento typ onemocnění projevil opakovaně, a proto vím, že život s demencí a Alzheimerovou nemocí je velice obtížný a pro lidi kolem mnohdy nepochopitelný a vzdálený.

V teoretické části práce je postupně rozebírán současný stav problematiky Alzheimerovy choroby jako novodobé epidemie a dále dělení demence, kde je rozebírána Alzheimerova choroba z úhlu jejich možných stadií a historie, dále z pohledu diagnostiky Alzheimerovy choroby a ošetrovatelské péče o klienty, kde je zahrnuta mj. legislativa ošetřujícího procesu, v neposlední řadě je uvedena syntéza v kontextu dopadů Alzheimerovy choroby na jedince a společnost.

Praktická část se věnuje v první řadě nastínění metodiky a výzkumného vzorku provedeného výzkumu a přibližuje pobytová zařízení (domovy se zvláštním režimem), ve kterých zkoumání probíhá. V další fázi se metodou rozhovorů s personálem a případové studie zabývá konkrétními případy klientů s Alzheimerovou chorobou a jejich celkovou anamnézou.

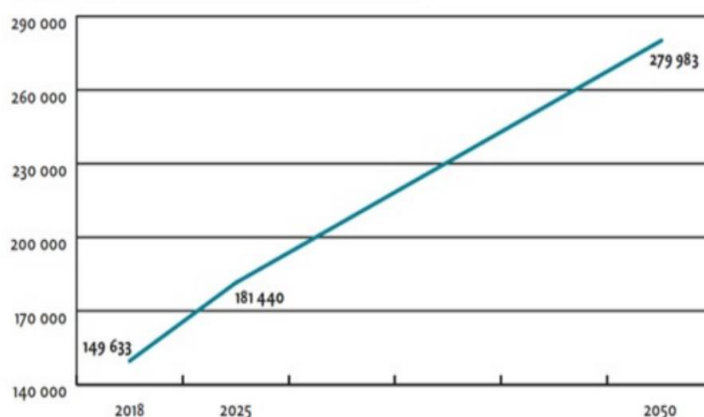
Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu života člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Dílčí cíle jsou stanoveny následovně: zjistit, jaké aktivizační metody pro práci s klienty s Alzheimerovou chorobou využívají vybraná pobytová zařízení; zjistit, jaký průběh onemocnění je zaznamenán u sledovaných případů klientů s Alzheimerovou chorobou; zjistit, jaký je psychický stav u sledovaných případů klientů s Alzheimerovou chorobou; zjistit, jak probíhá intervence u sledovaných případů klientů s Alzheimerovou chorobou.

1 Současný stav zkoumané problematiky

Je vhodné primárně vysvětlit termín „epidemie“ v kontextu této bakalářské práce. V odborné terminologii značí přenosné nemoci a choroby, mezi něž ale Alzheimerova choroba, dále jen ACH, nepatří. Termín má tedy za cíl poukázat na rozšíření a zvyšující se výskyt ACH v moderní společnosti. První kapitola se proto věnuje zhodnocení výskytu ACH ve 21. století.

Ve 20. století bylo onemocnění ACH velice vzácné, po 100 letech od objevu tohoto neurodegenerativního onemocnění lze mluvit o Alzheimerově chorobě jako o celosvětově šířící se epidemii. V populaci se onemocnění objevuje velice často, a to nejen u seniorů, ale i u mladších věkových kategorií. V Evropě chorobou trpí kolem 2,5 % populace a je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí celé společnosti. Procento onemocnění přibývá především u osob s pokročilým věkem. Dle statistického výzkumu se každých pět let zdvojnásobuje počet postižených osob s ACH. Procento propuknutí nemoci u osob nad 65 let se pohybuje v rozmezí 5–7 %. U osob nad 70 let riziko propuknutí onemocnění roste až na 10 %. V důsledku toho, že evropská populace stárne a lidé se dožívají vyššího věku, přirozeně roste i počet osob s onemocněním Alzheimerovou chorobou (ACH). V České republice je přes 160 tisíc osob s tímto onemocněním a křivka počtu přibývajících osob s onemocněním rozhodně není konstantní a dle odhadu vědců může být do roku 2050 na území ČR až 280 000 lidí s Alzheimerovou chorobou, viz Obrázek 1 (Zajac 2020; ZPMV ČR 2019; Praha2 2021).

Obrázek 1: *Predikce vývoje nárůstu lidí s demencí v rámci ČR*



Zdroj: zpracováno dle Praha2 2021

Lidé ve věku 75–84 let trpí tímto onemocněním v celých 19 %, ve věku 85 let výše je to až 42 % lidí. Zajímavostí je, že Moravskoslezský kraj za rok 2021 dosáhl počtu cca 18 000 osob postižených demencí, což je téměř totožné číslo se Středočeským krajem – cca 19 000, který je zásadně lidnatější. Dalším zajímavým statistickým faktem je, že demenci podléhají spíše ženy (cca 110 000) než muži (cca 50 000), a to o celou polovinu případů (ČALS 2022). Vzhledem k nadměrnému nárůstu lidí s tímto onemocněním zde je možné mluvit o epidemii 21. století.

1.1 Dostupnost léčby Alzheimerovy choroby

Před 100 lety Alois Alzheimer poprvé popsal příznaky demence, ale dodnes nejsou společnosti po celém světě schopny ACH účinně vyléčit. Přitom se nedá vědcům upřít snaha, která je do nalezení léku na ACH věnována – vědci se dokonce pokoušeli tolik potřebná výzkumná data o ACH zajistit pomocí zábavných aplikací, které zkoumají paměť a prostorovou orientaci člověka (výzkumná mobilní hra Sea hero). Problém ale tkví v dosud malé medializaci ACH, což způsobuje rovněž malý zájem široké společnosti o problematiku Alzheimerovy choroby. Proto není zcela známo, co způsobuje onemocnění ACH a jaké má dopady na široká společenství – kvůli malé badatelské činnosti a výzkumů u lidí (Mátl, Mátlová a Holmerová 2016).

U lidí trpících ACH se tak používají pouze léky, které dokáží zmírnit určité příznaky nemoci (deprese, poruchy spánku, úzkost, agrese a neklid) – antidepresiva, hypnotika, anxiolytika, neuroleptika. Po včasné zjištění lze inkluzi Alzheimerovy choroby taktéž snížit medikací kognitiv (ČALS 2022).

Zdá se, že společnost je velice blízko k nalezení léčby na Alzheimerovu chorobu, alespoň tato tvrzení podněcuje neurolog Martin Tolar (český lékař pobývajícím ve Spojených státech amerických a zakladatel firmy Alzheon), který tvrdí, že medikament může být dostupný na trhu již během několika let. Lékem, který by měl chránit lidstvo před agresivní nemocí ACH, je prozatím pojmenován jako ALZ-801. Nejen, že by bylo možné léčit ACH, ale na pracovištích by bylo možné určit i preventivní diagnózu u lidí (např. 15–25 let před propuknutím nemoci), u kterých jsou toxiny v mozku schopny způsobit onemocnění ACH v pozdější fázi. Lék je ve 3. fázi zkoumání a na trh by se odhadem mohl dostat v roce 2024–2025 – prozatím byl lék testován na zhruba 1 000 lidí, u kterých byl v mozku naměřen

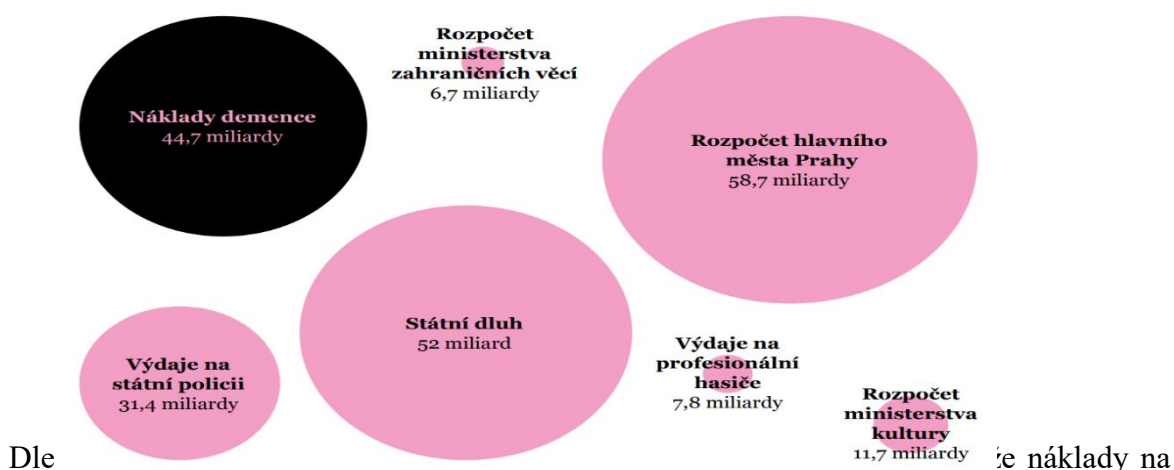
rostoucí počet proteinu – amyloidu, který se v pozdějších stádiích stává toxickým oligomerem a způsobuje propuknutí Alzheimerovy choroby (Přádová 2021; Borýsek 2021).

Je zásadní zprovoznit medikaci ACH, protože doba dožití u lidí je velmi vysoká, což s sebou rovněž přináší obrovské společensko-ekonomické dopady. Například americké společenství vynakládá na náklady spojené s péčí o lidi s ACH cca 500 miliard dolarů za rok, což je obrovský obnos financí, které protékají skrze státní i soukromé fondy. Firma Alzheon je proto silně financována nejen soukromými finančními injekcemi (mj. i z České republiky), ale také přímo americkou vládou. Dále se zapojují do podpory zpřístupnění léku taktéž investoři – firma má 200 investorů a na investicích získala více než půl miliardy dolarů (Přádová 2021; Borýsek 2021).

1.2 Ekonomické hledisko ACH

V rámci České republiky se náklady na péči o lidi s demencí pohybují v rámci HDP na 1 %, což činí obrovské číslo pohybující se v přepočtu okolo 45 miliard korun. V rozvojových zemích činí toto číslo asi 0,4 % z celkového HDP, ve vyspělých zemích pak 1,24 %. Je možné také poukázat na náklady ve spojitosti s demencí ve srovnání s jinými sektory a dostupnými rozpočty ministerstev (viz Obrázek 2) – kdy ani součty výdajů na profesionální hasiče či státní policii (v součtu 39,2 miliard korun) nedosahují celkové částky nákladů vynaložených na demenci (45 miliard korun). (Mátl, Mátlová a Holmerová 2016)

Obrázek 2: Srovnání ekonomických nákladů na demenci



Dle je náklady na
nemoci spojené s demencí jen v rámci evropských zemí činily v průměru 130 miliard Euro za rok. Společnost Alzheimer's Disease International uvádí v celosvětovém kontextu číslo 818

miliard amerických dolarů, které jsou vynakládány v souvislosti s demencí. Do roku 2030 dle statistik může křivka vyšplhat až na ohromné 2 biliony amerických dolarů.

V rámci ACH například VZP uvádí, že během pěti let stouply náklady až o 66 %. V roce 2015 byly náklady ještě pod 1 milion korun (viz Obrázek 3), v roce 2019 tyto počty stouply až na 1,5 milionu korun. Co 5 let se číslo pacientů s ACH zvýší v průměru o 11 000, což koreluje i se vzrůstajícími náklady na léčbu Alzheimerovy choroby (Sršeň 2020; Zajac 2020; Marešová a Kuča 2015).

Obrázek 3: *Náklady na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou od roku 2015–2019*

Rok	Počet pacientů			Náklady v tisících korun			
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Na pacienta
2015	10 855	25 007	35 862	252 202	638 897	891 100	24,848
2016	11 639	26 904	38 543	280 952	684 631	965 583	25,052
2017	12 472	29 056	41 528	323 032	803 895	1 126 927	27,137
2018	13 398	30 783	44 181	361 723	910 006	1 271 729	28,785
2019	14 376	32 311	46 687	418 583	1 061 533	1 480 116	31,7
Srovnání 2015/2019	+32,5 %	+29,2 %	+30,2 %	+65,9 %	+66,1 %	+66 %	+27,6 %

Zdroj: zpracování dle Sršeň 2020

V ekonomické stránce lze tak opravdu vnímat, že ACH je nejen problémem civilizačním a globálním, ale rovněž je možno ji představit jako epidemii, která se šíří závratnou rychlostí, představuje obrovské společensko-ekonomické potíže, a již proto je nutností tento vzestupný jev co nejúčinněji zastavit či alespoň zpomalit.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Demence a její dělení

Demence pochází z latinského slova – demens, kde předpona „de“ v překladu znamená odstranit a „mens“ znamená mysl. Pojem demens tedy vyjadřuje korelaci mezi stavem mysli a rozumovým jednáním, v medicíně tento pojem poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus (Zvěřová 2022).

Demence je vážné duševní onemocnění s typickými symptomy poruchy intelektu, paměti a osobnosti, která vzniká v průběhu života. Procento nemocných narůstá s věkem, přičemž úbytek kognitivních funkcí se prolíná s veškerými aktivitami běžného života nemocného, a proto je demence nejobávanější chorobou vyššího věku člověka (Zvěřová 2022).

Demence je souhrnné označení pro různé mozkové choroby, které mohou vyvolávat příznaky, jako jsou poruchy paměti, myšlení a chápání. Při vývoji těchto onemocnění se objevují potíže ve schopnosti učit se, srozumitelně komunikovat nebo činit správné úsudky, přičemž vědomí zůstává neporušeno. Je známo, že tento syndrom ztěžuje ovládnutí emocí spolu se sociálním chováním a také motivací (Franková 2011).

Je potřeba nastínit rozdělení a zařazení demence pod určitý systém dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a příbuzných zdravotních problémů (MKN-10 2008 in Zvěřová 2017). Mezinárodní klasifikace nemocí schválila desátou revizi v roce 1990, a to světovým zdravotnickým shromážděním. Aktualizace zmíněné desáté revize byla schválena v letech 1996–2011 a je platná od 1. 1. 2003. Klasifikace je rozdělena do dvaceti kapitol, v desáté revizi je použito systémového kódování – alfanumerického (jedno písmeno a tři číslice). V páté kapitole jsou rozděleny demence, duševní poruchy a poruchy chování (F00-F99) pod názvem Organické duševní poruchy včetně symptomatických (MKN-10 2008 in Zvěřová 2017).

„Demence (F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť. Myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u

Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (MKN-10 2008 in Zvěřová 2017, s. 7).

Demence se obvykle dělí do dvou základních skupin: na choroby atroficko-degenerativní (primární degenerativní demence) a demence sekundární – vzniklé v důsledku jiné primární poruchy. Sekundární demence se pak dělí na demence ischemicko-vaskulární a ostatní sekundární demence, a to na infekční, posttraumatické nebo metabolické etiologie (Hort, Jiráček 2007).

Atroficko-degenerativní demence nejsou dosud dostatečně prozkoumány po stránce etiologické. U některých z nich byla zjištěna genetická podmíněnost, nebo alespoň výskyt genetických komponentů v etiopatogenezi. Také se uvažuje o řadě faktorů, které ovlivňují penetraci geneticky přenosných znaků, jedním z významných faktorů je věk. Při atroficko-degenerativní demenci dochází ke snížení a změně počtu nervových buněk. Do této kategorie lze řadit Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky, Huntingtonovu chorobu, progresivní supranukleární obrnu, Pickovu chorobu a jiné lobární demence či další poměrně vzácné demence (Hort, Jiráček 2007). Dále lze rozdělit demence na sekundární – ischemicko-vaskulární demence a ostatní sekundární demence.

Do sekundárních demencí lze řadit symptomatické demence, tzn. ischemicko-vaskulární demence a ostatní symptomatické demence. Zde dochází především k poškození mozkové tkáně a k poruchám cév, přičemž tato poškození vznikají primárně u mozkového infarktu (Hauke 2017).

Ischemicko-vaskulární demence se projevují náhlým začátkem, zde je možno řadit například multiinfarktovou demenci, Biswangerovu chorobu, demenci způsobenou strangulací a jiné vzácné vaskulární demence (Hauke 2017).

Ostatní symptomatické demence jsou demence způsobené převážně infekčním onemocněním, jako je AIDS. Je možno zde uvést Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc, nádorové onemocnění mozku, metabolické demence – jaterní encefalopatie, intoxikační demence – alkoholová demence, farmakogenní, drogová demence, otrava oxidem uhelnatým, traumatická demence, posttraumatická demence a jiné demence způsobené nádorovým onemocněním (Hauke 2017).

2.1 Historický případ Alzheimerovy choroby

O Alzheimerově chorobě (ACH) jako o neurodegenerativním onemocnění mozku v roce 1906 poprvé referoval německý lékař Alois Alzheimer na společném setkání s psychiatrickými lékaři v německém Tübingenu. Na setkání německý psychiatr líčil případ své pacientky, kterou popisoval jako psychicky narušenou osobu trpící „podivným onemocněním mozkové kůry“, na což také zemřela ve svých 55 letech. Pacientka se o sebe neuměla dostatečně postarat a zároveň odmítala pomoc ostatních (Callone 2020).

V roce 1901 byla pacientka hospitalizována na klinice, kde se u ní objevily symptomy dezorientace, problémy se psaním a čtením se výrazně zhoršovaly a přibyla k nim i degenerace funkce paměti. Pacientka si nemohla vzpomenout na místo a datum svého narození a nebyla orientována v čase. Při pohledu na své blízké se neobjevila žádná reakce, tudíž je nepoznávala. K příznakům, které se u pacientky výrazně zhoršovaly, se připojily i halucinace. Dále byla shledána degradace navazování a udržování sociálních vztahů pacientky. Pitva post mortem prokázala v mozku mnoho odumřelých nervových buněk a depozita, která byla tvořena zvláštním proteinem. Jedná se o první zaznamenaný případ ACH v historii (Callone 2020).

2.1.1 Symptomy a progrese Alzheimerovy choroby

V současné době se Alzheimerova choroba považuje za závažné onemocnění, které postihuje oblast zdravotní, sociální i ekonomickou. Lidem s tímto onemocněním se ukládají v mozku proteinová depozita, tzv. plaky. Do dnešního dne není objasněné, proč se tento proces děje. Nemoc se stává i v dnešní době neléčitelnou a její průběh se dá pouze zpomalit, ne zcela vyléčit. ACH se vyskytuje častěji u žen než u mužů a nevyhýbá se žádné věkové kategorii ani společnosti. Nejvýznamnější osobností a obětí zákeřné nemoci byl mj. bývalý americký prezident Ronald Reagan (Carter 2020).

V současnosti se považuje ACH za progresivní degenerativní onemocnění mozku způsobující duševní a fyzické zhoršení stavu, které vede až ke smrti. Zpočátku se onemocnění projevuje jen v malých změnách v chování – pacienti mívají problémy s krátkodobou pamětí. Potíže se vyskytují převážně v počítání – správě svých financí, rozhodování a v učení. Postižený v dalším stadiu ztrácí kontrolu nad svými emocionálními projevy chování, chová se neadekvátně k dané situaci a nepředvídatelně. Postižený přestává rozumět významu slov

druhých a přestává mít ponětí o svých činech, aktivitách a jejich příčinách či důsledcích (Hort, Jiráček 2007).

U postiženého dochází k problémům zejména v myšlení, komunikaci, chápání a zapomínání. Pacient zapomíná jednoduché činnosti, které byly v dřívějším životě samozřejmé a automatické. Také ztrácí orientaci ve známém prostředí a prostoru. V posledním stadiu nemoci postižený zapomíná svou identitu, minulost a nepoznává své blízké ani rodinné příslušníky. Na druhou stranu vnímá dotyky, dokáže reagovat na různé emoce a je schopen poslouchat. Projevy postiženého jsou tlumené, více se uzavírá do sebe, postupně přestává vnímat své okolí. V souhrnu změn se transformuje jeho chování a kontrola nad jeho náladami a emocemi, tyto změny pak způsobují abnormální stres (Hort, Jiráček 2007).

U pacientů s ACH je velice obtížné předpovědět kdy a jaké symptomy se u daného jedince projeví a jakou rychlostí se bude onemocnění vyvíjet. Onemocnění zásadně ovlivňuje kineticko-motorickou schopnost člověka. Postižený ztrácí dříve zautomatizované pohybové dovednosti a přestává vykonávat běžné činnosti. Rozumí se tím to, že postižený nedbá na péči o svůj zevnějšek, zanedbává nebo úplně vynechává hygienické návyky, postupem času dochází i ke ztrátě kontroly nad močením a vyměšováním. Pacient se stává závislým na pomoci druhé osoby nebo ošetřujícího personálu (Bredesen 2020).

Průměrně žijí lidé s touto diagnózou přibližně sedm let od stanovení diagnózy, ale dobažití se může u jednotlivých osob lišit. Zmíněné degenerativní onemocnění mozku se v čase nekontrolovatelně zhoršuje a vždy končí smrtí; v současné době neexistuje žádný lék ani způsob, jak předpovědět, do jaké míry bude jedinec nemocí postižen. Proto je Alzheimerova choroba obzvláště obtížně zvládnutelná, jelikož léčba se zaměřuje spíše na zpomalení postupu nemoci než na její úplné vyléčení (Samadani 2022).

Ačkoli lékařský výzkum probíhá již řadu let a jsou vyvíjeny nové léky, které se snaží zpomalit nebo dokonce zastavit postup nemoci, bohužel se zatím nepodařilo dosáhnout žádného průlomu a stále nejsou k dispozici žádné definitivní možnosti léčby. K dispozici jsou některé léky, které mohou pomoci zmírnit konkrétní příznaky, jako je ztráta paměti a zmatenost, nicméně tyto léky nezastaví ani nezvrátí poškození mozkových buněk způsobené Alzheimerovou chorobou (Regnault 2011).

V současné době je jedním z nejlepších přístupů ke zvládnutí tohoto onemocnění změna životního stylu, která podporuje zdravé návyky, jako je správné stravování, pravidelné

cvičení, společenská aktivita a zapojení do duševně stimulujících činností. Cvičení může napomáhat snížení zánětu v mozku spojeného s Alzheimerovou chorobou, zatímco sociální interakce prokazatelně pomáhá především předcházet demenci. I v případě, že k diagnóze dojde ve věku 65 let a více, může být zachování fyzické a duševní aktivity pacienta stále prospěšné pro zmírnění některých důsledků této ničivé nemoci (Callone 2020).

2.2 Projevy demence jako příznak ACH

Syndrom demence u pacientů postižených ACH se projevuje v několika oblastech (Coste 2004; Jiráček a kol. 2009; Zvěřová 2022):

- v oblasti intelektu,
- v oblasti paměti a myšlení,
- v soudnosti,
- v oblastech abstraktního myšlení,
- u pozornosti,
- v motivaci,
- v náladách.

V důsledku toho dochází k poruchám osobnosti a k celkové degradaci osobnosti. U demence rozlišujeme tři stadia: lehká, střední a těžká (Coste 2004; Jiráček a kol. 2009; Zvěřová 2022).

2.2.1 Lehká forma demence u pacienta s ACH

Počáteční formou demence je tzv. lehká forma. Projevuje se především v potížích s koordinací těla, postižení se cítí nejistí při chůzi a využívají opory k přidržení. Krátkodobá paměť postupně nápadně selhává. Začátek lehké formy demence může být nesprávně pochopen a zaměněn se stárnutím obecně. Postižený postupně zapomíná, tedy projevují se poruchy paměti. Při stárnutí člověka se proces zapomínání ve společnosti považuje za normu, ale při lehké formě demence u pacienta s ACH je tento proces strmější. Postižený tak často zapomíná, že není schopen si vybavit ani právě čerstvé a nové informace, přesto si ale spíše vybaví staré vzpomínky a zážitky z dětství a mládí. Vzpomínky se vynořují opakovaně, a proto o nich pacienti velice často mluví (Regnault 2011).

Postižené provázejí rovněž problémy s prostorovou orientací, což vede k častému bloudění v méně známém prostředí, přičemž trpí především krátkodobou dezorientací. Pacientům taktéž dělá velký problém určit jaký je den, měsíc či rok (Carter 2020).

Postižení mívají problém s artikulací a s plynulým vyjadřováním. Často vyslovují myšlenku, kterou následně nedokáží dokončit, protože zapomenou její pravý smysl či příčinu vzniku. Již v lehkém průběhu demence se mohou začít objevovat první známky poruch vnímání, halucinace a deprese (Regnault 2011).

Při vyšetření u lékaře jsou postiženým pokládány otázky. Otázky jsou pro ně složité a nesrozumitelné, a proto se často obracejí s pomocí na své doprovody. Je potřeba říci, že u lehké formy demence je postižený stále schopen základní péče o sebe sama (Regnault 2011).

Pacienty s lehkou demencí velmi často provází ztráty paměťových stop, kdy jsou schopni odložit své osobní věci na konkrétní místo a po chvíli ztratit pojem o prostoru, kam je uložili. Stává se tak stále častěji, že nejsou schopni najít peněženku, klíče, mobilní telefon a jiné věci. Dalším stadiem je pak stresová reakce postiženého, kdy dochází k obviňování lidí kolem nich, že jsou jim osobní věci schovávány či odcizovány. Jednoduché rozhovory však se svými blízkými zvládají bez komplikací. Pacienti si své onemocnění totiž neuvědomují, cítí se zdraví a spokojení, své potíže s pamětí si nepřipouštějí a zásadně nesouhlasí se s horšením stavu své paměti (Coste 2004).

V souhrnu se lidé trpící lehkou formou demence potýkají s řadou problémů, od potíží s komunikací až po příznaky, jako jsou deprese, úzkost a agresivita. Potíže s pamětí mohou být obtížně řešitelné, často se projevují dezorientací v prostoru nebo čase a potíže s uchováním osobních věcí, které dříve poznávali. Ztráta zájmu u pacienta často následuje spolu se sníženou motivací, což může člověku, který se potýká se zmíněnými problémy, bránit v účasti na činnostech, které mu před ztrátou paměti přinášely radost; což vede k následné ztrátě původní identity člověka (Moustafa 2022).

2.2.2 Střední forma demence u pacienta s ACH

Progresivní charakter onemocnění je příčinou přechodu do střední formy, kdy přichází zhoršování dlouhodobé paměti. Postižený není schopen vykonávat běžné činnosti, které dříve bez problému zvládal. Zhoršena je i orientace časem a místem. V této fázi lze pozorovat závažnější problémy a příznaky onemocnění, tyto potíže již zásadně omezují poškozeného

v běžném životě a každodenních činnostech. Paměť postiženého se zhoršuje, v komunikaci mu vypadávají běžná slova. Zhoršuje se nejen komunikační schopnost, ale i schopnost vzpomenout si a pojmenovávat věci kolem – tedy schopnost poznávací. V paměti se objevují výrazné výpadky a projevuje se taktéž neschopnost soustředit se na určitou věc či činnost (Bredesen 2020).

U pacientů s Alzheimerovou chorobou při střední formě demence může být postupné zhoršování schopností obzvláště výrazné; ztrácejí schopnost číst, psát a počítat a zároveň jsou zahaleni do mlhy zmatku, pokud jde o prostorové vědomí a časovou orientaci. Vzpomínky se stávají neúplnými a odtrženými útržky, zatímco vzpomínky z minulých let zůstávají živé, přičemž ale nahrazují jedna druhou, kde se navzájem spojují mezi různě vzdálenými časy několika odlišných realit (Regnault 2011).

Poruchy v chování jsou častější a výraznější, objevují se bludy a halucinace. U postižených se objevují paranoidní stavy, kdy jsou obviňováni blízcí, rodina a příbuzní z různých krádeží. Nemusí se jednat jen o krádeže, ale také o nechtěné návštěvy, ataky na postiženého, kdy pacient pociťuje ztrátu bezpečí. V tomto stupni postižení se již nemocný nedokáže o sebe sám postarat. Ztrácí schopnost dodržovat osobní hygienu, pořádek a čistotu svých věcí. Nedokáže se sám obléci nebo přizpůsobit oblečení danému stavu počasí, společenské události či jiné příležitosti. Postižený bývá zmatený, velmi často bloudí a ztrácí se. Změna osobnosti je v této fázi častějším procesem a dochází zde i k sebestřednosti a sobeckosti postiženého (Bredesen 2020).

S postupující demencí jsou její následky stále závažnější. Mezi tyto důsledky patří rostoucí deficit paměti a poznávacích schopností, zhoršené komunikační schopnosti, které mohou vést k paranoie nebo agresi a také neschopnost provádět základní úkony, jako je nakupování nebo oblékání bez pomoci. V této fázi onemocnění jsou běžné halucinace a různé intenzivní bludy, které mohou být rušivé jak pro pacienta, tak pro pečovatele (Samadani 2022).

2.2.3 Těžká forma demence u pacienta s ACH

Těžká forma Alzheimerovy choroby je zničující onemocnění, které může člověka připravit o kompletní identitu a nezávislost. Nemoc postupně ničí mozkové buňky, což způsobuje ztrátu paměti, potíže s myšlením, jazykové problémy a další invalidizující změny

chování. Jak nemoc postupuje, může způsobovat hluboké fyzické i psychické potíže jak pacientovi, tak jeho rodinným příslušníkům (Regnault 2011).

V nejpokročilejších stádiích se těžká Alzheimerova choroba vyznačuje úplným rozpadem osobnosti, neschopností komunikovat s ostatními lidmi nebo vykonávat základní životní činnosti. Lidé ztrácejí smysl pro vlastní identitu, protože na fotografiích nebo v zrcadle již nepoznávají sebe ani své blízké. Mohou mít stále větší zmatek v časoprostoru, a nakonec mohou úplně ztratit schopnost souvisle mluvit, což vede k obtížnému hledání slov nebo porozumění kladeným otázkám (Samadani 2022).

Závažnost příznaků se může u jednotlivých osob značně lišit v závislosti na rychlosti progresu a postižené oblasti mozku. V důsledku toho je důležité, aby pacienti byli pravidelně vyšetřováni vyškolenými zdravotnickými pracovníky, aby mohla být v případě potřeby předepsána vhodná léčba, například léky na snížení úzkosti nebo léčba deprese. Situaci dále komplikují některá tělesná onemocnění, jako je cukrovka nebo vysoký krevní tlak, která mohou zvyšovat riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Úmrtí nakonec obvykle způsobují komplikace spojené s těžkou Alzheimerovou chorobou v důsledku zápalu plic nebo jiných infekcí (Moustafa 2022).

2.3 Diagnostika a klinický obraz ACH

Aby bylo možné stanovit spolehlivou diagnózu u osob trpící demencí, musí lékaři se zkušenostmi v této oblasti provést rozsáhlé zhodnocení osobní a rodinné anamnézy pacienta, sledovat změny kognitivních funkcí, paměti a chování v průběhu času, posoudit jejich poznávací schopnosti pomocí testů vhodných pro taková vyšetření, v případě potřeby provést laboratorní vyšetření a neurologické vyšetření včetně CT. Všechny tyto kroky jsou nezbytné k tomu, aby se před definitivním závěrem o diagnóze Alzheimerovy choroby řádně vyloučily všechny ostatní možné příčiny zhoršeného poznávání u pacienta (Moustafa 2022).

Klinická diagnóza vychází z klinických příznaků a vývoje onemocnění. Zakládá se na doporučených a užívaných kritériích, které jsou mezinárodně uznávané, jsou to skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984 (Regnault 2011).

2.3.1 Kritéria pro diagnostiku ACH

O naplnění kritérií pro diagnostiku pravděpodobné Alzheimerovy choroby rozhoduje klinické a neuropsychologické testování. O pravděpodobné Alzheimerově chorobě lze tedy mluvit, pokud byla demence prokázána klinickým vyšetřením, doložena testy a potvrzena neuropsychologickým vyšetřením. Dalšími kritérii je zjištění poruch dvou nebo více poznávacích funkcí, progresivní zhoršení paměti a poznávacích funkcí. Klinicky se demence projevila mezi 40–90 lety života pacienta, kdy došlo k celkovému systémovému onemocnění, poruchám mozku a poznávacích funkcí, přičemž porucha vědomí naplněna nebyla (Regnault 2011; Korábečný a kol. 2020).

Pro potvrzení a stanovení diagnózy pravděpodobné Alzheimerovy choroby, je potřebné vysledovat typické symptomy, jako jsou deteriorace poznávacích funkcí, afázie, apraxie, agnozie, změny v chování, rodinná anamnéza prodělaného onemocnění, porucha každodenních aktivit pacienta a nespecifické změny na EEG. Další klinické příznaky pro stanovení pravděpodobné Alzheimerovy choroby jsou deprese, nespavost, inkontinence, bludy, iluze, halucinace, ztráta hmotnosti, emocionální výkyvy a poruchy sexuality (Rektorová a kol. 2012; McKhann a kol. 2011; Vyhnálek a kol. 2012).

U diagnostiky možné ACH je potřeba naplnit kritéria, jako je netypický průběh nemoci v čase (např. rychlý počátek nebo proměnlivý průběh), není známa etiologie a rovněž nejsou naplněny klinické symptomy (i přes pozitivní biomarkery a vyšetření mozku biopsií), které by potvrdzovaly demenci typu ACH (Rektorová a kol. 2012; McKhann a kol. 2011; Vyhnálek a kol. 2012).

U jisté Alzheimerovy choroby se u pacienta naplnily kritéria určená pro pravděpodobnou ACH a byly potvrzeny histologickým vyšetřením – autopsie nebo biopsie (Rektorová a kol. 2012; McKhann a kol. 2011; Vyhnálek a kol. 2012).

Jedná-li se o nepravděpodobnou ACH, pak se u pacienta neobjevují typická klinická kritéria ACH, zatímco projevy (ložiskové neurologické příznaky – hemiparéza, epileptické fenomény – poruchy chůze) mohou ukazovat u pacienta na demenci jiného typu – např. na Huntingtonovu nemoc (Rektorová a kol. 2012; McKhann a kol. 2011; Vyhnálek a kol. 2012).

Platnost a spolehlivost výše uvedených kritérií byla ověřena pokusem tří lékařských institucí na šedesáti nemocných. Z těchto šedesáti nemocných trpělo Alzheimerovou nemocí 40 lidí (Regnault 2011; Korábečný a kol. 2020).

Pro ověření současného a premorbidního stavu kognitivních funkcí osobnosti se užívá neuropsychologického vyšetření. Součástí vyšetření je i hodnocení emočního stavu a adaptace osobnosti na poškození mozku. Vyšetření motorického a senzorického systému je součástí vyšetření, sleduje se především pozornost, krátkodobá a dlouhodobá paměť, procedurální paměť, řeč a vizuospeciální funkce. Pro neuropsychologické vyšetření se používají měřicí testy a škály. Na diagnostiku Alzheimerovy nemoci je konkrétně zaměřena stupnice ADAS (Kisvetrová 2020).

2.3.2 Měřicí testy a škály

ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale) se v hodnocení stupně demence užívá jako screeningový nástroj pro diagnostiku kognitivních změn v důsledku propuknutí ACH. Globálně je také užívána stupnice GBS (The Gottfries-Bråne-Steen) pro stanovení typu demence, kde je užito metod strukturovaného rozhovoru a pozorování pacienta (Regnault 2011).

Pro metody orientační se velice často používá metoda MMSE (Mini-Mental State Examination). Test je určen k posouzení poruch kognitivních funkcí a užívají jej především psychiatři a neurologové k vyhodnocení stupně poruchy. Test má ukázat, jak se postižený orientuje v čase, v prostoru, jakou má schopnost rozpomínání (tři věci), dále se zde pozorují kreativní schopnosti (kreslení), ale také jednoduché řečové dovednosti. Maximální počet bodů, kterých může člověk dosáhnout, je 30 bodů. Dosažení těsné hranice pod 30 bodů se považuje u testovaného za klinicky nenápadný. Test se nemůže provádět samostatně bez dalších testů, hodnoty testu nejsou tak směrodatné a mají malou vypovídací hodnotu o postiženém. Tento test je rovněž určen pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci (Regnault 2011).

(Disability Assessment For Dementia) neboli DAD se využívá k hodnocení schopnosti vykonávání běžných aktivit denního života – při poruše kognitivních funkcí se tyto schopnosti zásadně proměňují. Testy jsou opakovány a sledován je vývoj postupných změn. Test sleduje především základní, instrumentální aktivity denního života a aktivity volného času člověka – do základních aktivit denního života patří zejména sebeobsluha, péče o sebe sama (hygiena,

oblékání, stravování, kontinence). Z počátku nemoci postižený tyto důležité základní schopnosti začíná ztrácet (Kisvetrová 2020).

Testování aktivit v běžném životě u ACH

S postupující Alzheimerovou chorobou mohou postižení postupně ztrácet zájem o své oblíbené činnosti a návyky. Změny se týkají jak instrumentálních činností, jako je telefonování nebo příprava jídla, tak volnočasových aktivit, jako jsou procházky a jiné zájmy. Kromě toho se může stát náročnou i základní péče o sebe sama; dovolená je často obtížná i kvůli nepředvídatelnosti příznaků, které se u nemocných v různých stádiích této nemoci projevují (Korábečný a kol. 2020).

Test hodin patří mezi jeden z nejznámějších testů na ACH. Kresba a vyznačení hodin je nejcitlivější metoda k odhalení počátku Alzheimerovy nemoci. Postižený má za úkol znázornit hodiny do předem připraveného kruhu. Úkol spočívá ve schopnosti dokreslit jednotlivé prvky, a to zejména čísla a následně ciferník, poslední úkol pak zní vyobrazit určitý čas na obrázku (Jiráček a kol. 2009).

Je zřejmé, že finální diagnostika ACH je náročný a složitý proces, v samotných počátcích nelze nemoc určit s absolutní jistotou. Naproti tomu změny se začínají projevovat v rámci každodenního života, a proto může podezření na propuknutí ACH vzniknout poměrně záhy. Jedinec se přitom preventivně může zaměřit na udržování svých kognitivních schopností a oddalování progresu (Jiráček a kol. 2009).

2.4 Péče a podpora klientů s ACH

Následující podkapitoly se zabývají postupně ošetrovatelským procesem u klientů s ACH, dále legislativními povinnostmi ošetrojícího u klientů s ACH a institucemi, které se podílí na intervenci a jiné pomoci v rámci Alzheimerovy nemoci.

2.4.1 Ošetrovatelský proces u klienta s ACH

Péče o klienta postiženého Alzheimerovou chorobou není jednoduchý úkol; vyžaduje obrovské nasazení a porozumění nemoci. Je potřeba mít povědomí o tom, kdy je čas vyhledat odbornou pomoc nebo v případě potřeby zvážit umístění klienta do specializovaného zařízení, což může být zásadní pro zachování fyzického zdraví i emocionální pohody dotčených.

Přesná a včasná diagnóza může znamenat rozdíl mezi pokračováním života postiženého s drobnými změnami, nebo úplným rozvratem života jedince a jeho okolí – pečovatelé se tak stávají neocenitelnou součástí celého procesu (ČALS 2022).

Život s ACH v domácím prostředí může být pro postiženého a jeho okolí obtížné, protože jakákoli náhlá změna stavu pacienta může mít nečekané následky. Domácí prostředí poskytuje pacientům určitou míru bezpečí a pohodlí, což jim pomáhá zvládat příznaky o něco snadněji, než kdyby byli umístěni do pečovatelských zařízení nebo do prostředí mimo domov. S přemístěním na taková místa přichází zvýšené riziko adaptačního syndromu; to je situace, kdy se jedinci snaží orientovat v důsledku nového prostředí, což vede symptomaticky k dezorientaci, agresi, depresi a dalším psychickým problémům vyplývajícím z tísně způsobené zmatkem ze změny prostředí (Halová 2010).

Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou vyžaduje zvláštní pozornost, pokud jde o hygienu a péči. Pečovatelé vědí, že tito lidé často zapomínají na důležitost udržování správných návyků, a proto se musí snažit mít na paměti především jejich důstojnost. Koupání by proto mělo být poměrně příjemnou činností – takovou, která podporuje nezávislost, kdekoli je to možné, a zároveň vždy zohledňuje další bezpečnostní opatření. Zohledňuje se také potřeba intimní péče, jakož i podpora pocitu pohodlí v průběhu celého procesu (Jirák a kol. 2009).

Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je často složitá, protože mnoho z těchto osob není schopno se samo obléknout nebo si vybrat vhodné oblečení. Poskytovatelé péče proto musí motivovat ty klienty, kteří jsou ještě schopni samostatné obsluhy, a zároveň zajistit bezpečnost a péči těm, kteří to již nedokážou. Bezpečností opatření pak pro klienty spočívají například v nošení pevné obuvi, která bezpečně přiléhá k noze a nemá otevřený prostor na patě, doporučuje se rovněž poskytovat snadno připevnitelné oblečení bez malých částí, jako jsou zipy a knoflíky (Masopust, Vališ 2018).

Ošetřování pacienta s ACH zahrnuje i péči o jeho specifické stravovací a nutriční potřeby. S postupujícím onemocněním potřebuje mnoho pacientů pomoc s příjmem stravy, protože se objevují potíže s polykáním a kousáním potravy. Pro zajištění dobrého fyzického zdraví v tomto náročném období je důležité, aby klienti dostávali pravidelnou a vyváženou stravu a nepodléhali tak podvýživě. Aby se předešlo podvýživě, je třeba pečlivě sledovat časy jídel a taktéž zajistit, aby příjem potravy těchto klientů vždy doprovázelo dostatečné množství

tekutin (Masopust, Vališ 2018). Proto je jejich strava upravena tak, aby jim byla poskytována plnohodnotná výživa ve vhodné formě, a to buď nakrájená na malé kousky, nebo rozmačkaná či připravená v tekutém stavu podle potřeby (Jirák a kol. 2009).

Klienty často trápí nespavost, kdy dospávají ve dne to, co zameškali v noci. To může být zdrojem rušivých vlivů pro osoby žijící v jejich okolí, proto by měla být snaha motivovat klienty k aktivnímu zapojení do činností, které je udrží v bdělém stavu i během dne, což zahrnuje například cvičení či procházky (Lange 2019).

Zajištění pohodlí a bezpečí klienta trpícího Alzheimerovou chorobou je prvořadé. Za tímto účelem by nikdy neměli být ponecháni sami, ale měli by být obklopeni společností, která by jim v případě potřeby poskytla podporu a pomoc. Izolace klienta v takových případech nepřipadá v individuálních plánech péče v úvahu (Weatherill 2020).

Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou taktéž vyžaduje vytvoření prostředí, které snižuje riziko případného zranění. Proto je třeba přijmout preventivní opatření, jako je vyhýbání se nebezpečným situacím a potenciálním rizikům (Weatherill 2020).

Alzheimerova choroba má dalekosáhlé důsledky, které ovlivňují nejen nemocné, ale i jejich rodiny. S postupujícím onemocněním pacienti často vyžadují rozsáhlou péči ze strany příbuzných nebo lékařů, což může u pečujících osob vyvolat pocit vyčerpání a deprese se zvýšeným rizikem neurotických problémů; kromě toho se mohou objevit finanční problémy spojené se ztrátou pracovních příležitostí v důsledku snížené pracovní schopnosti. S ničivými účinky podobnými těm, které se projevují u kardiovaskulárních onemocnění, zhoubných nádorů a AIDS, což jsou všechny tři hlavní zdravotní zátěže lidstva – je ACH podle Jiráka právem považována za jeden z nejvýznamnějších problémů společnosti (Jirák a kol. 2009).

2.4.2 Legislativní povinnosti ošetřujícího

Kvalita ošetřovatelského procesu se odvíjí od řady aspektů. Je vhodné poukázat na motivaci ošetřujícího, který může být buď rodinným příslušníkem, jenž o pacienta pečuje dobrovolně, nebo profesionálem z řad sociálních či zdravotnických pracovníků. Jedná-li se o výkon povolání, ošetřovatelský proces pak podléhá zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální, pobytová i další zařízení v České republice se musí řídit zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. K pacientům s ACH i ostatním ošetřovaným se řadí společné ustanovení § 2 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, které říká: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“*

Znění zákona vychází dle názoru autorky z lidské přirozenosti a humánního smýšlení moderní společnosti. Z tohoto důvodu by se princip zákona měl vztahovat i na pečující rodinné příslušníky, jedná se však pouze o předpis pro pečující služby.

Určité legislativní povinnosti se vztahují také k problematice poskytování služeb v domovech se zvláštním režimem dle § 50 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění: *„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“*

Domov se zvláštním režimem je přizpůsoben potřebám pacientů s ACH a většinou k jejich ubytování dochází ve chvílích, kdy se nemoc rozvinula do střední nebo těžké demence, nebo když rodinný příslušník již nemá dostatek sil, motivace a prostředků o pacienta s ACH samostatně pečovat. Poslední možností je situace, kdy za pacientem dojíždí terénní služba, jejíž služby se však kvůli progresi ACH stávají později nedostačující. I v těchto domovech je nutné dodržovat všechny zákonné postupy a nařízení, zejména nadále dbát na důstojnost pacienta s ACH, i když již zlepšení stavu či pokrok u pacienta není možný (Masopust, Vališ 2018).

2.4.3 Instituce pro pomoc klientům s ACH

V České republice jsou přítomny primární instituce, které se problematikou demence a ACH zabývají. Každý městský úřad nebo obecný úřad má sociální odbor, kde lidé mohou požádat o pomoc. Pomoc těchto institucí spočívá pak ve vyřízení finanční podpory, doporučení sociálního zařízení nebo poskytnutí kontaktu na vhodné pečovatelské služby. V ČR existuje mnoho neziskových organizací zabývajících se sociální pomocí – organizace se věnují nejčastěji seniorům obecně a některé organizace se již přímo specializují na pomoc lidem s ACH a jejich rodinám. Nejznámější organizace v České republice je Alzheimerova společnost založená v roce 1997 a vznikala setkáváním profesorů, lékařů, sociálních pracovníků a zdravotních sester z oboru gerontologie (Halová 2010).

V České republice dále v roce 1996 vznikla Česká Alzheimerova společnost (ČALS). Společnost byla založena pro pomoc občanům a byla zaregistrována v roce 1997 jako občanské sdružení. Sdružení vzniklo především na základě společných zájmů profesionálních pracovníků (lékařů, sester, sociálních pracovníků a studentů) a pracovníků zabývajících se problematikou jedinců postižených ACH ve společnosti. Postupem času se členové sdružení začali stávat i rodinní příslušníci postižených osob a pečovatelé. ČALS je dnes respektovaným členem ve významných mezinárodních organizacích. Mezinárodním dnem Alzheimerovy choroby se pak stalo 21. září., kdy bývá cílem upozornit a zvýšit povědomí široké veřejnosti o této těžké nemoci postihující lidstvo na globální úrovni. Lidé totiž dosud problematiku ACH velice často podceňují (ČALS 2022).

ČALS se snaží být zároveň spolehlivým zdrojem podpory pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou a jejich blízké. Vlivem aktivního zapojení do mezinárodních organizací, jako jsou Alzheimer Disease International a Alzheimer Europe, je ČALS schopna včasné interagovat s novinkami v léčbě nebo terapii, které mohou být přínosem nejen pro Českou republiku. Prostřednictvím přímého setkávání členů sdružení s lidmi žijícími s Alzheimerovou chorobou a vlivem diskuzí zaměstnanců se následně vytváří informační materiály, které jsou publikovány a dále šířeny (Regnault 2011).

2.5 Syntéza v kontextu dopadů ACH na jedince a společnost

Dopady ACH, jak bylo zjištěno, jsou obrovské nejen pro samotného jedince trpícího tímto onemocněním, ale taktéž pro jejich blízké, ošetřovatele či pečovatele, ale i pro celou společnost, a to v globálním měřítku. Pro samotného pacienta je choroba velmi zatěžujícím onemocněním, které postihuje psychické i fyzické zdraví. Pacient nejenže zapomíná banality, jako je zapomenutí peněženky na konkrétním místě, ale postupem času zapomíná, kým vlastně v životě byl, jaké zájmy měl a co měl rád. V dalších fázích se pacient odvrací od sociálních kontaktů a svých blízkých, kterým mnohdy přičítá zodpovědnost za vlastní ztráty věcí. Pacient s postupující degradací mozku může postupně přestávat poznávat svou rodinu, blízké, a dokonce sám sebe při pohledu do zrcadla; jediné patrné pozitivnější chvíle nastávají ve chvilkových záblescích myšlenek z minulosti, které se jim často a opakovaně vrací. Nejenže pacienti s ACH ztrácejí paměť, ztrácí kognitivní dovednosti, časoprostorovou orientaci, ale komplexně je jim vymazávána vlastní identita. Velice často pak u těžkých demencí u lidí s ACH končí nemoc smrtí – např. v důsledku infekcí či zápalu plic.

Zároveň pro blízké je péče o člověka s ACH velice zatěžující situací. Člověk, se kterým mají společné vzpomínky i minulost, je nakonec nepoznává – přirozeně to má vliv na psychické zdraví samotných příbuzných. Samotná péče o takového člověka je dost často časově i ekonomicky náročná, a proto se plně fungující a pracující rodiny nemohou naplno věnovat příbuznému trpícímu Alzheimerovou chorobou. Přirozeně osvobozující je pak mnohdy pro pacienta i pro blízké možnost dát jej do péče sociálním ústavům.

ACH má tak obrovský dopad na celá společenství, a to sociálně i ekonomicky. S rostoucím věkem dožití u lidstva se následně pojí vzrůstající počty lidí s ACH. Tyto počty stoupají co 5 let až o 11 tisíc pacientů v rámci ČR. Náklady na péči o pacienty s ACH pak šplhají k milionům korun (během let 2015–2019 stouply až o 66 %), čísla nejsou zdaleka konstantní a stále se razantně zvyšují. Lék momentálně dostupný není, ale nejbliž k nalezení účinného léku je zatím společnost Alzheon v čele s Martinem Tolarem, nazývají jej ALZ-801 a do roku 2024–2025 by mohl být dostupný na trhu. V kontextu rychle se šířící nemoci v přestárlé populaci lze ACH definovat jako epidemii 21. století.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Metodika

Ve výzkumné části jsou nastíněny cíle práce a výzkumné otázky, které jsou zasazeny do metodiky kvalitativní, a to formou rozhovorů a případové studie. V další fázi je nastíněn průběh výzkumu a rovněž výzkumný vzorek, na něž navazuje popis vybraných sociálních a pobytových zařízení a jejich využívaných aktivizačních metod práce s klienty s ACH. V neposlední řadě jsou rozebírány konkrétní případy klientů (kompletní anamnéza) s ACH v domovech se zvláštním režimem.

3.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu života člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Dílčí cíle jsou stanoveny následovně:

- Zjistit, jaké aktivizační metody pro práci s klienty s ACH využívají vybraná pobytová zařízení.
- Zjistit, jaký průběh onemocnění je zaznamenán u sledovaných případů klientů s ACH.
- Zjistit, jaký je psychický stav u sledovaných případů klientů s ACH.
- Zjistit, jak probíhá intervence u sledovaných případů klientů s ACH.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké aktivizační metody pro práci s klienty s ACH využívají vybraná pobytová zařízení?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký průběh onemocnění je zaznamenán u sledovaných případů klientů s ACH?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je psychický stav u sledovaných případů klientů s ACH?

Výzkumná otázka č. 4: Jak probíhá intervence u sledovaných případů klientů s ACH?

3.2 Použité metody

Individuální rozhovor je kvalitativní výzkumná metoda, při níž výzkumník vede hloubkový rozhovor s jednotlivcem nebo malou skupinou osob. Cílem individuálního

rozhovoru je získat podrobný vhled do přesvědčení, postojů a zkušeností respondenta (Hendl 2016).

Existují tři typy individuálních rozhovorů: strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný. Strukturované rozhovory mají předem připravené otázky, od kterých se nelze odchýlit, tento typ umožňuje efektivní a přesný sběr dat, ale může postrádat flexibilitu z hlediska získávání nových informací. Polostrukturované rozhovory mají rovněž předem připravené otázky, ale umožňují určité změny ve formulaci nebo pořadí podle potřeby, může zároveň poskytnout podrobnější informace nežli strukturované rozhovory, přičemž stále poskytuje určitou míru konzistence mezi jednotlivými respondenty. Nestrukturované rozhovory nemají žádnou stanovenou strukturu otázek, místo toho jsou respondenti vybízeni k diskusi o tématech nastolených tazatelem a k poskytnutí vlastních postřehů k tématům. Tento typ rozhovoru nabízí větší flexibilitu než strukturované nebo polostrukturované rozhovory, ale může vést k získání údajů, které jsou u jednotlivých respondentů méně konzistentní (Disman 2021).

Mezi výhody individuálních rozhovorů patří získání kvanta podrobností, které lze prohloubit následným dotazováním, umožňuje taktéž vysvětlení v případě potřeby a nabízí možnost sledovat neverbální projevy respondentů, jako je řeč těla, během rozhovoru s účastníky. Mezi nevýhody patří potenciální zkreslení, jelikož respondenti mohou pocítit, že mají povinnost poskytnout určité odpovědi kvůli očekáváním ze strany tazatele. Kromě toho mohou být individuální rozhovory časově náročné jak během sběru dat, tak při následné analýze (Disman 2021).

Případová studie je kvalitativní výzkumná metoda, která se zaměřuje na jednotlivce nebo malou skupinu a hodnotí dopady, úspěchy a problémy konkrétních situací. Zahrnuje shromažďování údajů z vícero zdrojů, jako jsou rozhovory, pozorování a záznamy, s cílem porozumět kontextu a prostředí případu (Francírek 2013).

Případové studie nabízejí vhled do složitých problémů reálného světa, který nelze získat pouze tradičními kvantitativními metodami. Umožňují výzkumným pracovníkům zachytit jedinečné perspektivy, protože se zaměřují na jednotlivé případy, které poskytují podrobné informace, jež mohou pomoci k dalšímu porozumění v rámci určité oblasti zájmu (Disman 2021).

Hlavní nevýhody spojené s případovými studii souvisejí se skutečností, že se do značné míry spoléhají na subjektivní údaje shromážděné prostřednictvím pozorování a technik rozhovorů, což může vést ke zkreslení a nepřesnosti výsledků, pokud nejsou během procesu sběru dat přijata vhodná bezpečnostní opatření, jako je výběr vhodné velikosti vzorku, techniky dotazování atd. (Disman 2021). Navíc vzhledem ke své specifčnosti mohou postrádat hodnotu při pokusech o zobecnění širších populací než těch, které byly zkoumány v jednotlivých případech (Hendl 2016).

3.3 Průběh výzkumu

V rámci sběru dat pro výzkum byly realizovány tři rozhovory s profesionálními pečovateli z jednotlivých domovů se zvláštním režimem. Zvolené rozhovory byly nestrukturované s následujícími okruhy témat:

- Aktivizační metody – používané metody, vyhrazené prostory, průběh poskytování služeb, specifikace domova se zvláštním režimem.
- Průběh onemocnění klienta – situace předcházející umístění do domova, anamnéza klienta, aklimatizace v domovč, zdravotní stav.
- Psychický stav klienta – psychické poruchy, příčiny a vnější vlivy na psychické zdraví, chování klienta, specifikace u daného pacienta.
- Intervence – probíhající každodenní péče, účast na aktivizačních metodách, činnosti pomáhajícího personálu.

První část rozhovoru se zaměřila na zkoumání využívaných aktivizačních metod, jejich charakteristiku, konkrétní způsoby využití a úspěšnost. V rámci výzkumu si mohla autorka prohlédnout prostory domovů se zvláštním režimem a místnosti určené k aktivizaci klientů s ACH. Druhá část rozhovoru se zaměřovala na popis konkrétního pacienta a jeho stavu. Každý z profesionálních pečovatelů popsal jeden vybraný případ a jeho průběh. Rodiny klientů souhlasily s provedením anonymizovaného výzkumu, sami klienti s ACH ovšem nejsou schopni rozpoznat situaci a učinit kvalifikované rozhodnutí. I vzhledem k citlivosti zajišťovaných informací je celý výzkum anonymní a jména klientů jsou smyšlená.

3.4 Výzkumný vzorek

Respondentka 1 – pracovnice domova se zvláštním režimem Alzheimercentrum Jihlava. Věk respondentky je 46 let a jako pečovatelka o klienty s ACH pracuje již 13 let. Má středoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství a na současném pracovním místě působí 13 let.

Respondentka 2 – pracovnice domova se zvláštním režimem SeneCure SeniorCentrum Telč, s. r. o. Věk respondentky je 31 let a jako pečovatelka o klienty s ACH pracuje již 6 let. Má středoškolské vzdělání v oboru sociální práce a na současném pracovním místě působí 6 let.

Respondentka 3 – pracovnice domova se zvláštním režimem Senior Home, s. r. o. – Domov se zvláštním režimem Telč. Věk respondentky je 50 let a jako pečovatelka o klienty s ACH pracuje již 24 let. Má středoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství a na současné pracovní pozici působí 7 let.

4 Vybraná sociální a pobytová zařízení

Pro účely výzkumu byly zvoleny tři domovy pro seniory, konkrétně Alzheimercentrum Jihlava, SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o., a Senior Home, s. r. o. – Domov se zvláštním režimem Telč.

4.1 Alzheimercentrum Jihlava

Alzheimercentrum v Jihlavě bylo založeno v roce 1996 jako jedno z prvních na území České republiky. Centrum poskytuje klientům s různými typy demence a ACH kvalifikovanou péči. Společnost klade důraz na kvalitu poskytované péče a na individuální přístup ke klientům a jejich blízkým. Klientům je nastaven individuální plán péče, který je přizpůsoben aktuálnímu zdravotnímu stavu a jejich potřebám. Centrum se řídí moderními terapeutickými postupy, ale využívá také zkušenosti z více než 20leté praxe. Odborný personál používá v přístupu ke klientům a jejich péči bazální stimulaci a kvalitní aktivizační programy.

Klienti si mohou zvolit pečovatelskou terénní službu, ambulantní stacionář nebo pobytovou službu v Domě pro osoby se zvláštním režimem. Zdravotní péči mají zajištěnou pro každé centrum, které pokrývá oblasti všeobecného lékařství, psychiatrie, nutričního lékařství, a k dispozici jsou i praktičtí lékaři a fyzioterapeuti. Pro oblast ošetrovatelské péče jsou erudované zdravotnické týmy, které poskytují svou péči 24 hodin, 7 dní v týdnu. Alzheimercentrum využívá metody aktivizační a komunikační, mezi něž patří např. metody bazální stimulace (Alzheimercentrum).

4.2 SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o.

SeneCura SeniorCentrum, s. r. o., je největším soukromým provozovatelem. Soukromá společnost pochází z Rakouska, v České republice na Vysočině poskytuje kvalitní péči jak v Domově pro seniory, tak v Domově pro seniory se zvláštním režimem. V Domově pro seniory se zvláštním režimem poskytuje zdravotní a sociální péči klientům s různými typy demence a Alzheimerovy choroby.

Centrum v Telči bylo otevřeno v roce 2019. Odpovídá nejnovějším současným trendům. Domov je vybaven nejmodernějším zařízením, pokoje jsou jednolůžkové a

dvoulůžkové. Vybavení pokojů je přizpůsobeno požadavkům klienta, každý pokoj má svá sociální zařízení. V prostorách budovy je kadeřnictví, fitness centrum, společenské prostory a kaple. Celý objekt je plně bezbariérový, zařízení je tak vhodné i pro klienty se zdravotním postižením. Sociální péči a službu v Domově pro seniory se zvláštním režimem poskytovatel provozuje 24 hodin, 7 dní v týdnu (Telč. SeneCura).

4.3 Senior Home, s. r. o. – Domov se zvláštním režimem Telč

Domov vznikl v centru města Telč a zahájil provoz v dubnu roku 2016. Cílová skupina domova jsou osoby s různými typy demence, a to např. s Alzheimerovou nemocí či Parkinsonovou nemocí, nejčastěji ve věku od 55 let a výše. Služba je poskytována klientům nepřetržitě. Výhoda tohoto domova je, že poskytuje svou sociální a zdravotnickou péči nejen jednotlivcům, ale také partnerským dvojicím.

Senior Home disponuje dvoulůžkovými pokoji, v každém pokoji je sociální zařízení, což umožňuje vysoký komfort nejen pro klienty, ale i personál. Péče o klienty je rovněž přizpůsobena specifickým potřebám klienta a poskytuje základní služby pro klienty v jakékoliv fázi demence (Senior-Home).

4.4 Metody práce ve vybraných sociálních a pobytových zařízeních

Aktivizační metody napomáhají klientům zpomalit průběh onemocnění a posílit jejich důstojnost a sebehodnotu. V kraji Vysočina se využívá řada aktivizačních metod. Ve zkoumaných zařízeních se využívají následující metody s konkrétními postupy:

Ergoterapie: je léčba prací. Aktivizuje klienty s různým typem postižení. Aktivizuje je zejména se zaměřením na jejich postižení, které může být jak fyzické, tak psychické, zaměřuje se tak na zlepšení soběstačnosti, jemnou motoriku, čímž zvyšuje kvalitu života klientů. Lze mluvit o úkonech, kdy klient pracuje s různým druhem materiálu: např. dřevo, sádra, modelovací hmoty a věnuje se činností jako šití, pletení, malování a podobné aktivizační činnosti.

Kognitivní trénink (trénink paměti): lze jej využít spíše v časných stádiích onemocnění, klienti jsou vedeni k tréninku paměti. Lze zmínit např. hraní společenských her, při kterých využívají dosud zachovalé vědomosti, a to při luštění křížovek, vyprávění příběhu

z přečtených knížek, her na pojmenovávání věcí, zvířat, květin, hlavních měst, států atd. Zároveň se musí s touto metodou zacházet opatrně, aby nenavodila klientům pocit méněcennosti a případnou frustraci.

Reminiscenční terapie: využívá dlouhodobou paměť klienta, zaměřuje se na vědomosti, zkušenosti, zážitky z předchozího života, které zůstaly nepozbyty. Využívají se k činnosti fotografie, filmy, vůně, obrázky, věci a předměty navozující vzpomínky klienta. Tím se zlepšuje komunikace s personálem a rodinou, rovněž si klient více uvědomuje sebe sama.

Muzikoterapie: hudba se využívá k navození příjemné atmosféry, dokáže oslovit klienty s různým stupněm vzdělání, inteligence a věku. Proniká do osobnosti více než mluvené slovo. Může se využít i v psychoterapii ke zmírnění bolesti, zlepšení komunikace a také může utužit mezilidské stavy. Provádí se skupinově nebo individuálně, přičemž klient poslouchá hudbu nebo s ní aktivně pracuje, např. zpívá, hraje na hudební nástroj atd.

Canisterapie: jedná se o léčebný kontakt se psy, využívají se k tomu speciálně vycvičení psi. U klientů navozují pocit bezpečí, eliminují pocity osamělosti, dokáží klienty rozprávět a jejich vyšší teplota těla má léčivé účinky. Mazlení se psem a různé druhy her navozují klientům pozitivní pocity.

Pohybová terapie: lze zmínit aktivizačně relaxační program, kdy klienti cvičí a zároveň poslouchají hudbu. Pohybem procvičují určité partie těla, trénují paměť a koordinaci pohybu, ke cvičení se používají speciální sestavy. Cvičení aktivizuje klienta, nejen psychicky, ale i fyzicky, a navozuje tak rovněž příjemné pocity. Terapie je možno užívat i v pokročilém stádiu nemoci.

Arteterapie: léčebná metoda, která využívá výtvarné umění. Není důležitý výsledek, ale proces tvoření, který aktivizuje klienty a povzbuzuje jejich kreativitu.

Bazální stimulace: byla vytvořena na základě vědeckých poznatků, je to pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který se zaměřuje na pohybové schopnosti člověka, vnímání a komunikaci.

4.5 Možnosti využití aktivizačních metod ve vybraných zařízeních

Následující podkapitoly se zabývají možnostmi využívání aktivizačních metod ve třech konkretizovaných Alzheimerových centrech. Jedním z nich je Alzheimercentrum Jihlava, dalším je SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o., a posledním z nich je Senior Home, s. r. o., v Telči.

4.5.1 Alzheimercentrum Jihlava

Alzheimerovo centrum v Jihlavě má širokou škálu aktivizačních metod při práci s klienty. Čtvrtletně vydávají zpravodaj, ve kterém informují o všech aktivitách. Jsou jedni z mála zařízení, kteří využívají bazální stimulaci jako metodu, kterou připomínají klientům život, který žili před nemocí. Výborné výsledky dosahují u klientů v těžkém stadiu demence, pracují pomocí doteků, kterými zklidňují nebo stimulují určité oblasti tak, aby si klient uvědomoval své tělo. Personál v přímé péči je tedy vzděláván v bazální stimulaci. Další technikou je metoda Validace Naomi Feil, je to technika komunikace s lidmi, která pomáhá porozumět dezorientovaným klientům, posiluje sebehodnocení a snižuje pocit strachu. Je založená na myšlence, že „člověk je člověk, ne člověk s demencí“. Respektuje člověka takového, jaký je a nesnaží se jej změnit. Pracovníci používají techniky k prožití a ke zpracování emoce prožívané klientem (např. emoce vzteku – je lepší vyplavit emoci externě, a zbavit se tak negativních interních procesů organismu při prožívání emoce).

Reminiscenční terapie/vzpomínková terapie: každý klient má tzv. vzpomínkový kufřík neboli krabici, ve které jsou předměty, které ho provázely životem. Kufřík obsahuje například fotografie, šperky, výšivky, hudební nahrávky atd. Každý klient bez ohledu na stupeň demence tento vzpomínkový kufřík vlastní. Vzpomínková terapie probíhá buď individuálně nebo ve skupinách a pomocí ní jsou vyvolávány vzpomínky. Ve skupinové terapii se např. vaří, zpívá, poslouchá hudba, ukazují se fotky herců z filmu pro pamětníky atd.

Trénink paměti: v domově mají propracované systematické a řízené procvičování paměti a dalších kognitivních funkcí. Trénink je zaměřen na současné mentální schopnosti klienta.

Muzikoterapie: spíše se využívá pasivního poslechu hudby na navození dobré nálady.

Aromaterapie a aroma masáž: pomocí této metody aktivizují ošetřovatelé čich klientů, provádí se ve dvojicích, kde si klienti např. navzájem masírují ruce. Navozují tím u klientů pocit užitečnosti, radosti, sounáležitosti a možnosti péče o druhého, na tyto aktivity se tak klienti velmi těší.

Taneční terapie: využívají se jako součást psychoterapie, a především u klientů, kteří mají problém s verbální komunikací a vyjádřením vlastních pocitů.

4.5.2 SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o.

Pracuje se zde dle rakouského modelu péče o seniory. Jejich aktivizační metody mají ve svém programu bazální stimulaci, kterou provádí kvalifikovaný personál. K bazální stimulaci používají masáže, doteky, speciální polohování a mytí. Bazální stimulací chtějí navodit přirozené formy komunikace, na které reagují dezorientované osoby. Další zajímavou metodou je alternativa EDEN. Cílem této metody je eliminovat útrapy nemoci, a to zejména osamělost, bezmoc a nudu. Proto je podporován společenský život, jsou zajišťovány návštěvy mateřské školy, které sídlí poblíž centra, a také je provozována canisterapie. V reminiscenční terapii využívají vzpomínek, zaměřují se na znalost základních informací o životě klienta, co má a nemá rád, jak žil, jakou měl pracovní pozici, koníčky, na rodinu – děti, vnoučata, jaké byly jeho důležité životní události apod.

Metoda terapeutické zahrady podněcuje senzorycké vnímání klientů – klienti se procházejí zahradními cestičkami, zahrada obsahuje mj. ovocné stromy, záhony bylinek a také rybník. Prostředí tak navozuje relaxaci, pocit navrácení se k přírodě a úlevu pro tělo a duši. Dostupné fitness centrum pak udržuje dobrou kondici seniorů bez omezení věku, vybavení fitness centra je tak přizpůsobeno všem klientům – jsou vybaveny motometry, které slouží klientům k rehabilitaci po mozkových obrnách apod. V každém fitness centru je rovněž odborný dohled.

Zařízení umožňuje seniorům další aktivizační programy, jako jsou např. večere při svíčkách o třech chodech, které se mohou účastnit všichni klienti jednou za rok; plnění ročních přání – zařízení plní jednotlivá drobná přání klientům. Dále nabízí pravidelný program rukodělných činností, cvičení, kulturní a společenské akce. Umožňuje také výměnný pobyt či klientům strávit dovolenou v ostatních domovech SeneCura v celé České republice. Klienti mají taktéž možnost docházet na pravidelné bohoslužby různých církví ve vlastní kapli.

4.5.3 Senior Home, s. r. o. Telč

V Senior Home, s. r. o., v Telči jsou aktivizační metody omezené. V rámci aktivizace provádí klienti kondiční, dechové a tělesná cvičení. K dispozici jsou drobné sportovní potřeby, různé typy míčů a další pomůcky. Dále vlastní domov pomůcky pro ruční práce využívané k udržení jemné motoriky a ke komplexní podpoře klientů. Aktivizační metody se provádějí v aktivizační místnosti pro klienty, kde je k dispozici televize, rádio či knihovna. V místnosti se také nachází odpočinková zóna, kde si mohou klienti odpočinout. Součástí zařízení je také jídelna a koutek k rehabilitačnímu cvičení.

5 Kazuistiky klientů s ACH ve vybraných pobytových zařízeních

Níže uvedené kapitoly se zabývají kompletní anamnézou tří klientů s Alzheimerovou chorobou ve vybraných pobytových zařízeních, nejčastěji v domovech se zvláštním režimem. Postupně jsou rozebírány případy klientky Pavlíny, klienta Miroslava a klientky Jarmily.

5.1 Klientka Pavlína

Anamnéza: Pavlína, 79 let, seniorka

Klientka žije sama v činžovním bytě, ovdověla před 10 lety. Žena má základní vzdělání, pracovala jako dělnice v továrně a v důchodu pak pracovala jako uklízečka na vojenských ubytovacích kolejích. Celý život se věnovala své rodině a velice ráda háčkovala. Manžel byl o dva roky starší, pocházel z vesnice, ale seznámení proběhlo v továrně, kde oba pracovali. Muž měl středoškolské vzdělání ukončeno výučním listem.

Zdravotní anamnéza: Těhotenství její matky proběhlo bez komplikací, byla tedy narozena v termínu a ve fyziologické normě. Ve 30 letech se klientce Pavlíně narodila dcera a o šest let později syn. Její fyziologický a psychosomatický vývoj v průběhu času je v normě. Nikdy netrpěla žádnými poruchami spánku. Ve 40 letech jí byla zjištěna tuberkulóza, která byla úspěšně vyléčena. V 70 letech začala mít problémy se zrakem, objevil se u ní šedý zákal a nedoslýchavost. V 75 letech podstoupila operaci šedého zákalu a operace proběhla bez komplikací. Klientka má rovněž zubní náhradu, která není dostatečně funkční, používá pouze horní zubní protézu, ale i nadále má problémy s kousáním stravy. Žádné jiné nemoci neměla ani neužívala žádné léky. První příznaky ACH se objevily před 10 let a aktuálně má tuto chorobu diagnostikovanou.

Rodinná anamnéza: Klientka pochází z 10 sourozenců, 5 sourozenců přišlo o svůj život při porodu nebo brzy po narození. V současné době již žije pouze Pavlínina sestra, a to ve věku 83 let. V rodinné anamnéze se vyskytla stařecká demence u její matky v pokročilém věku. Matka klientky se dožila 90 let, v nemocnici po operaci žlučníku dostala zápal plic a na to poté zemřela. Do svých 90 let byla přesto ve velice dobré fyzické kondici.

Katamnéza:

Klientka je 10 let vdovou. Začátek onemocnění se začal projevovat po prožitém traumatu ze smrti manžela. Příznaky onemocnění se projevovaly velice pozvolně. Drobné zapomínání se zpočátku připisovalo věku. Klientka tento problém sama vnímala a pozorovala, proto si vše zapisovala do kalendáře nebo notýsku. Ráda háčkovala, ale měla problém zapamatovat si počet oček, tak postupně od této aktivity upustila. Nemoc se projevovala ve snížené sebedpěči, přestala o sebe dbát, přestala vařit, chodit do společnosti a nezvládala nakládat s penězi – peníze různě schovávala. Problém dělalo klientce i nakupování, to se projevilo na příjmu potravy, kdy nedlouho nato zhubla 20 kg.

Klientce tak byla zřízena pečovatelská služba, ale mezi klientkou a sociální pracovnící byly neustálé konflikty, projevovala se totiž agresivita ze strany klientky. Poté se o klientku staral syn se snachou, klientka ale často odcházela z domu a nevěděla, jak se vrátit zpět, přestože klientka bydlela na jednom místě už 45 let. Svě okolí tak přestávala postupně poznávat.

Její stav vyžadoval péči v sociálním zařízení, nebyla schopna se sama o sebe postarat, byla sama sobě nebezpečím. Klientka byla umístěna do domova se zvláštním režimem a byla jí nasazena psychiatrická léčba. V domově pobývá už jeden rok, v zařízení se jí líbí, ráda se zúčastňuje bohoslužeb v místní kapli, což jí připomíná její mladiství život. V průběhu pobytu v zařízení se její stav závažně zhoršil, není mobilní, je inkontinentní, trpí nechutenstvím, nekomunikuje ani nepoznává své blízké.

Psychický stav:

Po smrti manžela se začaly objevovat deprese doprovázené plačtivostí, precitlivělost na běžné podněty, nechutenství, výrazný pokles hmotnosti. U klientky se zvýšila rovněž agresivita a střídání nálad v průběhu dne bylo stále častější. Počaly se objevovat i halucinace, klientka začala mít o sebe strach a ve svém bytě se přestala cítit bezpečně. Zvýšila se rovněž u ní zmatenost a začala zapomínat na běžné životní potřeby jako jíst a pít.

Problémy v rodině se začaly vyostřovat – syn z obavy z odchodu matky z domova a možnému riziku s tím spojenému matku zamknul v jejím bytě. Když to matka zjistila a nemohla najít klíče, začala intenzivně bušit do dveří ve snaze dostat se ven, byla velice rozrušená až nepřičetná, o tom byla obeznámena snacha, která zavolala klientce záchranou

službu. Klientka byla zklidněna psychofarmaky a poté odvezena na psychiatrickou kliniku. Po nastavení psychiatrické léčby byla klientka převezena do domova se zvláštním režimem.

Příčina problému byla neléčená pokročilá stařecká demence. Onemocnění nebylo včas diagnostikováno a léčeno. Další příčinou byla sociální izolace klientky a problémy s komunikací mezi snachou, pečovatelkou a klientkou. Pravděpodobně byl problém v neprofesionálním chování pečovatelky ke klientce v rámci neznalosti správné diagnózy.

Intervence:

Intervence je nastavena v domově se zvláštním režimem, kde se o ni stará kvalifikovaný sociální pracovník. Ten sestavuje individuální plány každému z klientů v rámci stanovené diagnózy. Vzhledem k diagnóze klientky intervenční plán zahrnuje způsob provádění hygienické péče, oblékání, zahrnuje vhodnou úpravu a konzistenci stravy, případně stanovení nutriční výživy, dále taktéž rehabilitační plán, plán pro plnohodnotný spánkový režim, eliminaci podnětů vedoucích k úrazům, dále aktivizační programy pro klientku, vhodný pitný režim a také plán v rámci vyprazdňování dle možností klientky a její samostatnosti a soběstačnosti.

Prognóza:

Jedná se o klientku, u které se výrazně prohlubují výpadky paměti, je jí 79 let. V současné době není klientka schopna samostatně zvládat základní péči o domácnost a o samu sebe. Tyto výpadky paměti a poruchy soběstačnosti se současně prohlubují i v souvislosti s jejím věkem a zhoršováním se stupně degenerativního poškození mozku. Tento stav nelze zvrátit, je ireverzibilní. Prognóza je v tomto případě velice nejistá, její stav se bude nadále zhoršovat a skončí fatálně. MMSE test nelze provést, klientka nekomunikuje.

5.2 Klient Miroslav

Anamnéza: Miroslav, 75 let, senior

Klient žil v bytové jednotce a ovdověl před 5 lety. S manželkou byli stejně staří a pocházeli ze stejného města. Dosáhl vysokoškolského vzdělání, učil na základní škole a posléze pracoval jako vyšetřovatel u kriminální policie – práce u kriminální policie naplňovala celý jeho život. Po odchodu do starobního důchodu už nepracoval. Z koníčků se věnoval chovu holubů, včel, zahrádce a rybaření.

Zdravotní stav: Těhotenství jeho matky proběhlo bez komplikací, byl tak narozen v termínu. Klient pochází ze čtyř sourozenců, v současné době žije jen nejstarší bratr. Klient trpí hypertenzí, dále se léčí na diabetes mellitus pomocí inzulínu, trpí rovněž Parkinsonovou nemocí a minulý rok mu byla diagnostikována rakovina prostaty a hypofunkce štítné žlázy. Klient nedoslýchá, má poruchy řeči a špatně artikuluje, má problémy se vyjádřit, což považuje za svůj velký handicap. Klient má potíže rovněž s kousáním a polykáním, jídlo musí zapíjet tekutinou. Trpí také nechutenstvím a nemá čich, dále má problémy s chůzí (k chůzi používá chodítka). Obtížně vstává a má ortostatickou hypotenzi, trpí tedy samovolnými pády. Je rovněž inkontinentní a trpí zácpou.

Rodinná anamnéza: S manželkou mají dvě děti, syna a dceru, oba dva jsou vysokoškolsky vzdělání. Klient měl tři sourozence, v současné době žije jen nejstarší bratr, kterému je 78 let. Matka mu umřela v 55 letech na rakovinu a otec umřel v 77 letech na infarkt myokardu. V rodinné anamnéze není známo jiné onemocnění.

Katamnéza:

Klient je 5 let vdovec. Po smrti manželky se přestěhoval do panelového domu, s manželkou žil předtím v rodinném domě. Začátek onemocnění probíhal pozvolně, před 3 lety mu byla diagnostikována Parkinsonova nemoc. Podstoupil zákrok na neurochirurgické klinice, kde mu byl zaveden neurostimulátor, ten zmírnil projevy Parkinsonovy nemoci, ale nemoc postupovala dále.

V začátcích se ACH projevovalo drobným zapomínáním, například si zapomněl vzít léky nebo píchnout inzulín. Postupně zjišťoval, že zapomíná čím dál víc, a poté si začal vše psát do kalendáře, na lístečky. Psal si na lístečky úkoly, co má udělat, například se nasnídat.

Pozoroval na sobě řadu negativních změn, zhoršilo se mu písmo, zhoršoval se mluvený projev a začaly i problémy se sčítáním čísel.

Posléze musel upustit i od řízení automobilu a vzdát se chovu holubů. Nastaly problémy s obsluhou mobilního telefonu, nedovedl vytočit číslo volaného, přijmout hovor však zvládal bez komplikací. Klient rád sleduje televizi, ale občas televizi nedopatřením vypl a následně jí nedokázal znovu zapnout. Jeho stav se stále zhoršoval, objevily se nekontrolované pády, proto mu byla zajištěna domácí péče.

Vzhledem k tomu, že si klient nedokázal sám nakoupit a zajistit péči o domácnost, rodina jej umístila do domova se zvláštním režimem. V domově se zvláštním režimem je nyní 1/2 roku a po tuto dobu zhubnul 20 kg. Klient trpí nechutenstvím a postupně začíná ztrácet paměť. Své blízké však poznává, většinou komunikuje přiměřeně.

V domově si zvyká těžko, protože se cítí stále v izolaci, složení klientely mu neumožňuje navázat sociální kontakty. Většina klientů v domově má pokročilou demenci a není schopna s ním komunikovat, obdobně je to i s jeho spolubydlícím. Personál se omezuje jen na nezbytně nutnou komunikaci. I když se stavem věci není spokojený, nechce nic měnit. Svůj stav přijal jako nevyhnutný a pomalu se s ním smiřuje. Je si vědom, že se jeho zdravotní stav zhoršuje a není schopen samostatného života.

Jeho pohybové schopnosti jsou značně omezené, pohybuje se pomocí chodítka, opakovaně padá. Kontakt s rodinou udržuje, navštěvuje ho dcera a přítelkyně, ojedinele i další rodinní příslušníci. Ke komunikaci často používá mobilní telefon, který ho spojuje s životem mimo domov. Díky používání mobilního telefonu je klient v častém kontaktu se svými blízkými. Mobilní telefon používá několikrát denně a zmírňuje pocit samoty, necítí se tak v sociální izolaci.

Psychický stav:

U klienta se projevovaly i psychické problémy, měl halucinace, měl pocit, že za ním někdo stojí, viděl postavy, i když v blízkosti nikdo nebyl. Zdravotní problémy ohrožovaly klienta na životě, především v rámci častých pádů způsobených náhlým snížením krevního tlaku, ale i pády bez zjevné příčiny či vlivem výkyvů hladiny glykémie. Klient byl hospitalizován v nemocničním zařízení. Jeho zdravotní stav se zhoršil, měl dekompenzovaný diabetes melitus a výkyvy krevního tlaku, inkontinenci, úzkostné stavy a depresi. Na základě

zhoršení zdravotního stavu se zhoršil i stav psychický. Psychický stav se zhoršil natolik, že byl převezen do domova se zvláštním režimem. Klient byl zklidněn psychofarmaky a byla mu také upravena celá medikace. Příčinou problému byl strach se samoty, ztráta pocitu bezpečí, bezradnost při řešení běžných problémů, to vedlo ke zhoršení psychického stavu, zhoršení deprese, sociální izolace a změny v soběstačnosti.

Převládá u něj smutná nálada, je depresivní a nemá zájem o žádné aktivity. Aktivit v domově se zúčastňuje jen sporadicky, většinou jen pasivně kouká na televizi. V televizi velice rád sleduje sport a televizní zprávy. Klient má vizuální halucinace, například na chlebu s marmeládou vidí vosy. Mívá živé sny, při kterých prožívá ohrožení na životě. Bývá nebezpečný sám sobě, padá z postele a nekontrolovaně se pohybuje po pokoji. Zapomíná rovněž na běžné aktivity života. Klient přestává mít zájem o dění kolem sebe, přetrvávají deprese a myslí na konec svého života.

Intervence:

Intervenci v domově se zvláštním režimem rovněž zajišťuje sociální pracovník či psychiatr. Je stanoven intervenční plán při fyziologických potřebách klienta, jako je hygiena, pitný režim, vyprazdňování apod. Další intervenční plány berou v ohledu jeho zdravotní stav a diagnózu, tzn., je stanoven trénink paměti, logopedické cvičení, nácvik chůze a jemné motoriky. Dále plán zahrnuje rehabilitaci, intervenci v předcházení úrazům a aktivizační metody pro klienta.

Prognóza:

Prognóza je nejistá vzhledem k tomu, že klient má diagnostikováno mnoho nemocí a je polymorbidní. Tento stav nelze zvrátit, jelikož je ireverzibilní. Výsledek testu MMSE byl vypracován s klientem v domově se zvláštním režimem a výsledkem je 20 bodů.

5.3 Klientka Jarmila

Anamnéza: Jarmila, 77 let, seniorka

Klientka žila v rodinném domě spolu s manželem. Manžel před 2 lety zemřel na infarkt myokardu, nyní žije sama v rodinném domě. Měli spolu dvě dcery, které ji pravidelně navštěvují v domově se zvláštním režimem. Klientka má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou a pracovala jako úřednice na městském úřadě. V zaměstnání trpěla silnými bolestmi hlavy a byla jí zjištěna hypertenze. Vzhledem k pracovním potížím a práci, která na ni kladla vysoké nároky, se klientka rozhodla odejít do předčasně starobního důchodu.

Zdravotní stav: V těhotenství měla její matka komplikace, což zapříčinilo předčasný porod ve 32. týdnu, klientka tak byla umístěna do inkubátoru. V průběhu života jí byly diagnostikovány alergie na pyly, roztoče, prach a plísň. U klientky byly časté infekce horních dýchacích cest. Dále měla asthma bronchiale a léčila se na diabetes mellitus. Klientka vlastní horní zubní protézu, kterou v podstatě nepoužívá.

Rodinná anamnéza: Matka klientky zemřela ve 49 letech na onkologické onemocnění (rakovina prsu), jinak vážněji nestonala. Otcí byla v 60 letech zjištěna hypertenze a diabetes mellitus a zemřel v 65 letech na cévní mozkovou příhodu. Klientka měla 3 sourozence, bratr dosud žije a léčí se na diabetes mellitus, je mu 68 let. První sestra se léčí ze závislosti na alkoholu, trpí depresemi a je jí 65 let. Druhá sestra zemřela v 70 letech na infarkt myokardu.

Katamnéza:

U klientky přetrvává smutek ze smrti manžela, cítí se osamělá, trpí depresemi. Předtím ráda četla, pracovala na zahrádce a nyní jí práce na zahrádce nebaví. Příznaky demence se začaly objevovat už po smrti manžela, v počátku se projevovalo drobné zapomínání, například zapomněla na schůzku s dcerou. Zapomínání se začalo stupňovat, dcera, která ji často navštěvovala, drobné zapomínání připisovala k smutku a nepozornosti, postupně pak zjišťovala, že matka např. opustila dům, aniž by zamkla a vypla elektrický sporák. Situace nebyla ojedinělá a počala se opakovat.

Klientka si stěžovala na ztrátu financí, přestala nakupovat a vařit. Situace se zkomplikovala, když klientku našli na kolejičkách v noční košili a neuměla vysvětlit proč se zde

nachází. Klientka byla při zásahu policie agresivní a slovně i fyzicky dorážela na příslušníky policie. Byla přivolána rovněž záchranná zdravotnická služba, která ji odvezla na psychiatrickou kliniku. Klientka musela být umístěna do psychiatrické léčebny a byla jí diagnostikována Alzheimerova choroba. Spouštěčem nemoci bylo úmrtí manžela.

Klientka je umístěna nyní 2 roky v domově se zvláštním režimem. Její stav se zhoršoval po psychické stránce velice výrazně, v současné době je klientka ležící, apatická, nekomunikuje, není schopná sebeobsluhy. Není schopná se najíst, obléct, umýt a je plně odkázána na pomoc druhé osoby. Při manipulaci nařiká, urážlivě komunikuje a bývá agresivní. Trpí nechutenstvím, a proto se jí podává nutriční tekutá strava. Klientka nepoznává své blízké, ale občas volá jména svých dcer.

Psychický stav:

V pobytovém sociální zařízení klientka trpí častými poruchami spánku, kdy křičí či při intervenci urážlivě slovně napadá personál, rovněž se stává, že slovně napadá ostatní klienty, kteří se tak cítí být ohroženi, často bývá zmatená, agresivní, trpí úzkostmi, depresi, mívá strach o svoje bezpečí a trpí častými bolestmi hlavy.

Intervence:

Rovněž je klientce vypracován individuální plán sociálním pracovníkem, který je vzhledem k projevům demence vypracován komplexněji. Plán je nastaven na kompletní pomoc klientce při hygieně (péče o dutinu ústní), jelikož není schopna vstát z lůžka, rovněž zahrnuje intervenci ve vyprazdňování, kdy jí jsou zajištěny inkontinenční pomůcky, zároveň je vypracován plán pro podávání stravy a tekutin (tzn. úprava stravy a konzistence, nutriční forma stravy), dále je klientce naordinována rehabilitace a časté polohování a zvýšená péče o kůži, kvůli imobilitě a vzníkání dekubitů.

Prognóza:

Klientka se nyní nachází v terminálním stadiu onemocnění, tzn. prognóza pro zlepšení zdravotního stavu není dobrá. Výsledek testu MMSE nebylo možno provést, protože klientka nebyla schopna vzhledem ke stadiu onemocnění spolupracovat.

6 Diskuze

Pro účely výzkumu byly zvoleny tři domovy pro seniory, konkrétně Alzheimercentrum Jihlava, SeneCure SeniorCentrum Telč, s. r. o., a Senior Home, s. r. o. – Domov se zvláštním režimem Telč. Každé z těchto zařízení pracuje s klienty trpícími ACH s maximální trpělivostí a odborností, která jejich stav vyžaduje, někdy se ovšem setkávají s nedostatkem prostředků.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké aktivizační metody pro práci s klienty s ACH využívají vybraná pobytová zařízení?

Zjištěná úroveň poskytovaných služeb je vysoká, co se týče rozsahu aktivizačních metod a zajišťování důstojného a kvalitního života ve dvou centrech, v posledním jsou služby dosti limitované.

Alzheimerovo centrum v Jihlavě má širokou škálu aktivizačních metod a čtvrtletně vydávají zpravodaj, ve kterém informují o všech aktivitách v zařízení. Využívají bazální stimulaci jako metodu připomínání minulého života a zážitků. Klienti pracují s tzv. vzpomínkovým kufříkem a připomínají si své zážitky. Výborné výsledky dosahují i u klientů v těžkém stadiu demence. Další metodou, kterou užívají, je metoda Validace Naomi Feil, konkrétně aktivní snaha porozumět dezorientovaným a emočně rozladěným klientům. Kromě toho využívají metody systematického procvičování paměti a dalších kognitivních funkcí, muzikoterapii, aromaterapii, aroma masáž a tanec jako součást psychoterapie. O systematickosti hovoří i Novosádová (2022), která ve svých zjištěních v domovech se zvláštním režimem kvituje metodu opakovaného procvičování kognitivních funkcí klientů, což je nejlépe proveditelné s pomocí muzikoterapie, čímž jsou zaktivizováni klienti imobilní k mobilitě (tanec) a klienti nekomunikativní ke komunikaci (zpěv).

SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o., funguje podle rakouského modelu péče o seniory. Rovněž využívají bazální stimulaci, zejména masáže, doteky, speciální polohování a mytí. Další možností je metoda EDEN, jejímž účelem je eliminovat psychologické neduhy, podporovat společenský život. K dispozici je canisterapie, návštěva mateřské školy, terapeutická zahrada, fitness a mnohé další. Klienti prochází vzpomínkovou terapií a každý rok centrum pořádá tzv. akci splněných přání, kde se aktivně reaguje na různé požadavky klientů. Klienti mají taktéž možnost docházet na pravidelné bohoslužby.

V Senior Home, s. r. o., v Telči jsou aktivizační metody omezené. Klienti provádí kondiční, dechová a tělesná cvičení. K dispozici je rovněž aktivizační společenská místnost pro klienty, kde mohou sledovat televizi, poslouchat rádio, číst a odpočívat. V porovnání s dalšími centry je možnost podpory klientů značně limitovaná.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký průběh onemocnění je zaznamenán u sledovaných případů klientů s ACH?

Společným znakem začínající ACH je u klientů trauma způsobené smrtí životního partnera. U první klientky se nemoc projevovala ve snížené sebepečí, ztrátě hmotnosti a neschopnosti nakládat s penězi, což Šedivá (2012) potvrzuje jako časté počáteční stadium propuknutí ACH u svých pozorovaných klientů. S pečovatelskou službou byly neustálé konflikty, projevovala se rovněž agresivita ze strany klientky. Jakmile klientka odcházela z domu, nevěděla, jak se vrátit zpět, byla tedy umístěna do domova se zvláštním režimem a byla jí nasazena psychiatrická léčba. Přestože subjektivně vnímá domov pozitivně, v průběhu pobytu v zařízení se její stav závažně zhoršil, je imobilní, inkontinentní, trpí nechutenstvím, nekomunikuje ani nepoznává své blízké.

Klient Miroslav je ovdovělý kriminalista v důchodu. V začátcích se ACH projevovalo drobným zapomínáním a poté si začal vše psát do kalendáře, na lístečky. Pozoroval na sobě řadu negativních změn v kognitivních dovednostech, posléze musel upustit i od řízení automobilu. Klient si nedokázal sám nakoupit a zajistit péči o domácnost, poté ho rodina umístila do domova se zvláštním režimem. Klient trpí zejména nechutenstvím a postupně začíná ztrácet paměť. Své blízké poznává, většinou komunikuje přiměřeně. Kontakt s rodinou udržuje, často používá mobilní telefon, kterým skrze telefonáty blízkým zmírňuje pocit samoty a necítí se v takové sociální izolaci, složení klientely mu totiž neumožňuje navázat sociální kontakty. I když se stavem situace není spokojený, nechce nic měnit. Svůj stav přijal jako nevyhnutelný.

Manžel klientky Jarmily před 2 lety zemřel na infarkt myokardu, u klientky přetrvával smutek ze smrti manžela, cítila se osamělá, trpěla depresemi. V počátku se projevovalo drobné zapomínání, situace se opakovala. Klientka si stěžovala na ztrátu financí, přestala nakupovat, vařit. Klientku našli na kolejích v noční košili a neuměla vysvětlit, proč se na onom místě nachází uprostřed noci. Při zásahu policie byla agresivní a slovně i fyzicky napadala příslušníky sboru, což není u klientů s ACH ojedinělý projev, jak potvrzuje taktéž

Bourová (2016), která u jedné z klientek zaznamenala nejen agresivní chování ohrožující ostatní, ale i agresivní projevy ohrožující klientku samotnou. Záchraná zdravotnická služba ji odvezla na psychiatrickou kliniku, kde jí byla diagnostikována Alzheimerova choroba. V současné době je klientka ležící, apatická, nekomunikuje, není schopna sebeobsluhy ani nepoznává své blízké.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je psychický stav u sledovaných případů klientů s ACH?

Všichni klienti trpí psychickými poruchami a trpěli jimi již před propuknutím ACH. U klientky Pavlíně se zvýšila agresivita a střídání nálad v průběhu dne. Začaly se objevovat halucinace, ztrácela pocit bezpečí a zvyšovala se její zmatenost. Klientka zpočátku začala zapomínat na běžné životní potřeby, jako je jíst a pít, což je běžným projevem ACH v počátečních stádiích, jak potvrzuje ve své práci Šedivá (2012), která uvádí tyto potíže u většiny pozorovaných klientů s ACH. Ve vypjaté situaci byla klientka nepřítomná a agresivní, proto ji záchraná zdravotnická služba zklidnila psychofarmaky a odvezla na psychiatrickou kliniku. Příčina problému byla neléčená pokročilá stařecká demence a výrazná sociální izolace.

Klienta provázel strach se samoty, ztráta pocitu bezpečí, bezradnost při řešení běžných problémů, což vedlo ke zhoršení psychického stavu. Klient Miroslav měl halucinace, viděl postavy, i když v blízkosti nikdo nebyl. Trpí tedy na úzkostné stavy a depresi. Převládá u něj smutná nálada, je depresivní a nemá zájem o žádné aktivity. Aktivit v domově se zúčastňuje jen sporadicky a většinou jen pasivně kouká na televizi.

U posledního případu klientky v pobytovém sociálním zařízení byly rovněž zaznamenány časté poruchy spánku, kdy křičí či při intervenci urážlivě slovně napadá personál, rovněž se stává, že slovně napadá ostatní klienty, kteří se tak cítí být ohroženi, často bývá zmatená, agresivní, trpí úzkostmi, depresemi, mívá strach o svoje bezpečí a trpí častými bolestmi hlavy.

Výzkumná otázka č. 4: Jak probíhá intervence u sledovaných případů klientů s ACH?

U klientky Pavlíně je intervence nastavena sociálním pracovníkem v domově se zvláštním režimem. Ten sestavuje individuální plány každému z klientů v rámci stanovené diagnózy. Vzhledem k diagnóze klientky intervenční plán zahrnuje způsob provádění hygienické péče,

oblékání, zahrnuje vhodnou úpravu a konzistenci stravy, případně stanovení nutriční výživy, dále taktéž rehabilitační plán, plán pro plnohodnotný spánkový režim, eliminaci podnětů vedoucích k úrazům, dále aktivizační programy pro klientku, vhodný pitný režim a také plán v rámci vyprazdňování dle možností klientky a její samostatnosti a soběstačnosti. Důležitost intervenčních plánů u klientů s ACH také zmiňuje Čabanová (2017), která uvádí jako stěžejní intervenci především v rámci rizik spojených s častými pády klientů a intervenci při příjmu dostatku tekutin, které klienti často zanedbávají, a je tak potřeba jim pitný režim připomínat a zajišťovat.

Intervenci v domově se zvláštním režimem u klienta Miroslava rovněž zajišťuje sociální pracovník či psychiatr. Je stanoven intervenční plán při fyziologických potřebách klienta, jako je hygiena, pitný režim, vyprazdňování apod. Další intervenční plány berou v ohledu jeho zdravotní stav a diagnózu, tzn., je stanoven trénink paměti, logopedické cvičení, nácvik chůze a jemné motoriky. Dále plán zahrnuje rehabilitaci, intervenci v předcházení úrazům a aktivizační metody pro klienta.

Rovněž klientce Jarmile je vypracován individuální plán sociálním pracovníkem, který je vzhledem k projevům demence zpracován komplexněji. Plán je nastaven na komplexní pomoc klientce při hygieně (péče o dutinu ústní), jelikož není schopna vstát z lůžka, rovněž zahrnuje intervenci ve vyprazdňování, kdy jí jsou zajištěny inkontinenční pomůcky, zároveň je vypracován plán pro podávání stravy a tekutin (tzn. úprava stravy a konzistence, nutriční forma stravy), dále je klientce naordinována rehabilitace a časté polohování a zvýšená péče o kůži, kvůli imobilitě a vzniku dekubitů.

6.1 Doporučení pro praxi

U klientky Pavlínky lze zmínit například možnosti stimulace prostředí, tedy navození příjemného prostředí pro klientku, kde se bude cítit spokojeně a bezpečně, vhodné by bylo například její pokoj vymalovat na jí preferovanou barvu či umístit na zeď nebo na nábytek její fotografie s rodinou, obrázky apod. Tzn. umožnit klientce mít v dohledu své dříve oblíbené věci a předměty. V aktivizačních metodách by pak bylo vhodné zavést např. poslech hudby, častější návštěvy rodiny, lepší komunikaci s personálem a případně zavést provádění bazální stimulace. Bylo by vhodné taktéž zavést reminiscenční terapii, kdy by se klientce připomínaly pomocí známých fotografií a vyprávění zážitků její dřívější prožitky. Vhodné je opakovat, co si dosud pamatuje a co úplně nezapomněla, připomínat jí známé předměty a jejich konkrétní

užívání. Rovněž by bylo příhodné s klientkou chodit do přírody s pomocí individuálního vozíku.

U klienta Miroslava se doporučuje stimulovat prostředí rodinnými fotografiemi a obrázky, které mu umožní navodit zapomenuté vzpomínky a prožitky – např. obrázky holubů, včel apod. Dále je doporučeno pro navození příjemného prostředí poslouchání hudby, zpívání, komunikace s personálem a s dalšími komunikace schopnými klienty. V rámci reminiscenční terapie je záhodno zavést připomínkové aktivity, jako je ukazování známých fotografií, opakování prožitků apod. Vzhledem ke komunikaci klienta jsou možné rovněž návštěvy příbuzných, komunikace s personálem či dalšími klienty, návštěvy divadla, kina či procházení se s pomocí invalidního vozíku.

U poslední klientky Jarmily je rovněž doporučeno podněcovat příjemné prostředí vhodnou malbou či umístěním obrázků a fotografií po pokoji. Dalšími doporučeními je muzikoterapie – tzn. zpěv či poslech hudby nebo možnost vlastnit rádio pro poslech mluvené řeči, hudby či aktuálního dění.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá Alzheimerovou chorobou, jejími projevy a kvalitou života pacientů.

Pro účely výzkumu byly vybrány domovy pro seniory v kraji Vysočina. Zjištěná úroveň poskytovaných služeb je vysoká, co se týče rozsahu aktivizačních metod a zajišťování důstojného a kvalitního života v Alzheimercentrum Jihlava a Senior Home, s. r. o., v posledním SeniorCentrum Telč, s. r. o., jsou služby limitované.

Alzheimerovo centrum v Jihlavě má širokou škálu aktivizačních metod, zejména bazální stimulaci a vyvolávání vzpomínek mentální stimulací. Součástí služeb je aktivní snaha porozumět dezorientovaným a emočně rozladěným klientům, procvičování paměti, muzikoterapie, aromaterapie a aroma masáž či tanec. Výborné výsledky dosahují i u klientů v těžkém stadiu demence.

SeneCura SeniorCentrum Telč, s. r. o., využívá bazální stimulaci, zejména masáže, doteky, speciální polohování a mytí. Další možností je metoda EDEN, jejímž účelem je podporovat společenský život a psychickou pohodu. K dispozici je canisterapie, terapeutická zahrada, fitness centrum a mnohé další. Klienti prochází vzpomínkovou terapií a mají možnost docházet na pravidelné bohoslužby.

V Senior Home, s. r. o., v Telči klienti provádí kondiční, dechová a tělesná cvičení. Dále mohou sledovat televizi, poslouchat rádio, číst či odpočívat. V porovnání s dalšími centry je možnost podpory klientů značně limitována.

Průběh onemocnění u klientů bývá podobný. Společným znakem začínající ACH je u sledovaných klientů trauma způsobené smrtí životního partnera. Alzheimerova choroba se nejprve projevuje zapomínáním, sníženou sebepěčí, ztrátou hmotnosti kvůli zapomínání na stravu, dále také neschopností nakládat s penězi. Pečovatelská služba a péče blízkých je jen krátkodobým řešením, protože soběstačnost člověka se stále zhoršuje.

Nemoc provází zhoršení psychického stavu, nemocní trpí depresemi, úzkostmi, izolací a pocity osamocení. Klienti bývají agresivní a dostávají se do života nebezpečných situací, které nejsou schopni sami řešit. Po zásahu záchranné služby bývají umístěni na psychiatrickou kliniku a následně do domova se zvláštním režimem.

Zde se personál stará o jejich každodenní potřeby a snaží se zkvalitňovat jejich život a poskytovat důstojnou paliativní péči. Intervence pak zejména zahrnují zajištění fyziologických potřeb klienta, jako jsou hygiena, pitný režim, vyprazdňování, nastavení vhodných stravovacích podmínek (úprava stravy, konzistence či nutriční způsob stravy) apod. Dále mohou být stanoveny individuální intervenční plány, jako je trénink paměti, logopedická cvičení, nácvik chůze a motoriky, rehabilitace, intervence v předcházení úrazům, aktivizační metody, péče o polohování imobilních pacientů (eliminace vzniku dekubitů apod.).

Doporučeními pro zkvalitnění služeb svých klientů jsou pak zejména zajištění stimulace prostředí, tedy navození příjemného prostředí (vymalovat pokoje klientů na preferovanou barvu či umístit na zeď nebo na nábytek jejich fotografie s rodinou, oblíbené obrázky s osobitou tematikou). Rovněž umožnit klientům mít v dohledu své v minulosti oblíbené věci a předměty. V aktivizačních metodách by pak bylo vhodné zavést např. poslech hudby, častější návštěvy rodiny, častější komunikaci s personálem a provádění bazální stimulace. Reminiscenční terapie je taktéž vhodnou metodou, kdy by se klientům připomínaly pomocí známých fotografií a vyprávění zážitků jejich minulé a zažité prožitky. Rovněž by bylo vhodné s klienty více chodit do přírody s pomocí invalidního vozíku apod.

Námětem na pokračování výzkumu je zaměření se na pohled pečovatелů a zjištění, nakolik je jejich život a psychický stav ovlivněn péčí o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Výzkum může probíhat metodou rozhovorů s profesionálními pečovateli z domova se zvláštním režimem stejně jako s rodinnými příslušníky, kteří o pacienta pečují v domácích podmínkách.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

BOUROVÁ, Kateřina. *Kazuistika u pacientky s Alzheimerovou chorobou*. Praha, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická v Praze.

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

ČABANOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Praha, 2017. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická v Praze.

ČALS. *Diagnóza Alzheimerova nemoc! A co dál?: praktický průvodce pro lidi žijící s demencí a jejich pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2022. ISBN 978-80-86541-68-6.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 5. vydání. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5053-1.

FRANCÍREK, František. *Bakalářská práce: co, jak a proč připravit, zpracovat, napsat a zhodnotit (obhájit)*. Vyd. 2. Praha: Ingenio et Arti, 2013. ISBN 978-80-905287-2-7.

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

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. ISBN 978-80-904611-0-9.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HORT, Jakub a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

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

KORÁBEČNÝ, Jan, SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-643-6.

LANGE, Elisabeth. *Demence: trpělivá péče a pomoc: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Vašut, 2019. ISBN 978-80-7541-142-6.

MAREŠOVÁ, Petra a KUČA, Kamil. *Nákladovost léčby a péče o osoby s Alzheimerovou chorobou – situace v České republice v mezinárodním kontextu*. *Psychiatrie*, 2015;19(4):184-189.

MASOPUST, Jiří a Martin VALIŠ. *Demence & poruchy chování: informace pro nemocné, jejich blízké a pečovatele*. Praha: Vipfarm Slovakia s.r.o., organizační složka CZ, 2018. ISBN 978-80-270-3673-8.

MÁTĽ, Ondřej; MÁTĽOVÁ, Martina; HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

NOVOSÁDOVÁ, Zuzana. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou: nové přístupy a metody*. Zlín, 2022. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

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

REKTOROVÁ, Irena a kol. *Nová klinická kritéria pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci po 27 letech*. *Neurologie pro praxi*. 2012, 13(2), 68–71.

ŠEDIVÁ, Martina. *Alzheimerova choroba v rodině*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

VYHNÁLEK, Martin a kol. Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle nových diagnostických kritérií. *Neurologie pro praxi*. 2012, 13(6), 325–329.

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

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. Psyché. ISBN 978-80-271-3465-6.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

BREDESEN, Dale E. *The end of alzheimer's: The first program to prevent and reverse cognitive decline*. New York: Avery, an imprint of Penguin Random House, 2020. ISBN 978-0735216211.

CARTER, Luna. *Dementia Untangled: A Caregiver's Guide To Managing Alzheimer's and Cognitive Decline in Loved Ones*. Independently published, 2022. ISBN 979-8358220010.

COSTE, Joanne Koenig. *Learning to speak alzheimer's: A groundbreaking approach for everyone dealing with the disease*. Milsons Point: Doubleday, 2004. ISBN 978-1864710632.

KISVETROVÁ, Helena. *Dementia and quality of life*. Olomouc: Palacký University Olomouc, 2020. ISBN 978-80-244-5777-2.

MCKHANN, Guy M. a kol. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*. 2011, 7(3), 263–269.

MOUSTAFA, Ahmed A. *Alzheimer's disease understanding biomarkers, big data, and therapy*. London: Elsevier, Academic Press, 2022. ISBN 978-0-12-821334-6.

SAMADANI, Mehdi. *Dementia Care Companion: The Complete Handbook of Practical Care from Early to Late Stage*. Cognitivix Press, 2022. ISBN 979-8986667706.

WEATHERILL, Gail. *The Caregiver's Guide to Dementia: Practical Advice for caring for yourself and your loved one*. Emeryville. CA: Rockridge Press, 2020. ISBN 978-1646113927.

Seznam použitých internetových zdrojů

ALZHEIMERCENTRUM. *Domov se zvláštním režimem* [online]. [cit. 5.3.2023]. Dostupné z: <https://alzheimercentrum.cz/index.php?p=Jihlava>

BORÝSEK, Patrik. Český neurolog vyvinul v USA lék na Alzheimerovu chorobu. Na trhu má být do čtyř let. In: *E15.cz* [online]. 2021 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.e15.cz/byznys/cesky-neurolog-vyvinul-v-usa-lek-na-alzheimerovu-chorobu-na-trhu-ma-byt-do-ctyr-let-1376779>

ČALS. *Výroční zpráva za rok 2021* [online]. 2022 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocnizpravy/>

PRAHA2. *Počet lidí s Alzheimerovým onemocněním meziročně roste o téměř 5 %, v příštích 20 letech se tento počet zdvojnásobí* [online]. 2021 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.praha2.cz/pocet-lidi-s-alzheimerovym-onemocnenim-mezirocne-roste-o-temer-5-v-pristich-20-letech-se-tento-pocet-zdvojnaso-bi/>

PŘÁDOVÁ, Daniela. Globální průlom s českou stopou. „Lék na Alzheimer je na dosah,“ říká lékař. In: *Seznam Zprávy.cz* [online]. 2021 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/globalni-prulom-s-ceskou-stopou-lek-na-alzheimer-je-na-dosah-rika-lekar-154319>

SENIOR-HOME. *O NÁS* [online]. [cit. 5.3.2023]. Dostupné z: <https://senior-home.cz/telc/onas/>

SRŠEŇ, Vlastimil. Náklady VZP na léčbu Alzheimer je nejvyšší za uplynulých pět let. In: *VZP.cz* [online]. 2020 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/onas/aktuality/naklady-vzp-na-lec-bu-alzheimer-je-nejvyssi-za-uplynulych-pet-let>

TELČ. SENECURA. *Vítejte v SeniorCentru Telč* [online]. [cit. 5.3.2023]. Dostupné z: <https://telc.senecura.cz/>

ZAJAC, Lada. Léčba alzheimer je nejdražší za posledních pět let. Roste i počet pacientů. In: *iDNES.cz* [online]. 2020 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/alzheimer-pojistovny-vzrostl-pocet-nakladu-na-leceni.A200922_135631_domaci_1re

ZPMV ČR. *Počet nemocných Alzheimerovou chorobou každoročně stoupá* [online]. 2019 [cit. 17.2.2023]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/pocet-nemocnych-alzheimerovou-chorobou-kazdorocne-stoupa>

Seznam zákonů, vyhlášek a nařízení

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Seznam zkratek

ACH – Alzheimerova choroba

MMSE test – Test kognitivních funkcí

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam obrázků

Obrázek 1: Predikce vývoje nárůstu lidí s demencí v rámci ČR.....	11
Obrázek 2: Srovnání ekonomických nákladů na demenci s jinými.....	13
Obrázek 3: Náklady na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou od roku 2015–2019	14

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Kalábová

Obor: speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Alzheimerova choroba jako novodobá epidemie v sociálních a pobytových službách na Vysočině

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 47

Celkový počet stran příloh: -

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 8

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA