

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2020-2021

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Zina Filip Dadlíková**

**Alzheimerova choroba při péči v rezidenčním zařízení a  
v domácí péči**

Praha 2021

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

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

**2020-2021**

**BACHELOR THESIS**

**Zina Filip Dadlíková**

**Alzheimer's disease in residential and home care**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Lukáš Stárek, Ph. D., MBA

### **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 23. února 2021

Zina Filip Dadlíková.....

## **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Lukáši Stárkovi, Ph. D., MBA za trpělivost, připomínky a jeho drahocenný čas, který věnoval vedení této bakalářské práce. Mé poděkování patří také respondentům, kteří mi byli nápomocni při této práci.

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na popis závažného onemocnění, jakým je Alzheimerova demence, možné příčiny vzniku, léčbu a zajištění následné péče. Práce také porovnává péči v domácím prostředí a v rezidenčních službách. Cílem je též zjistit míru informovanosti široké veřejnosti ohledně Alzheimerovy demence. Práce je rozdělena na část praktickou a část teoretickou. V teoretické části jsou uvedeny základní informace o Alzheimerově demenci i možnostech farmakologické léčby a dopadu Alzheimerovy demence na okolí. Praktická část je založena na cíli výzkumu, a to zjistit profesionální připravenost rezidenčních služeb a obslužného personálu v porovnání s domácí péčí. Při výzkumu byla využita metoda rozhovoru, která patří do kvalitativního výzkumu. Respondenti byli vybráni z pečujícího personálu v rezidenčních službách i z osob pečujících v domácím prostředí. Nebyli opomenuti ani samotní senioři.

## **Klíčová slova**

Alzheimerova demence, kognitivní funkce, nemocný, péče, respondent, rezidenční služby, rodinné prostředí.

## **Annotation**

The bachelor thesis is focused on the description of a serious disease, such as Alzheimer's dementia, possible causes, treatment, and follow-up care. The work also compares care in the home environment and in residential services. The aim is also to find out the level of awareness of the public about this disease. The work is divided into a practical part and a theoretical part. The theoretical part contains basic information about the disease and the possibilities of pharmacological treatment and the impact of the disease on the environment. The practical part is based on the goal of research to determine the professional readiness of residential services and service staff in comparison with home care. The research used the method of interview, which belongs to the qualitative research. Respondents were selected from caring staff in residential services as well as from carers in the home environment. The seniors themselves were not left out either.

## **Keywords**

Alzheimer's disease, care, cognitive function, family environment, patient, residential services, respondent.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 VYMEZENÍ ALZHEIMEROVY DEMENCE .....</b>	<b>11</b>
1.1 Historické počátky .....	12
1.2 Definice demence .....	13
1.3 Znaky demence .....	14
1.4 Rozdíly mezi demencí a depresí .....	17
1.5 Rizikové faktory .....	18
1.6 Vyšetření při podezření na demenci .....	18
1.7 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence .....	19
1.8 Behaviorální přístup léčby .....	20
1.9 Dopady Alzheimerovy demence na okolí.....	21
<b>2 PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ.....</b>	<b>24</b>
2.1 Historický vývoj péče a současné možnosti .....	24
2.2 Péče o člověka s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí .....	25
2.3 Úprava prostředí pro člověka s Alzheimerovou demencí.....	26
2.4 Pobyť v rezidenčním zařízení.....	28
<b>3 MOŽNOSTI UDRŽENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....</b>	<b>31</b>
3.1 Dostupnost služeb pro člověka s Alzheimerovou demencí .....	31
3.2 Realizace nácviku .....	35
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>4 ZMAPOVÁNÍ ROZDÍLU V POTŘEBÁCH BYDLENÍ .....</b>	<b>43</b>
4.1 Cíl výzkumu, zvolená metoda výzkumu, typy respondentů.....	43
4.2 Výzkumná metoda .....	44
4.3 Etika výzkumu .....	45
4.4 Rozhovory s personálem v rezidenčních službách .....	46
4.5 Rozhovory s rodinnými pečujícími.....	50
4.6 Rozhovory se seniory.....	54
<b>5 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>59</b>

5.1	Zhodnocení přístupu v rezidenčních službách.....	60
5.2	Zhodnocení přístupu v domácím prostředí .....	62
5.3	Zhodnocení přístupu seniorů .....	63
5.4	Vyhodnocení výzkumu .....	63
5.5	Diskuse.....	64
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>75</b>



## ÚVOD

V posledních letech slyšíme ve svém okolí o problému s pamětí, respektive o častém zapomínání. Zapomínání se začíná objevovat v produktivním období člověka. Málokdo tomuto problému věnuje podstatnou pozornost. S rychlým rozvojem technologií se přestáváme spoléhat na člověku přirozené využívání mozkové kapacity, a tím mozek stárne a jeho funkce se oslabují. Dle informací České Alzheimerovské společnosti, až 56% z různých typů demencí je Alzheimerova demence. Tímto onemocněním trpí až 150 tisíc lidí, kdy počty stále rostou, jak sděluje projekt EuroCoDe, který je financován Evropskou komisí, nejen pro zjištění počtu nemocných osob. Doc. PhDr. Marek Preiss poukazuje ve svých publikacích na problém oslabování kognitivních funkcí se zvyšujícím se věkem. Současně také Doc. PhDr. Marek Preiss působí jako konzultant i garant v České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging.

Cílem práce je srozumitelně podat informace široké veřejnosti o závažnosti Alzheimerovy demence, ale také zajistit vhodné prostředí pro život člověka trpícího Alzheimerovou demencí. Cíl výzkumu je zaměřen na připravenost domovů seniorů, ale i pečujícího personálu na klienty s Alzheimerovou demencí v porovnání s domácí péčí.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena na tři bloky. V první části bloku popisujeme onemocnění od samotných počátků. Tedy od prvopočátečního pojmenování přes určené definice onemocnění, rozpoznávací znaky Alzheimerovy demence až po možnosti léčby. Druhý blok se zabývá vhodností péče o klienty s Alzheimerovou demencí v rezidenčních službách a v domácím prostředí. Ve třetím bloku nalezneme možnou dostupnost služeb pro klienty s Alzheimerovou demencí i vytváření programu k udržení kognitivních schopností. V praktické části se zaměříme na rozhovory, které spadají do kvalitativního výzkumu. Rozhovory se uskuteční s respondenty v rezidenčních službách, ale i respondenty v domácím prostředí a nebudou opomenuti samotní senioři.

Autorka si takto závažné téma, jako je Alzheimerova demence, zvolila z důvodu své dlouholeté profesní zkušenosti se seniory a také z důvodů setkávání se s neznalostí této problematiky mezi širokou veřejností i pečujícím personálem.

V závěru bakalářské práce budou zhodnoceny a analyzovány výstupy výzkumného šetření. V průběhu práce musela autorka učinit řadu změn v koncepci práce. Obsáhlost odborných materiálů bylo nutné zredukovat na nutné minimum pro vytýčení cíle.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ ALZHEIMEROVY DEMENCE

Název, který je uveden v titulu práce přímo evokuje k prvořadému vymezení definice Alzheimerovy demence. Objasnění Alzheimerovy demence není jednoduchou záležitostí, protože práce je určena pro laickou veřejnost, proto je potřeba velmi důsledně a srozumitelně popsat rozpoznání Alzheimerovy demence, které poskytne dokonalou jistotu pochopení problému onemocnění a následné péče o člověka s Alzheimerovou demencí. Alzheimerova demence, jako jeden typ demence, postihuje lidský mozek. Lidský mozek je unikátní orgán, který řídí chod celého těla. Nejenže reguluje somatické funkce těla, ale je absolutně nezbytný pro život. Pro naše účely je podstatné vyzdvihnout jeho odpovědnost za myšlení, paměť, úsudek, celkovou osobnost jedince a další aspekty, které označujeme jako mysl. O mozku se říká, že je nejsložitější organickou strukturou, jakou známe. (Fine Cordelia, 2009, s. 19)

V současnosti se mozek považuje za superpočítač těla. Superpočítač zpracovává všechny tělesné podněty, které k němu doputují. Pro správnou funkci mozku potřebujeme kyslík a další důležité látky, které jsou do něj přiváděny tepnami v okysličené krvi. Abychom tento superpočítač ochránili před možným vnějším poškozením, je uložen v lebce. Lidský mozek se skládá z nervových buněk. Těchto buněk má 100–200 miliard. To je daleko více než ve skutečnosti pro své využití potřebuje. Není cílem této práce poskytnout kompletní popis mozku. Důležitý pro naše účely je mezimozek, který je zodpovědný za druhově specifické vlastnosti, jako jsou emoce, paměť. Paměť byla pro člověka důležitá od prvopočátku samotné existence člověka. Díky rozvíjení paměti byl člověk schopný přežít a také svého dalšího rozvoje. Při poškození mozku dochází k narušení sociálního chování, pomineme-li lékařské hledisko a možnost ztráty života. Je zásadní zmínit, že Alzheimerova demence je degenerativní poškození mozku. Následkem takového poškození je nezvratný. Postupně slábne paměť a zhoršují se kognitivní funkce. V mozku dochází k vymizení neuronových spojení – dochází k destrukci nervových buněk a podstatnému úbytku šedé mozkové hmoty. Alzheimerova demence postihovala osoby pozdějšího věku, a to nad 65 let. Dnes se setkáváme s Alzheimerovou demencí u mladších osob, ve věku

kolem 40 let. Alzheimerova demence se nevyvíjí u všech jednotlivců stejně. Zapomínání patří mezi první příznaky Alzheimerovy demence. Postupným pokračováním Alzheimerovy demence je ztráta paměti závažnější. V některých případech se zaměňují počátky demence s pouhou depresí. Samotná deprese však je součástí Alzheimerovy demence. Jak již bylo zmíněno, Alzheimerovou demencí trpí osoby v seniorském věku. Tyto osoby velmi často postihují životní změny jako je odchod do starobního důchodu, zhoršení celkového zdravotního stavu a často také ztráta partnera. Každý jedinec reaguje na takové změny jiným způsobem. U někoho může tato změna vyvolat stavy depresí, které nemusí souviset s Alzheimerovou demencí. (Vejsadová, 2010)

## 1.1 Historické počátky

Onemocnění publikoval v roce 1907 na jihoněmecké schůzi psychiatrů v Tübingenu německý lékař, psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer. A přednášku nazval „O svérázném onemocnění mozkové kůry“ Jako první popsal symptomy onemocnění *dementia praecox*, jeho spolupracovník a ředitel Královské psychiatrické kliniky v Mnichově Emil Kraepelin, který později symptomy *dementia praecox* nazval Alzheimerovou demencí. To ovšem neznamená, že před Aloisem Alzheimerem se nikdo tímto problémem nezabýval. Chceme-li se dozvědět o počátcích výzkumu Alzheimerovy demence, musíme zmínit i vědce, kteří pracovali v nemocnici Salpêtrière na neuropatologii, a to Paula Blocqa a Georgese Marinesca. Tito dva vědci v roce 1892 objevili a popsali senilní plak. Pokud bychom se domnívali, že onemocnění je novodobou záležitostí, tak již u antických lékařů a filozofů se můžeme setkat s popisy zhoršení duševních funkcí v důsledku stáří. Označení demence z právního hlediska budeme hledat v polovině 17. století, ve francouzském občanském zákoníku, též zvaném *Code Napoleon*, který je i v současnosti základem právních norem mnoha zemí. Z lékařského hlediska pojem demence situujeme do století osmnáctého. (Koukolík, 1998, s. 11)

Další významnou osobností Wilhelm Griesinger, německý psychiatr a internista, který v roce 1845 uveřejnil klinický popis presenilní demence. (Koukolík, 1998, s. 20)

Od přednášky Aloise Alzheimerova muselo uplynout víc než půl století, aby se ujednotila terminologie onemocnění sloučením presenilní a senilní demence pod jedno pojmosloví a tím je právě Alzheimerova demence. (Koukolík, 1998, s. 20)

## 1.2 Definice demence

*„Demence, dle 10 Mezinárodní statistické klasifikace nemocných, 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 objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“* (Koukolík, 2004, s. 19).

Naopak definice demence dle Pidrmana *„je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení, úsudku, přičemž vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno, někdy předcházeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování, motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu - psychiatrického a patologického vyšetření“*. (Pidrman, 2005, s. 8)

Nezbytné je znovu zmínit, že počátek demence může být zaměněn s depresí. Proto je důležité také se zmínit o definici deprese pro vymezení základního rozdílu mezi těmito diagnózami.

### Definice deprese

Praško popisuje depresi jako „poruchu, u níž jsou typické prožitky smutku, ztráta energie, neschopnost se soustředit, snížená výkonnost, ztráta sebedůvěry, zpomalené psychické tempo. Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství“. Při depresi může osoba pociťovat neobvyklé příznaky jako třes rukou i celého těla, zvýšenou potivost, bušení srdce a pocit dechové nedostatečnosti, bolesti

hlavy, břicha, bolesti zad, může dojít k menstruační poruše. Deprese má mnoho projevů a ne každý smutek můžeme hodnotit jako depresi. (Praško, 1997, s. 12)

U Kovařika se setkáváme s názorem, že termín deprese se užívá obecně, pro popis celé škály duševních stavů a nálad (Kovařík, 2002, str. 7). Kovařík dále říká, „*deprese je duševní nemoc a znamená mnohem víc než přechodné zhoršení nálady*“. (Kovařík, 2002, s. 8)

Definice můžeme v odborné literatuře najít nepřehledné množství. Definice se mění s ohledem k postupujícímu vývoji ve vědě. Všechny definice mají společnou základnu, kterou je úbytek kognitivních funkcí, poruchu osobnosti a ztrátu výkonnosti lidského faktoru.

### **1.3 Znaky demence**

#### **Poruchy projevující se společně**

- Porucha paměti, myšlení: poruchy se objevují již v raném stadiu. Paměť dělíme na krátkodobou a dlouhodobou. Demencí je nejprve postižena krátkodobá paměť. Tím je ovlivněno jednání člověka. U dlouhodobé paměti je postižena deklarativní paměť, nondeklarativní bývá dlouho zachována. Při poruše myšlení dochází k těžkopádnosti;
- poruchy kognitivních funkcí, afázie, apraxie, agnozie, porucha řídicích funkcí – plánování, organizování;
- poškození sociálních funkcí nebo výkonu práce, zaměstnání;
- průběh je charakterizován postupným nástupem a trvalým zhoršením poznávacích funkcí. (Rahn, 2000, s. 138)

Ne každá zapomětlivost je příznakem Alzheimerovy demence. U osob středního věku se dnes setkáváme se zapomínáním běžně, jedná se o přemíru informací, které jsou na jednotlivce kladeny. Jedním z prvních signálů, kde by měl člověk zbystrit svoji pozornost a dojít k odbornému lékařskému vyšetření, je již samotný výskyt Alzheimerovy demence v rodině, kde může dojít ke zděděným genetickým mutacím. Současná věda identifikovala genetický faktor, který způsobuje Alzheimerovu demenci.

Při průzkumu mozku mnoha lidí s Alzheimerovou demencí byly zaznamenány i jiné shodné znaky. Jedním z nich je nedostatek neurotransmiteru acetylcholinu. „*Neurony, které obsahují acetylcholin hrají významnou roli v rovině paměti*“.. Mozky pacientů s Alzheimerovou demencí vykazují nedostatek inzulínových receptorů. To vede k domněnce, že vysoká hladina inzulínu v krevním séru způsobuje zánět v mozku. Hyperinzulinémie neboli vysoká hladina inzulínu v krevním séru je také spojována s odumíráním nervových buněk. Doposud jediný lék, dokáže pouze zpomalit průběh Alzheimerovy demence díky svému pomalému rozpadu acetylcholinu. Není účinný pro všechny pacienty, a navíc může být toxický pro játra. (Fine Cordelia, 2009, s. 215)

Alzheimerova demence přichází v době, kdy je život pracovně i společensky naplněn. Osoba postižená demencí se začíná měnit. Dochází k nepřiměřeným reakcím, ztráty zájmu k okolnímu dění. Chování člověka s Alzheimerovou demencí v okolí budí rozpaky, když připomíná celou řadu schválností.

### **Počáteční stádium Alzheimerovy demence**

Samotný počátek bagatelizují nejen samotní pacienti, ale také jejich rodinní příslušníci. Veškeré známky počínající demence jsou přisuzovány věkem podmíněným změnám. K demenci se většinou přidružují i další onemocnění, a proto samotná Alzheimerova demence zůstává opomíjena. Přitom již samotný počátek je pro podchycení velmi důležitý.

*„Příznaky onemocnění:*

- *horší vyjadřování a hledání slov;*
- *obtíže v nových situacích;*
- *obtíže s novými přístroji, počítačovými programy;*
- *zhoršení paměti, zapomínání zejména nedávných událostí, staré vzpomínky zůstávají zachovány;*
- *zhoršení orientace v prostoru;*
- *člověk s Alzheimerovou nemocí se ztrácí i na dobře jeho známých místech;*
- *potíže s rozhodováním;*
- *ztráta iniciativy a motivace;*

- *deprese, úzkost, apatie či naopak podrážděnost;*
- *ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti;*
- *změny osobnosti.*“ (Holmerová, et al., 2019, s. 7)

### **Střední a rozvíjející se stadium**

V tomto stadiu již osoby potřebují stálý dohled. Situaci již není člověk s Alzheimerovou demencí schopen zvládnout vlastními silami a daleko závažnější je problém vlastního neuvědomění si Alzheimerovy demence. V tuto chvíli musí rodinní příslušníci zaujmout pozici pečovatele. Velmi vhodnou alternativou jsou denní stacionáře. Dostupnost této služby je ovšem nedostačující. A to jak z hlediska místního, kapacitního, ale také pro některé sociální vrstvy je zde nedostupnost i finanční. Bohužel lékaři veřejnost chabě informují o možnosti příspěvku na péči, který by byl mnohdy i vítaným řešením v tíživé pečující situaci.

*„Příznaky druhého stádia onemocnění:*

- *výrazné zhoršení paměti;*
- *nemocný není schopen žít bez pomoci;*
- *nemocný potřebuje trvalý dohled;*
- *dochází ke špatnému vyjadřování;*
- *nemocný bloudí a chová se nepřiměřeně situaci;*
- *nemocný potřebuje veškerý dohled při vaření, úklidu, nákupu;*
- *nemocný již nezvládá sám péči o osobní hygienu;*
- *počínají se objevovat prvopočátky inkontinence moči;*
- *vyskytují se poruchy chování, které jsou reakcí zpravidla na to, že danou situaci či změnu nechápe a tím se cítí ohrožen;*
- *vyskytují se bludy a halucinace“.* (Holmerová, et al., 2019, s. 7)

### **Pozdní stadium**

Poslední stadium je úzce spjato s terminální fází. V posledním stádiu dochází ke kompletnímu zhoršení zdravotního stavu. Člověk s Alzheimerovou demencí již není schopen vykonávat žádnou činnost. Má problémy se i sám najíst a mnohdy přicházejí



problémy s polykáním. Dochází k úplné inkontinenci moče i stolice. Všechny tyto symptomy však neznamenají, že by člověk s Alzheimerovou demencí nedokázal vnímat svět okolo sebe. Vnímání člověka s Alzheimerovou demencí je však velmi zkreslené, ale i tak ještě dokáže projevovat radost.

*„Projevy pozdního stadia:*

- *nemocná osoba nepoznává své příbuzné;*
- *neví, že je doma. Některé prvky může poznávat;*
- *nemocný není schopen se verbálně vyjádřit;*
- *není schopen pochopit různá sdělení, gesta, ani jednoduchá slova;*
- *dochází k plné inkontinenci moče i stolice;*
- *problémy s polykáním.“ (Holmerová, et al., 2019, s. 8)*

#### **1.4 Rozdíly mezi demencí a depresí**

Deprese má pozvolný začátek od dnů k týdnům. Trvá krátké měsíce nebo týdny. Postižená osoba je často diagnostikována psychiatrickou anamnézou a dotyčný si často stěžuje na výpadky paměti, dochází k omezení těchto schopností. V rozhovoru na dané téma, kdy dotyčný nezná odpověď, odpoví „nevím“. Dochází k denním proměnám nálad, ale ve většině případů je nálada stále identická. Dotyčný je stresován i pouhým neúspěchem. Často dochází k přesouvání pozornosti z jednoho objektu na druhý. Občasné zapominání nedávných událostí a primárně špatná neboli depresivní nálada s poruchami spánku, chuti či sebevražednými myšlenkami. (Kalvach, 2010)

Naproti tomu u demence je počátek velmi nenápadný, trvající měsíce. Celkové trvání se neomezuje na dny nebo týdny, ale trvá roky. Celkově postižený je bez známky psychické poruchy. Postižená osoba velmi často zatajuje ztrátu svých schopností, nebo si ztrátu sama neuvědomuje ani nepřipouští. V rozhovoru na dané téma, místo odpovědi „nevím“, odpovídá s velkou nepřesností až zmateností. U osob s demencí nálada kolísá každý den a mají neustálou mezeru ve vědomostech – kognitivní deficit. Jsou čínorodí, ale provedení je apatické. Zřetelně se projevují výpadky paměti pro nedávné, ale i staré události. Základní je ztráta paměti. Dotyčný odmítá spolupráci, nevyhledává sociální kontakty, citově je nevyrovnaný a má sklony ublížit jiné osobě. Člověk

s Alzheimerovou demencí je bezradný, zmatený, neorientovaný místem, časem a osobou, ztrácí ostražitost. (Franková, 2010)

## 1.5 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory patří vyšší věk (nad 65 let), genetické faktory – jako je dědičnost, a tedy i demence v rodinné anamnéze. Apolipoprotein E<sub>4</sub> (ApoE<sub>4</sub>), což je protein, který se v těle účastní metabolismu tuků. V podstatě Apolipoprotein E<sub>4</sub> působí v těle jako taková kurýrní služba, která dopravuje neuronům zásilky s živinami. Živiny buňky potřebují pro vytvoření membrán, kterými se obklopují. Jedním z velkých rizik je úraz hlavy, kde může dojít k poškození mozku. Dle různých statistik jsou ženy více ohroženy Alzheimerovou demencí než muži. Downův syndrom, hypotyreóza – snížená funkce štítné žlázy, nedostatek vitamínu B<sub>12</sub>, ale také deprese i nízká úroveň vzdělání a slabá duševní aktivita patří mezi rizika onemocnění. Naproti tomu „*vyšší úroveň vzdělání, psychická aktivita i ve vyšším věku, ApoE<sub>2</sub> i ApoE<sub>3</sub>, antioxidanty, lecitin, hormonální substituce u žen (doplnění estrogenu) a včasná léčba depresí*“ snižují riziko vzniku onemocnění (Höschl 1999, s. 16).

## 1.6 Vyšetření při podezření na demenci

Mezi základní vyšetření patří:

- anamnéza od pacienta, rodinného příslušníka nebo pečovatele;
- interní a neurologické vyšetření;
- laboratorní vyšetření (základní biochemie, krevní obraz, sedimentace, TSH – hormon produkovaný adenohypofýzou, který stimuluje sekreci hormonů štítné žlázy);
- kognitivní screening (MMSE – krátký test kognitivních funkcí);
- CT (výpočetní tomografie) nebo MRI (magnetická rezonance) mozku;
- EEG (elektroencefalografie).

**Další vyšetření:**

- Neuropsychologické testy.

### **Doplňující vyšetření, ve zvláštních případech:**

- mozkomíšní mok – protilátky tau, fosfo – tau;
- funkční zobrazení PET/SPECT – nukleární zobrazovací metody.

*„Diagnostika Alzheimerovy nemoci patří mezi složitý proces vyšetření. Běžná vyšetření provádí i praktický lékař, doplňující vyšetření provádí specializovaná pracoviště, jako například neuropsychologie“ (Hort 2007, s. 12).*

Prvopočáteční impuls k vyšetření by měl vzniknout v rodinném prostředí. Rodinní příslušníci jsou ti, kteří musí mezi prvními vyzorovat změny u rizikové skupiny. Dalším článkem ke spolupráci je praktický lékař, který buď sám, nebo na popud rodiny odešle potenciálního člověka s Alzheimerovou demencí po důkladném vyšetření, k odborné prohlídce specialistou. Ve většině případů prvním specialistou bývá psychiatr. Daleko vhodnější volba by byl ovšem neurolog. Celý multidisciplinární tým lékařů musí spolupracovat s rodinou potenciálního nemocného, pro diagnostiku tak závažného problému, jakým je Alzheimerova demence, rodina musí vyvíjet součinnost s týmem lékařů pro správnou a kvalitní léčbu o člověka s Alzheimerovou demencí (Steinová, 2010).

## **1.7 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence**

Před začátkem farmakologické léčby je nutné přesně diagnostikovat Alzheimerovu demenci. *„Léčba je zaměřena na zlepšení či stabilizaci kognitivní poruchy. Skupina léků se nazývá kognitiva neboli antidementia“ (Vlček 2010, s. 284).* Při léčbě osoby s Alzheimerovou demencí nám jde o kvalitu života člověka s Alzheimerovou demencí. Léčba patří mezi nákladné záležitosti a z tohoto důvodu je důležité se pokusit předejít důsledkům Alzheimerovy demence i samotné Alzheimerově demenci. Samotnou farmakologickou léčbou prodlužujeme soběstačnost a nezávislost člověka s Alzheimerovou demencí. Ochrannou funkci v organismu před vznikem samotného onemocnění mají antioxidanty. Vitamíny A, E, C, selen, rostlinné polyfenoly, fytoestrogeny, sulfidy, proteinové inhibitory a kyselina fytinová chrání mozek před volnými radikály a zabraňuje vzniku oxidačního stresu (pokud chybí nebo je málo ochranných látek, mluvíme o oxidačním stresu. Volné radikály převyšují antioxidační kapacitu těla (Zifko 2008, s. 42).

Jak již bylo zmíněno, léčba je farmakologická, ale velmi důležitá je i behaviorální léčba – terapie. Behaviorální terapie je podle Pidrmana „*motivace nemocného, jeho aktivizace, kognitivní a tělesný trénink, každodenní aktivní kontakt, provádění nejrůznějších aktivit směřující k mentální i somatické rehabilitaci a aktivizaci*“.  
(Pidrman, 2005, str. 39).

## **1.8 Behaviorální přístup léčby**

Behaviorální přístupy (nefarmakologická léčba) v léčbě Alzheimerovy demence nemá dlouholetou tradici. Vědci předpokládají, že pro úspěšnou léčbu Alzheimerovy demence nestačí farmakologická léčba. Bylo zjištěno, že podpora již naučených dovedností vede k dlouhodobému udržení, částečnému zlepšení zdravotního stavu nejen člověka s Alzheimerovou demencí, ale také pečujících, ať v domácím nebo pobytovém prostředí. Velmi důležitým prvkem je dlouhodobě udržet jemnou i hrubou motoriku. Dle světových výzkumů, člověk, který onemocní Alzheimerovou demencí, by měl také věnovat větší pozornost pohybovým aktivitám. Vyšší míra pohybu je jedním z behaviorálních přístupů, které eliminují farmakologickou léčbu a zvyšují možnost delší samostatnosti člověka s Alzheimerovou demencí. Značně pozitivní vliv na emocionální stránku člověka s Alzheimerovou demencí byl odborníky vyzorován při socializaci. Člověk s Alzheimerovou demencí v kolektivu pociťuje zvýšení sebedůvěry a má pocit vlastního uplatnění, potřeby. Pouhá verbální komunikace mezi osobami ve skupině, s rodinným příslušníkem či s personálem nutí člověka s Alzheimerovou demencí používat širší slovní zásobu. Obor, zabývající se behaviorálními technikami, nazýváme Ergoterapie. (Pidrman, 2005, s.57)

### **Ergoterapie**

je zdravotnický obor, který prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování běžných denních schopností jedince ať v jeho zájmové, pracovní či oddychové oblasti. Cílem ergoterapeuta je podporovat psychickou i fyzickou pohodu člověka s Alzheimerovou demencí a dopomáhat mu k rozvoji a udržení jeho schopností.

*„Zásady behaviorální aktivizace:*

- *má se jednat o smysluplnou činnost, která je součástí denního režimu nemocného;*
- *činnost má působit komplexně na všechny složky osobnosti a na co nejvíce smyslů;*
- *činnost má podporovat silné stránky nemocného a nikoli poukazovat na ty slabé stránky;*
- *činnosti s nemocným by měly probíhat pro něj ve známém a bezpečném prostředí;*
- *každá osoba pečující o nemocného s Alzheimerovou demencí musí zachovávat a podporovat jeho důstojnost;*
- *při vyvíjené činnosti se klade důraz na samotný proces, nikoliv na výsledek.“*  
(Pidrman 2005, s. 55)

## **1.9 Dopady Alzheimerovy demence na okolí**

Při diagnostikování Alzheimerovy demence se rodinní příslušníci ocitají v situaci, kdy prognóza Alzheimerovy demence je jasně daná. Je třeba této diagnóze uzpůsobit následující život nejen pro člověka s Alzheimerovou demencí, ale i blízkých osob. Pečující osoba potřebuje velkou pomoc od odborníků v oblasti informativní, ale současně potřebuje stabilní a profesionální oporu. Pečující osoba si bude muset uvědomit na prvořadý fakt, že bude žít s jinou osobou, než byla doposud zvyklá, protože dojde k velké proměně chování a potřeb člověka s Alzheimerovou demencí (Bartoš, 2010).

Vzniklá situace rodinného pečujícího zastihne nečekaně a nepřipraveně. Pečující vstupuje do situace jako laik bez dostatečných informací o Alzheimerově demenci, péči i rizicích. Pomocnou ruku nabízí Česká alzheimerovská společnost, která má svůj informační web. Na webu je možné najít emailovou adresu i telefonní číslo pro případné konzultace i na doporučení odborných pracovišť. Tato služba je poradenská. Zde má možnost se setkat pečující osoba s profesionály, kteří podrobně

kvalifikovaným pracovníkem proberou veškeré problémy a poskytnou potřebné informace začínajícímu pečujícímu o osobu postiženou Alzheimerovou demencí. Existují i svépomocné skupiny, které jsou nápomocny rodinným pečujícím. Většinou je opět sdružuje Česká alzheimerovská společnost. Jde o pravidelná setkávání pečujících rodinných příslušníků, kteří si vzájemně poskytují nejen výměnu informací v péči o člověka s Alzheimerovou demencí, ale hlavně si vzájemně poskytují velmi důležitou podporu v nelehké situaci domácího pečujícího (ČAS, 2016).

Osoba pečující v domácnosti se musí vyrovnat nejen s častými změnami nálad, ale také s viditelnými známkami chřadnutí blízké osoby. Často frustrující pro pečující je zjištění, že člověk s Alzheimerovou demencí začíná žít ve „svém“ světě. Člověk s Alzheimerovou demencí si rád povídá, avšak nenalézá ta správná slova. To je činí mnohdy rozmrzelými a svoji rozmrzelost dávají pocítit a mnohdy i za vinu pečujícím. Současná společnost začíná věnovat Alzheimerově demenci zvýšenou pozornost, nicméně pečující osoba stojí tak trochu stranou této pozornosti. Málokdo z pečujících se svěří odborníkovi, že při péči o člověka s Alzheimerovou demencí je vyčerpaný, unavený a neví si rady. Pokud se toto stane, většinou je pozdě pro obě strany. Jak pro pečujícího, tak pro pečovaného. V tuto chvíli dochází v životě obou k další zásadní změně. První velkou změnou bylo zjištění a vyrovnání se s Alzheimerovou demencí a v době vyčerpání pečujícího mnohdy přijde další změna, pro pečovaného. Tou je návrh lékaře na využití rezidenční služby. Pečující osoba, často takovou nabídku přijme. Velkou chybou je nízká informovanost o dalších možnostech pomoci s péčí o člověka s Alzheimerovou demencí. Rodinní příslušníci v častých případech zajišťují péči sami. Mnohdy z nedostatečného pokrytí sociálními službami v dané lokalitě. Chybou systému je i nízká osvěta pro pečující rodinné příslušníky v domácím prostředí ohledně prevence vyhoření, které je nejčastějším problémem. Pečující v mnohých případech ani neznají tento termín a problém specifikují jako únavu. Jaro Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví z roku 2009 popisuje vyhoření jako: *“stav fyzického, citového a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.”* (Křivohlavý

2009, s. 113). Rodinní příslušníci většinou vstupují do rozhodnutí s obavou ze selhání. Velmi touží své blízké osobě pomoci a přitom netuší, že pomoc by měla směřovat také k jejich osobě. Takovýmto osobám často hrozí ztráta zaměstnání z důvodu dlouhodobé péče; přátel, pro nedostatek času a mnohdy může dojít k narušení rodinných vazeb v důsledku péče o blízkého člověka.

## 2 PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

### 2.1 Historický vývoj péče a současné možnosti

Zapomínání bylo odjakživa známkou stárnutí. S objevem Aloise Alzheimerera započala dlouhá a nekončící etapa výzkumu onemocnění. Samotná péče o člověka s Alzheimerovou demencí je však mnohem starší. Prvopočátky péče o potřebné můžeme datovat do starověku a středověku. Péče vychází z filantropických (dobrovolné pomáhání sociálně slabým) a charitativních organizací. V období renesance se péči začíná věnovat nová společenská třída, měšťanstvo. Stále však hovoříme nikoli o člověku s Alzheimerovou demencí, ale o chudých a potřebných. Další etapou péče u nás byla Rakousko – Uherská Monarchie, která přispěla mnoha významnými zákony k rozvoji země, ale stále se nedostává dostatečné pomoci potřebným, o které převážně pečují církve, farnosti, řeholní řády a v neposlední řadě také rodina. Zlomovým rokem je vznik samostatného Československého státu, kde dochází k velkému rozvoji v sociálních službách, ale i v medicíně. O nemocné osoby se stále stará rodina nebo jsou umísťovány do zdravotnických zařízení, a to do psychiatrických léčeben. Úmrtnost je díky omezeným informacím stále značná a péče o člověka s Alzheimerovou demencí, ale i ostatními typy demencí je nedostačující. Na lidech s Alzheimerovou demencí jsou často prováděny pokusy nelidských rozměrů. Nic se nemění ani s dalším mezníkem v historii našeho státu. Naopak rok 1948 přináší útlum v sociálních službách, které přistupují ke svým klientům s direktivním přístupem. Osoby trpící Alzheimerovou demencí jsou stále v psychiatrických léčebnách. Péče v rodině je mizivá. Senioři začínají být přemísťováni do domovů pro seniory, které spadají pod zdravotnické služby. Mnoho změn nepřináší ani další mezník v naší historii, kterým je rok 1989. Alzheimerova demence sice začíná přicházet v povědomí, ale laická veřejnost s touto problematikou neumí zacházet. Chybí potřebné a také dostupné informace i legislativa. Revolucí v péči o seniory a člověka s Alzheimerovou demencí se stává rok 2006, kdy vstupuje na našem území v platnost zákon o sociálních službách, kterým se mění nejen názvy zařízení, ale hlavně přichází změna v péči i informovanosti veřejnosti a dostupnost sociálních služeb ať již jen jako poradenské činnosti, tak i v poskytování péče (Heiclová, 2015).



V péči o osoby s Alzheimerovou demencí na našem území můžeme označit rok 1997, kdy vznikla Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. jako občanské sdružení. U jejího zrodu stáli profesionálové z řad gerontologů, lékařů a sociálních pracovníků, stejně jako rodinní pečující. Mezi zakladatelky společnosti patří MUDr. Iva Holmerová, Ph.D a PhDr. Hana Janečková, Ph.D., které jsou i členkami výkonného výboru společnosti. Další významnou osobností pracující v této společnosti je doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc. V současné době má společnost široké pokrytí po celé republice, avšak stále je nedostatečná informovanost veřejnosti (Anon., 2016).

S nástupem Zákona o sociálních službách, zákon č. 108/2006 Sb., se mění i přístup o člověka s Alzheimerovou demencí. Zřizují se Domovy se zvláštním režimem, které se specializují na tyto osoby a jejich potřeby. V zákoně o sociálních službách je také zakotvena povinnost pečujících se nadále vzdělávat pro kvalitu poskytovaných služeb (MPSV, 2021).

Se vstupem zákona také dochází k rozšíření finanční pomoci pečujícím v domácím prostředí, a to hlavně příspěvkem na péči spolu s dalšími dávkami pomoci. V roce 2020 se informovanost veřejnosti nikterak razantně nezvýšila. *„Pokud bychom chtěli nabízet obdobný objem služeb, jako je tomu průměrně v Evropě, museli bychom stávající kapacity ztrojnásobit.“* (Anon, 2016)

## **2.2 Péče o člověka s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí**

Nejvhodnější prostředí pro osobu, která onemocněla Alzheimerovou demencí, je domácí prostředí. V domácím prostředí je člověk s Alzheimerovou demencí schopen s potřebnou péčí vést poklidný život po relativně dlouhou dobu. Důležitým aspektem je dostatečná podpora od svého okolí i lékařská péče. Člověk s Alzheimerovou demencí v počátečním stadiu onemocnění, pozitivně vnímá podporu svých blízkých. Mimo pravidelné kvalitní stravy a řádného spánkového režimu je důležitý pohyb. Péče o osobu s demencí v domácím prostředí je náročná. Ve většině případů je při domácí péči potřeba přizvat odborníka. Někoho, kdo bude dopomáhat pečujícímu. Kdo bude střídat pečujícího, aby mohl načerpat nové síly a zkušenosti. V domácím prostředí blízký pečující postupuje metodou pokus – omyl. Zkouší, co člověku s Alzheimerovou demencí vyhovuje. Mnohdy se zaměřuje na základní potřeby péče. Mezi tyto potřeby

patří hygienická péče a stravování. Bez odborného vedení nemá laická pečující osoba možnost využívat behaviorální techniky v péči o člověka s Alzheimerovou demencí. Velmi často dochází k nepochopení okolí a mnohdy se může jednat o blízké příbuzné při problematické a náročné péči. Péče zasahuje do běžného života rodiny. Ne každý je schopen unést psychickou zátěž při péči o člověka s Alzheimerovou demencí. Nejednou se děti osob s Alzheimerovou demencí nemohou vyrovnat se změnami u svých rodičů. Změny jsou psychické i fyzické, ale dochází i ke změnám v materiálním zabezpečení rodiny, kdy rostou výdaje spojené s péčí. Pečující musejí velmi často přizpůsobit uspořádání bytové jednotky pro potřeby člověka s Alzheimerovou demencí. To může znamenat obrovskou finanční zátěž, kterou rodina nemusí unést. Může dojít ke kolizi ve vztazích. Problematickou stránkou se v domácím prostředí stává hygiena. V naší společnosti je stále generace, kdy nahota byla tabu a najednou se má dcera či syn postarat o své rodiče po hygienické stránce. Při rozhodování, zda pečovat o seniora v domácím prostředí, si mnohdy ani neuvědomí, že může dojít i k takovýmto záležitostem. „*Neustálý pocit zodpovědnosti za tělesné i duševní blaho jejich blízkých však přetrvává.*“ (Messerli & Meichtry 2016, s. 10)

### **2.3 Úprava prostředí pro člověka s Alzheimerovou demencí**

Podstatné pro člověka s Alzheimerovou demencí je mít vytvořeny podmínky pro své pohodlí a bezpečí. Stejná pravidla by měla být zachována v domácím prostředí i rezidenčních službách. Rezidenční služby mohou rozvinout komfort pro člověka s Alzheimerovou demencí o společné prostory, kde se setkávají uživatelé k terapeutickým činnostem nebo pouze posezení a komunikaci uživatelů rezidenční služby mezi sebou.

Maličkostí, která může hodně znamenat pro člověka s Alzheimerovou demencí je například změna v koupelně. Místo vany nainstalovat sprchový kout. Tato zdánlivá maličkost může dopomoci člověku s Alzheimerovou demencí k pocitu soběstačnosti. K toaletě by měly směřovat časté ukazatele rozmístěné po bytovém prostoru (Prokopová, 2017).

Nadmíru vhodné je vytvořit seniorovi koutek u okna, kde by mohl pozorovat dění okolo sebe. Při tvorbě relaxačního koutku bychom neměli zapomenout na striktní

oddělení relaxace od spací místnosti – ložnice. Při pohledu z okna člověk s Alzheimerovou demencí může určit roční období. K takovému účelu je příhodné, když okna směřují do listnaté oblasti. Úplně ideální je zajistit člověku s Alzheimerovou demencí přímý vstup do zahrady nebo na terasu. Vždy musíme předvídat riziko úrazu a tím zajistit bezpečnost pohybu seniora (Messerli & Meichtry, 2016).

Musíme však také myslet na jeho potřebu odcházet bez příčiny z domácího prostředí. Tato situace je často opomíjena. Prostor je dobré uspořádat tak, aby se v místě obývací jednotky vytvořila nekonečná cesta, která má vstupní prostor lehce zamaskovaný, pro bezpečí člověka s Alzheimerovou demencí. K maskování dveří stačí pouhý závěs, který bude pestrobarevný, nebo naopak je dobré natřít dveře stejnou barvou jako rámy u dveří. V tu chvíli se dveře pro člověka s Alzheimerovou demencí stávají neviditelnými. Pokud z nějakého důvodu nemůžeme změnit barvu dveří, postačí, když před vchodové nebo jiné dveře, které by mohly mít za následek odchod člověka s Alzheimerovou demencí a jeho následné ohrožení, položit černou půlkruhovou rohožku o průměru asi půl metru, která bude působit jako optická bariéra. Člověk s Alzheimerovou demencí černou barvu bude vnímat jako nějakou díru a nebude do tohoto prostoru vstupovat (Messerli & Meichtry, 2016).

Jako důležitý prvek obytného prostoru je tlumené osvětlení. To podporuje prostorovou orientaci. Je dobré, aby člověka s Alzheimerovou demencí viděl nebo se mu za pomoci svítidel simuloval východ slunce a k večeru zase západ slunce. Dalším významným prvkem je lehké osvětlení v nočních hodinách u postele. Člověk s Alzheimerovou demencí v noci vstává a důležité pro něj může být pro jeho bezpečnost mít umístěné světlo u podlahy. Senioři většinou používají domácí obuv, která se jim v nočních hodinách po tmě hůře hledá a hrozí riziko pádu a s tím spojená obávaná zlomenina krčku kosti stehenní. Vhodné je také odstranění různých druhů tkanin z podlahy. Zde též hrozí nebezpečí úrazu. Namísto kobereců na podlaze je možné umístit třeba jen lepícími páskami různé ukazatele, které člověka s Alzheimerovou demencí navedou správným směrem a tím vytvoříme pocit soběstačnosti. Závadná je také kluzká podlaha, lesknoucí se podlaha. Krytina by měla být snadná na údržbu a také omyvatelná. Závažným problémem domácností bývají schody. Těch bychom se měli

u člověka s Alzheimerovou demencí, pokud možno co nejvíce vyvarovat (Steinová, 2010).

Opomenutá bývá výzdoba pokoje. Při vhodné výzdobě můžeme člověku s Alzheimerovou demencí připomínat, jaké období či svátky zrovna probíhají. Je třeba pamatovat, že výzdoba by měla být stále na stejném místě. Musíme dbát na to, aby zdi pokoje nebyly vymalovány stejnou nebo podobnou barvou jako podlaha v místnostech.

Problematickým prvkem bývá čas. Pro správnou orientaci v čase můžeme umístit na zeď velké hodiny s jednoduchým ciferníkem.

Je vhodné seniorovi neodstraňovat jeho starý nábytek. Vyvolává v něm vzpomínky a tím i pocit bezpečí svého domova.

Samostatnou kapitolou by mohl být návod na sestavení kuchyně, která vždy tvořila srdce domácnosti. I v tomto prostoru musíme dbát na bezpečnost. Člověku s Alzheimerovou demencí může hrozit opaření, pořezání. Ale také je to jedinečná šance na ožívání vzpomínek. V kuchyni se mísí různé vůně, které evokují třeba i dětství. Pokud stav člověka s Alzheimerovou demencí dovoluje, je vhodné jej zapojit do přípravy pokrmu. Problematické může být i nádobí. Vhodnější variantou je používat odolné, nejlépe plastové hrníčky i talíře. Jednak jsou lehké pro člověka s Alzheimerovou demencí do ruky, a jednak nehrozí riziko pořezání při rozbití (Messerli & Meichtry, 2016).

## **2.4 Pobyť v rezidenčním zařízení**

V rezidenčních službách je dobré vytvořit zákoutí, která simulují běžný život. Běžné bylo pro každého člověka chodit do zaměstnání. Do zaměstnání se musel nějakým způsobem přepravit a jedním z ekvivalentů je vytvoření autobusové nebo vlakové zastávky. Pouhé posezení na takové simulační autobusové zastávce může v člověku s Alzheimerovou demencí vzbudit pocit klidu. Může dojít k oživení vzpomínek a člověk s Alzheimerovou demencí z ničeho nic může začít povídat o svém povolání. Úplnou dokonalostí pro člověka s Alzheimerovou demencí by mohlo být nainstalování

obrazovky v místě autobusové zastávky, která by simulovala okno v autobuse, a na obrazovce by ubíhal obraz krajiny, která je člověku s Alzheimerovou demencí důvěrně známá. A dokonce může dojít k vybavení si dávno zapomenutých drobností. Rezidenční služby mohou mít za správného uchopení velkou výhodu před domácím prostředím. Osobám s demencí jsou blízké děti, a toho za správných předpokladů mohou rezidenční služby využít k terapii. Do služby mohou docházet děti ze škol a školek k vytvoření tematických recitačních setkání nebo vhodnou variantou je utvoření společné zahrady, kde si děti hrají a osoby s Alzheimerovou demencí, tedy povětšinou senioři, je sledují. Opět to může evokovat u člověka s Alzheimerovou demencí vzpomínky ať na své dětství, nebo na období, kdy sami měli malé děti. Rizikem však může být vyvolání momentálního stesku u seniora, díky vzpomínce, kterou vytvoří dítě pouze svojí podobou na dítě seniora nebo člověka s Alzheimerovou demencí. Děti a senioři mají k sobě blízko i v další aktivitě. Tou aktivitou je zpěv. Ve většině případů poškození mozku, a tou Alzheimerova demence je, se využívá terapeutickým směrem hudba. Zprvu se používají tóny, které utvoří melodii. Malé děti a osoby s demencí mají jedno společné, nezvládají si zapamatovat složité celky. Proto je vhodná pro člověka s Alzheimerovou demencí k zařazení písnička s dětským nebo lidovým textem. Není důležité, aby člověk s Alzheimerovou demencí zpíval či znal slova. Důležitý prvek je, když si začne pobrukovat melodii. To je známkou účinné terapie, která pomáhá vytvářet nová neuronová spojení v mozku (Steinová, 2010).

Jednou z mnoha terapeutických možností je umístění zvířat v rezidenčních službách. Při canisterapii bylo vyzkoušeno, že se zlepšuje nálada osoby, ke které se přiloží pes. Nemusí se však jednat pouze o canisterapii, terapeutickým zvířetem může být kočka, zakrslý králík ba dokonce senioři mohou chodit krmít drobnou drůbež (Heicl, 2016).

*Je zapotřebí mít na mysli, že aktivity pro nemocného musí být přiměřené jeho potřebám a schopnostem. Mnohé je nutno provádět individuálně a s ohledem na nepřetěžování nemocného. Mohl by se snadno fyzicky i psychicky vyčerpat a tím může dojít ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Nutností je přistupovat k aktivitám nemocného s promyšleností rozložení aktivit. (Pidrman 2005, s. 57)*

Veškeré aktivity nejen s osobami trpícími Alzheimerovou demencí, ale se všemi seniory, je nutné vykonávat na základě jejich dobrovolnosti, s ohledem na jejich

zdravotní stav, momentální rozpoložení nálady a chuti spolupracovat s aktivizačním terapeutem. Častým jevem v rezidenčních službách je aktivizace za každou cenu. Tento nátlak může pramenit z obavy před možnými kontrolami v rezidenčních službách, ale důvodů může být nespočetně (Heiclová,2015).

### 3 MOŽNOSTI UDRŽENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

K udržení kognitivních funkcí je třeba náležitého tréninku. Metod a technik existuje nepřehledné množství, ale pro potřeby bakalářské práce se zaměříme na trénování paměti. Jako jednu z hlavních zásad bychom mohli označit nenechat člověka s Alzheimerovou demencí nebo potenciálního člověka s Alzheimerovou demencí v nečinnosti. Zásadní jsou prováděné aktivity, i když aktivizovaný nejeví moc zájmu a práce mu připadá nesmyslná, nevidí v ní žádný význam. Důležité je, aby pečující osobě s Alzheimerovou demencí vše a řádně vysvětloval s klidným hlasem a v případě potřeby neustále vysvětloval nepochopitelné člověku s Alzheimerovou demencí či uživateli sociálních služeb. Podstatné je člověku s Alzheimerovou demencí ukazovat jeho úspěchy, nikoliv neúspěchy v práci (Vejsadová, 2010)

#### 3.1 Dostupnost služeb pro člověka s Alzheimerovou demencí

Osoby postižené Alzheimerovou demencí, ale nejen tyto, nýbrž všichni senioři a nemocné osoby mohou v České republice využít sociální služby, které spadají pod sociální zákon 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé životní situaci (MPSV, 2021). V tomto zákoně je také možno najít mimo jiné typy sociálních zařízení i podmínky, které musí splňovat v rezidenčních službách pečující osoba a mnoho dalších potřebných informací, pro vytvoření kvalitní péče v sociálních zařízeních. Pro osoby postižené Alzheimerovou demencí je nejvhodnější rezidenční službou domov se zvláštním režimem. „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.“ (MPSV 2021)

Většinu těchto zařízení zřizují kraje, města, církve. Není výjimkou ani soukromý zřizovatel. Všichni zřizovatelé se musí striktně držet podmínek, které stanovuje zákon

pro poskytování služeb. Velkou výhodou pro člověka s Alzheimerovou demencí i rodinu je komplexně zajištěná služba. Zákon rezidenčním zařízením stanovuje nejen povinnost pečovat, ale také poskytovat poradenskou činnost a neméně důležitou terapeutickou činnost, která působí v řadě situací i jako nezbytná prevence. Každý krajský úřad v České republice má odbor sociálních věcí a na svých stránkách pravidelně zveřejňuje informace o počtu sociálních zařízeních v dané lokalitě. Například z poslední dostupné Výroční zprávy Olomouckého kraje je patrné, že „*kraj, který zaujímá 14 místo svojí rozlohou v ČR má k 31. 12. 2013, 636 356 obyvatel. Z toho 15% tvoří senioři nad 65 let a Olomoucký kraj je 7. nejlidnatější kraj v ČR*“ (Olomoucký kraj, 2014). V Olomouckém kraji je zaregistrováno 53 služeb, které poskytují osobám trpícím Alzheimerovou demencí jistý druh podpory. Jedná se o poskytování pobytových, terénních i ambulantních služeb. Všechny tyto služby mají povinnost poskytovat poradenství. Největší zastoupení v Olomouckém kraji má terénní služba. Terénní službu v Olomouckém kraji poskytuje 19 subjektů. Terénní služba se řídí § 39, §40, §44 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Tato služba zajišťuje péči v domácím prostředí a poskytuje činnosti, které znevýhodněná osoba potřebuje. Mezi tyto služby patří i aktivizační činnosti. Druhou nejpočetnější službou v pořadí jsou pobytová zařízení, poskytující služby dle § 49 zákona 108/2006 Sb. V Olomouckém kraji je 15 subjektů provozujících tuto činnost. Nejméně zastoupená je ambulantní péče, tuto poskytuje v Olomouckém kraji 12 subjektů, a to podle § 37, § 40, § 44, § 45, § 46, § 66, téhož zákona.

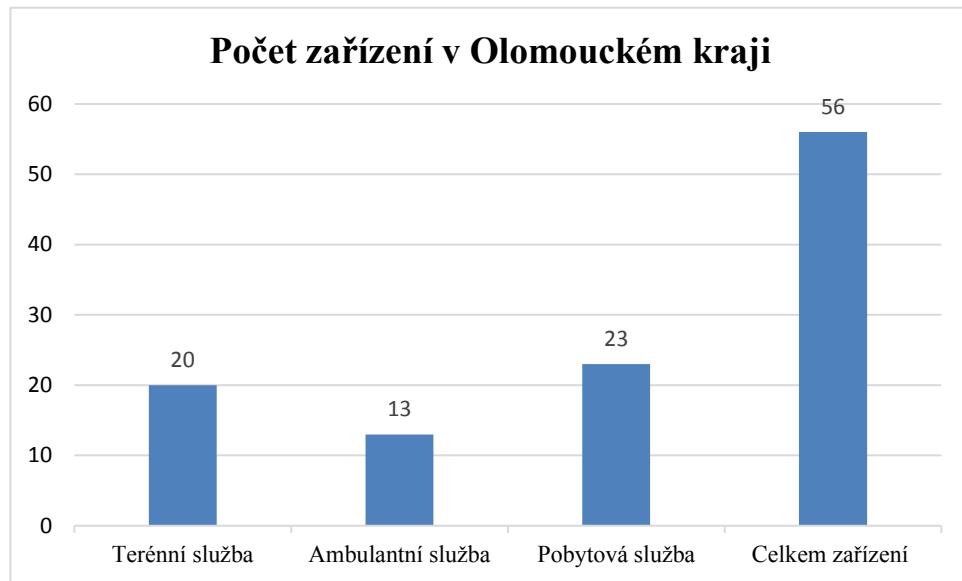
Tabulka 1: Sociální služby v Olomouckém kraji

Název služby	Počet zařízení v kraji Olomouckém
Terénní služba	20
Ambulantní služba	13
Pobytová služba	23
Celkem zařízení	56

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 1: Počet zařízení v Olomouckém kraji



Zdroj: vlastní zpracování

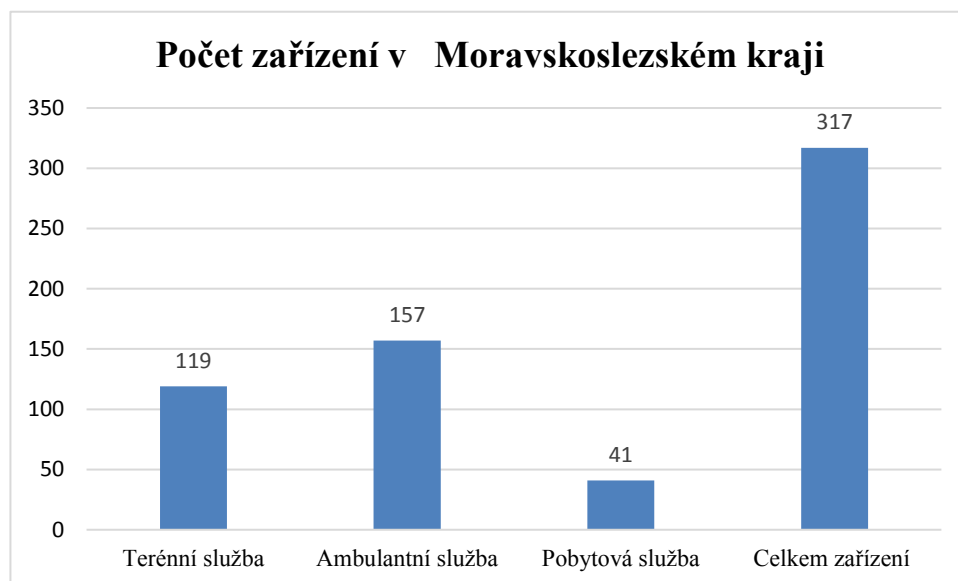
Oproti tomu nejlidnatější kraj v České republice je Moravskoslezský, s celkovým počtem obyvatelstva 1.195.433, z toho je 240.829 osob nad 65 let, což činí 17%. (MPSV, 2020).

Tabulka 2: Sociální služby v Moravskoslezském kraji

Název služby	Počet zařízení v kraji Moravskoslezském
Terénní služba	119
Ambulantní služba	157
Pobytová služba	41
Celkem zařízení	317

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2: Počet zařízení v Moravskoslezském kraji



Zdroj: vlastní zpracování

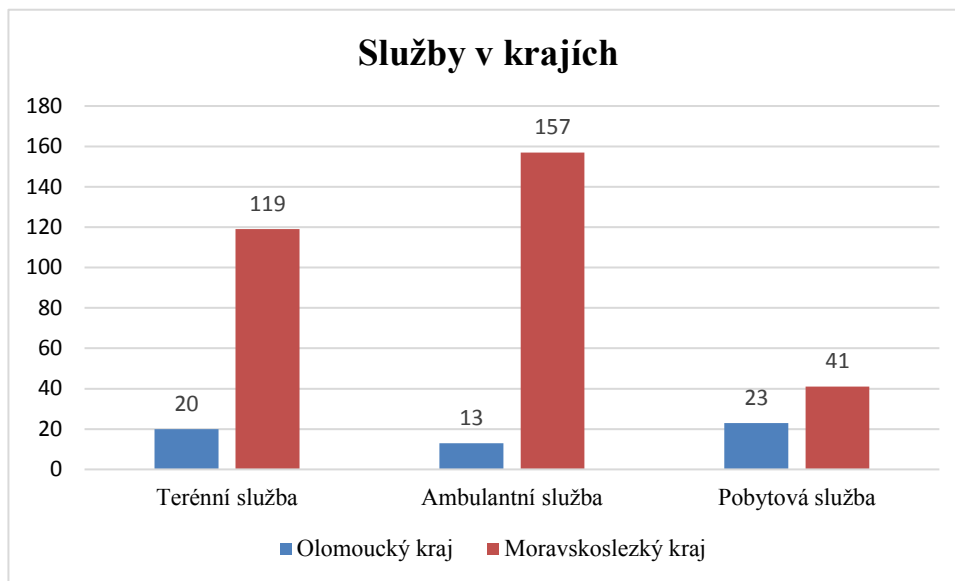
Z informací Moravskoslezského kraje vyplývá, že v kraji se poskytuje sociálních služeb pro člověka s Alzheimerovou demencí, ale i jinými typy demencí mnohem více než v kraji Olomouckém.

Tabulka 3: Služby v Olomouckém a Moravskoslezském kraji

Název služby	Olomoucký kraj	Moravskoslezský kraj
Terénní služba	20	119
Ambulantní služba	13	157
Pobytová služba	23	41

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Služby v Olomouckém a Moravskoslezském kraji



Zdroj: vlastní zpracování

### 3.2 Realizace nácviku

Cílem péče o člověka s Alzheimerovou demencí je jeho spokojenost. Nutností je zajistit pocit bezpečí se snahou o jeho sociální zabezpečení. Aktivita směřují ke kompenzaci ztrát mozkových funkcí a maximálnímu využívání zchovalých schopností (dlouhodobá paměť, smyslové vjemy, zafixované vzorce chování) s cílem co nejdéle uchovat funkční dovednosti. V první řadě je třeba dbát na pohodlí člověka s Alzheimerovou demencí. Tím je myšleno i zajištění přiměřeného množství jídla, pití, zajištění vhodné teploty s dostatkem světla. Nutností je i zajištění korekce vad, jako zajištění brýlí, naslouchátka. Realizace nácviku může probíhat jednotlivě či ve skupinkách. Výjimkou nejsou hromadně organizovaná setkání pro posílení paměti. Tohoto se většinou účastní zdravá populace. Při kolektivním, skupinovém nácviku se pracuje v časovém intervalu, který je uzpůsoben kognitivním schopnostem všech přítomných. Každý skupinový nácvik je nutno začínat a ukončovat stejným způsobem. (Preiss, 2009, s. 75)

Účastníci by pro posílení sociálního kontaktu měli pracovat ve dvojici. Dobré je také pracovat s pomůckami. Každou realizaci nácviku musí terapeut řádně promyslet

a naplánovat. Terapeut si musí stanovit cíl, kterého chce při realizaci s člověkem s Alzheimerovou demencí dosáhnout. Dobrý terapeut musí být připraven na problémy, které mohou při realizaci nastat. Terapeut musí umět zaimprovizovat, v případě, že dotyčného nedokáže naplánovaná aktivita zaujmout. Terapeut musí být kreativní při využívání metod a technik nácviku s člověkem s Alzheimerovou demencí pro delší udržení kognitivních funkcí i kondice člověka s Alzheimerovou demencí. Dobrý terapeut při nácviku s člověkem s Alzheimerovou demencí je učí různým strategiím, jak odkrýt doposud skrytý potenciál, jak si zachovat či zvýšit úroveň mentálního výkonu. (Preiss, 2009, s. 75)

Ani terapeut nemůže pracovat s osobami s Alzheimerovou demencí bez své odborné přípravy. Na terapeuty jsou kladeny osobnostní a profesní kompetence. Vhodná je multidisciplinární odbornost, kdy se uplatňují přístupy z pozice zohlednění všech souvislostí. Nejde pouze o předávání, ale i pomoc při hledání nových životních orientací, o překonávání nedůvěry ve vlastní schopnost učit se. Terapeut je tak současně motivátorem, animátorem, facilitátorem a poradcem. K osobním kompetencím patří autentičnost, vřelost, empatie, entuziasmus, bytostný zájem o druhé, inteligence, stabilita osobnosti, porozumění pro těžkosti, zábrany, motivy a vnější projevy. Dále úcta k potenciálu, osobnosti účastníka, jeho představám o sobě, schopnost sebereflexe, autoregulace a dynamismus ve smyslu umění rychle postihovat změny v terapeutických činnostech a přizpůsobovat se jim. Psychologicko – dynamické kompetence jsou předpokladem pro vytvoření edukačního klimatu, které odpovídá potřebám člověka s Alzheimerovou demencí a podněcuje je k aktivní účasti. Psychologicko – didaktickými kompetencemi se rozumí koncepce percepční neboli vjemové, diagnostické, intervenční neboli zásah v něčí prospěch, sociální, psychosociální, komunikativní, informační i inforatické – neboli využívání moderních technologií (Königová, 2010)

Úspěch či neúspěch je především v rukou terapeuta. Celý proces nácviku je promyšleným souborem zásad pro vytváření optimálního terapeutického klimatu a dovedností člověka s Alzheimerovou demencí k dosažení terapeutického cíle, úspěchu (Chrástková, 2010).

Terapeut musí zvolit vhodné metody ke své práci s osobami s Alzheimerovou demencí. Použit může metodu výkladu, dialogickou metodu či řešit problém v malých skupinkách, jak sděluje na svých přednáškách PhDr. Diana Chrástková, lektorka terapeutické činnosti (Chrástková, 2010).

**Metoda výkladová** – kultivovaný projev, hlasitost mluveného slova, tempo řeči, vymezení cíle, opakování myšlenky, shrnutí, doplnění o obraz, zvukové nahrávky (Křivohlavý, 2010).

**Metoda dialogická** – podstatou komunikace je účastník a terapeut. Metoda klade vysoké nároky na přípravu i vedení terapeuta (Křivohlavý, 2010).

**Řešení problému v malých skupinkách** – předložená problémová situace musí být blízká realitě, přehledná, srozumitelná, mít přiměřenou náročnost, mít řešení, být zvládnutelná v určitém čase. Musí mít životní zkušenosti účastníků. Metoda řešení problému v malých skupinkách podněcuje k motivaci, zajišťuje zpětnou vazbu, využívá poznatků získaných v životě člověka s Alzheimerovou demencí (Steinová, 2010).

### **Průběh nácviku v rezidenčních službách**

Pobytová zařízení shlukují větší množství seniorů nebo osob s Alzheimerovou demencí na jednom místě. V zařízeních pracují ergoterapeuti nebo aktivizační pracovníci. Tyto profese mají za úkol zachovávat schopnosti jedinců ke zvládnání běžných denních úkonů. Základem péče je respektovat jedince jako osobnost i jeho možnosti (Steinová, 2010).

Výhodou rezidenčních zařízení je odborná připravenost personálu na zvládnání takto složitého úkolu. Výhoda aktivizace v zařízeních je i socializace klientů. V pracovních dílnách zařízení se schází větší množství seniorů nebo osob s Alzheimerovou demencí, kteří společným zapojením do aktivit mohou mít nejen pozitivní zážitky. Nevýhodou je prvopočáteční neznalost prostředí, kde senior může pociťovat mírné projevy napětí.

V terapeutických dílnách také dochází k uvolnění napětí, posílení paměti vyvoláváním vzpomínek nebo nácvikem k udržení stávajících funkcí mozku. Při skupinovém kontaktu dochází k podpoře komunikace mezi členy pracovní skupinky

ať již vyprávěním nebo za pomoci různých typů her. Procvičování jemné motoriky, kdy si členové skupinky vzájemně mohou předávat své zkušenosti a znalosti i dopomoci jeden druhému ke zvýšenému pocitu spokojenosti. Celkovou výhodou je podpora pracovníků směrem k aktivizující se skupince (Vejsadová, 2015).

### **Průběh nácviku v domácím prostředí**

Domácí prostředí může seniorovi nebo člověku s Alzheimerovou demencí nabídnout celou škálu zapojení do vlastní aktivizace. V domácím prostředí se senior nebo člověk s Alzheimerovou demencí pohybuje v důvěrně známém prostředí a vykonává běžné denní činnosti k vlastnímu prospěchu bez podpory okolí. Veškeré snažení je v rukou seniora či člověka s Alzheimerovou demencí. Kladným prvkem je blízkost rodiny, která může seniora namotivovat k vyšší aktivitě. V domácím prostředí je pro seniora aktivitou i pouhý úklid domácnosti. Neméně důležitá hygiena i oblékání, které může senior zařadit k nácvikům jemné i hrubé motoriky, aniž by věděl, že tímto počínáním posiluje paměť. K relaxaci a uvolnění senior může využít své přátele i rodinu k hraní společenských her. Veškeré aktivity se odehrávají v důvěrně známém domácím prostředí, kde senior sám o sobě má pocit jistoty a bezpečí, ovšem bez odborného vedení profesionály. Existuje zde riziko nezájmu a rezignace nad vlastním životem. V domácím prostředí může senior sklouznout k těžké pasivitě, kterou může být pouhé sledování televizních programů (Chrátková, 2010).

Existuje také možnost nasmlouvat terénní služby. Terénní služby také zajišťují aktivizaci nejen v domácím prostředí, ale také sváží seniory do svých center, kde jsou terapeutické dílny, což vede ke kladnému prvku socializace.

### **Vytváření programu pro seniory s Alzheimerovou demencí**

Při sestavování programu je třeba brát v úvahu konkrétní osobnost člověka s Alzheimerovou demencí. Nutností je vycházet z toho, co dotyčný dříve dělal, jaké měl zájmy, hodnoty. Aktivity musí být smysluplné a člověka s Alzheimerovou demencí musí těšit. Musí podporovat zachované schopnosti, které dotyčný využívá a zároveň vyrovnat existující nedostatky (Franková, 2010).

Při tvorbě programu pro seniory s demencí je nutno vycházet z toho, že navzdory vážným deficitům je většina lidí postižených demencí schopna (Zgola, 2003):

- pamatovat si věci ze vzdálené minulosti;
- vyjádřit názor a nabídnout radu;
- provádět obvyklé dobře naučené a silně zafixované vzorce chování;
- osvojit si nové stereotypy;
- mít požitek ze smyslových vjemů;
- reagovat a vyjadřovat emoce;
- sledovat logický sled myšlenek;
- navazovat sociální kontakty;
- mít zájem o ostatní a snahu pomáhat;
- mít smysl pro humor.

V oblasti pracovních aktivit je dobré vybírat z oblasti péče o sebe a z volnočasových aktivit. Pracovní aktivity někdy mohou být umělé. To znamená, že pro osobu postiženou Alzheimerovou demencí se aktivity připravují uměle. Dotyčný, by však měla mít pocit, že pomáhá. Umělá aktivita může být například loupání jablek, skládání prádla, kropení prádla, háčkování, tkaní koberečků, pletí či rytí záhonků, zalévání květin, zametání podlahy. V kolektivu je možno zařadit stereotypní aktivity typu draní peří, trhání molitanu na výplň polštářků, motání vlny do klubek a podobně. Při takových činnostech osoby s Alzheimerovou demencí pracují a zároveň konverzují či prožívají kolektivní sociální vztahy. Některých pracovních činností člověk s Alzheimerovou demencí není zdánlivě schopen, ale pracovní stereotypy naskočí při uvedení do konkrétní situace. Konkrétní situací může být vložení zapnutého vysavače do ruky dotyčného. Automaticky začne vysávat. Další konkrétní situací je vložení do ruky utěrky, prachovky, smetáku (Königová, 2010).

V oblasti péče o sebe se zahrnují běžné úkony, které se mohou stát příjemně stráveným časem, namísto odbyté rutiny. Takový příjemně strávený čas je masáž obličeje a šíje pleťovým krémem, vytváření účesů před zrcadlem, masáž chodidel nebo u žen lakování nehtů (Königová, 2010).

Volnočasové aktivity je třeba odvíjet od zájmu člověka s Alzheimerovou demencí. Důležitým faktorem je příjemná atmosféra, doplněná společenským rozhovorem, a hlavně aktivita nesmí být zaměřená na výkon. Ideální možností je zapojení člověka s Alzheimerovou demencí do péče například o vnouče. S dětmi dotyčný mimo příjemně stráveného času může skládat různé skládky, hrát společenské hry, malovat obrázky, zpívat písničky či provádět jednoduché tance (Königová, 2010).

Příklady aktivit pro člověka s Alzheimerovou demencí:

- kvízy, hádanky, doplňovačky, skládky, puzzle, poznávání slavných osobností – nutností je přizpůsobit osobnosti věkové skupině, hodnocení situace na obrázcích, doplňování dvojic – Romeo a Julie, krátký a dlouhý;
- práce s příslovími a pranostikami – skládání z napsaných částí, doplňování;
- stolní hry – Člověče nezlob se, Lotto, domino, karetní hry;
- tematické diskuse – Velikonoce, Vánoce;
- prohlížení fotografií – reminiscence, vyprávění k fotografiím;
- rozpoznávání předmětů – materiálu, podle hmatu, vůně – lahvičky s kořením, kávou;
- rozlišování zvuků, poznávání předmětů zrakem – předměty z kuchyně, dílny a následná diskuse o těchto předmětech.

V případě dotazování není vhodné se ptát: Co to je?, ale lépe postavená otázka zní: Co je vám příjemnější? (Königová, 2010).

Důležitým prvkem jsou tělesné aktivity. Pohyb pozitivně ovlivňuje průběh demence. Tělesným a duševním rozvojem se zabývali již velcí myslitelé minulosti. Moderní věda se svými postupy opakovaně prokazuje provázanost duševních a tělesných procesů. Kognitivní i motorické funkce jsou projevy téhož orgánu a platí pro ně do jisté míry stejná pravidla. Základním pravidlem je nutnost trénovat obě funkce pro zachování optimální výkonnosti. Nadměrné zatížení může vést ke vzniku stresové situace, která je pro organismus nežádoucí. Žádoucí tedy je celoživotně usilovat o pravidelný trénink adekvátní intenzity obou zmíněných funkcí. Pravidelné zatěžování funkčního systému s cílem dosáhnout jeho vyšší výkonnosti umožňuje zlepšení trénované funkce, ale i prožitek úspěchu dosaženého vlastním úsilím, což je důležitá zkušenost, která



se přenáší i do dalších oblastí aktivit jedince. V době vývojové jsou dostatečné pohybové i psychické aktivity předpokladem zdravého vývoje mozku. V produktivním věku se kompenzuje jednostranná pracovní zátěž. V produktivním věku se usiluje pravidelným tréninkem o zachování kvality života a zpomalení degenerativních procesů. Pohybovou aktivitou se podporují mentální schopnosti a lze očekávat celou řadu dalších pozitivních efektů, jako je:

- zlepšení kardiovaskulární zdatnosti;
- zvětšení dechového objemu;
- zlepšení metabolismu cukrů;
- usnadnění redukce zvýšené tělesné hmotnosti;
- zkrácení doby rekonvalescence u běžných nemocí;
- snížení rizika rakoviny a dalších závažných onemocnění;
- podporu pohybových struktur – pružnost a síla svalů;
- podporu pohybových funkcí – koordinace, stabilita, rychlost;
- nižší pravděpodobnost fyzického poranění;
- přirozeného zakončení stresové reakce;
- podpora sociálních vztahů (Kleptová, 2010).

Pravidelná aktivita dle různých laboratorních experimentů na zvířatech vedla ke zlepšení učení, paměti, poznávacích procesů, podpoře vývoje nervových struktur, prevenci poškození mozku a jeho degeneraci. Výsledky jednoznačně prokázaly velmi úzký vztah mezi pravidelnou pohybovou aktivitou s vysokými kognitivními výkony mozku (Tierney, et al., 2011). Volba cvičení závisí na každém jedinci. Cviky se provádí dle možností a schopností člověka s Alzheimerovou demencí. Prováděné cviky nesmí dotýčného stresovat. Pohybové aktivity, které spolupracují s celým tělem, mají lepší efekt než pouhé cvičení jednotlivých částí těla.

Vhodnou aktivitou může být:

- chůze;
- běh;
- tanec;
- plavání.

Léky určené k léčbě Alzheimerově demence do určité míry zlepšují některé příznaky a zpomalují zhoršování zdravotního stavu, ale doposud nejsou schopny odstranit příčinu onemocnění. Hlavní složkou péče je zajištění maximální možné kvality života člověka s Alzheimerovou demencí i jejich spokojenost a pohoda. Konsenzem v péči o člověka s Alzheimerovou demencí je nutnost zapojení osob do aktivizačního programu se zajištěním přiměřené stimulace dle stupně kognitivního deficitu. Aktivitami zabrání rychlé dezorientaci kognitivních funkcí, vzniku deprese a poruch chování. Optimalizuje se maximální využití zachovaných schopností. Kognitivní rehabilitace pomáhá dosáhnout nejvyšší možné úrovně kognitivního fungování a nezávislosti s ohledem na možnosti jedince. U Alzheimerovy demence je mozek poškozen rozsáhle, jeho plasticita je omezená nebo se ztrácí. Cílem kognitivní rehabilitace člověka s Alzheimerovou demencí je maximální udržení, případně rozvoj zachovalých schopností, snaha o kompenzaci stávajícího deficitu, příjemné a účelné trávení času, zábava a sociální kontakty (Preiss, 2010).

Pro kognitivní rehabilitaci existují behaviorální směry, které vznikly přímo pro práci se seniory s různými typy demencí. Malým příkladem mezi mnoha technikami je reminiscenční terapie, validační terapie, senzorycká stimulační terapie. V každodenní praxi ať v domácím prostředí, či rezidenčních službách je dodržení určitého denního režimu s programem, který by měl obsahovat kombinaci různých směrů. Terapeut musí volit aktivity citlivě dle stupně postižení tak, aby člověka s Alzheimerovou demencí především těšily. Ke každé osobě se přistupuje individuálně s ohledem na jeho míru kognitivního deficitu, jeho zájmům, osobnostní charakteristice, jeho hodnotách. Nelze opomíjet společenské kontakty, sociální začlenění. Člověk s Alzheimerovou demencí se musí podporovat v běžných aktivitách a velkým bonusem je pro ně pochvala, která vede k další motivaci. Podceňování schopností působí naopak depresivním dojmem. Vede to k rozvoji úzkosti a problémovému chování. Preiss ve své publikaci říká, že „je nutno přizpůsobit délku aktivity k schopnostem nemocného.“. Tréninkový program by neměl trvat déle než 60 minut. (Preiss 2009, s. 75)

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 ZMAPOVÁNÍ ROZDÍLU V POTŘEBÁCH BYDLENÍ

#### 4.1 Cíl výzkumu, zvolená metoda výzkumu, typy respondentů

Cíl výzkumu je zaměřen na připravenost rezidenčních zařízení, ale i odbornost pečujícího personálu pro život člověka s Alzheimerovou demencí v porovnání s péčí o člověka s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí. Jedním z dílčích cílů je zjistit míru informovanosti od lékařů směrem k pacientům. Dalším dílčím cílem je zjistit informovanost veřejnosti o poskytování státní sociální podpory v případě péče o osobu s Alzheimerovou demencí.

Autorka pro práci zvolila dva typy pobytu člověka s Alzheimerovou demencí. Jedno pobytové zařízení a jednu domácí péči přímo v rodině. Autorka úmyslně nevolila Domov se zvláštním režimem, dle § 50, zákona 108/2006 Sb., Zákona o sociálních službách, protože předpokládá ve specializovaném zařízení kvalitně zajištěné podmínky pro život osob trpících Alzheimerovou demencí. Dle demografického vývoje v České republice, kdy obyvatelstvo začíná být přestárlé i nemocné a zařízení dle § 50 jmenovaného zákona je málo, autorka předpokládá kvalitní péči o člověka s Alzheimerovou demencí i v zařízeních typu Domov pro seniory dle § 49, jmenovaného zákona. Zvolené zařízení se označuje jako Domov pro seniory. (Anon., 2019).

Výzkum bude probíhat formou rozhovoru. Rozhovor patří do kvalitativní výzkumné metody. K rozhovoru budou použity výzkumné otázky. Hendl výzkumnou otázku popisuje jako „*otázku týkající se fenoménu, aspektu, který se bude zkoumat*“. Výzkumné otázky mají odhalit, zda je pro člověka s Alzheimerovou demencí vhodnější domácí prostředí či rezidenční služby. (Hendel, 2005, s. 40)

1. Jaká je profesionální připravenost personálu rezidenčních služeb na osoby s Alzheimerovou demencí.
2. Jsou dostatečně vybavená rezidenční zařízení k pobytu osob s Alzheimerovou demencí?

3. Jaké výhody skýtá domácí prostředí pro seniora?
4. Probíhá dostatečná informovanost pacientů ze strany lékařů k Alzheimerově demenci?
5. Jaká je informovanost veřejnosti vzhledem k poskytování státní sociální podpory při Alzheimerově demenci?

## 4.2 Výzkumná metoda

Pro výzkum bude použito kvalitativní metody. Kvalitativní metoda je „*empirický výzkum, kde data nejsou v podobě čísel*“. Tatož autorka říká, že „*kvalitativní výzkum znamená víc než jenom způsob myšlení nebo přístup, který zahrnuje skupinu či shluk metod a zároveň data v numerologické podobě*“. Kvalitativní výzkum je různorodý soubor možností, jak přemýšlet o realitě ve společnosti. Z kvalitativních metod bude využita forma rozhovoru, pomocí kterého se získají data k validním informacím. Metoda rozhovoru směřuje ke zkoumání reality. (Punch, 2015, s. 12)

Dle Hendla je „*kvalitativní výzkum proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“. (Hendl 2016, s. 46)

Rozhovory budou z hlediska typu kladení otázek polostandardizované. V polostandardizovaném rozhovoru Košťálová říká, že „*v takovémto rozhovoru je možnost i kladení doplňujících otázek, a právě u tohoto typu rozhovoru je možné sloučit výhody standardizovaného i nestandardizovaného rozhovoru*“. U metody rozhovoru je stanoven cíl a jsou připraveny otázky, které se mohou klást v libovolném pořadí a mohou se doplnit dalšími otázkami k upřesnění. Rozhovor je nejdůležitější technikou, která směřuje ke zkoumání sociální reality. K rozhovoru vybíráme dobrovolníky, které nesmíme nutit k odpovědím. Při rozhovoru je nutností vytvořit příjemné prostředí, kde respondent bude mít pocit bezpečí a pohodu. Nevýhodou tohoto typu rozhovoru je obtížnost zpracování. Nejvýhodnější řešení je zaznamenávat rozhovor na záznamové zařízení. Respondent s tímto musí souhlasit. Pro tazajícího se je záznamové zařízení výhodou. Může se plně věnovat respondentovi, může probíhat oční kontakt a také je možnost klást doplňující otázky v reakci na odpovědi respondenta.

Autorka si tuto metodu zvolila pro výhodu přímých informací s možností dalšího dotazování. Důležité při sestavování rozhovoru je stanovit si jasný cíl, ze kterého vyplynou otázky pro respondenty. (Košťálová, 2016, str. 61)

Respondenti byli osloveni náhodným výběrem. Respondent je odborný výraz pro účastníka výzkumu. Zvolit vhodné respondenty může být občas i problémová situace. Ne každý oslovený respondent je vhodným vzorkem pro určený výzkum. Respondenti by měli správně rozumět otázkám a musí mít důvěru v osobu tazajícího. Respondenti jsou vybráni z řad personálu rezidenčního zařízení, pečující v domácím prostředí byli vybráni z okolí bydliště autorky a senioři byli vybráni napříč oběma spektry. Autorka také očekává, že může nastat situace, kdy respondent nebo autorka správně nepochopí odpověď a bude zapotřebí položit doplňující otázku. Rozhovory z hlediska počtu osob budou individuální. Celé šetření si autorka zaznamenávala na nahrávací zařízení, se souhlasem všech respondentů.

### **4.3 Etika výzkumu**

Pro úspěšné sepsání bakalářské práce autorka dodržela zásady profesní etiky. Autorka respektovala respondenty jako samostatné osobnosti bez předsudků a stereotypů. Uznávala respondenty v oblasti vyjadřování pocitů a snažila se o empatii s nimi. Zaujala nehodnotící postoj k respondentům, kde nehodnotila postoje, ale vnímala respondenta takového, jaký je. Respektovala respondentovo sebeurčení a zachování naprosté diskrétnosti při možné identifikaci respondentů.

Autorka postupovala dle Nařízení evropského parlamentu a rady EU 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 a zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů. Název zařízení není uveden i kvůli ochraně názoru zaměstnanců, kteří dali souhlas se zveřejněním poskytnutých rozhovorů. Respondenti nejsou uváděni jmény ani přezdívkami, nebude uvedeno ani zařízení, ze kterého respondenti pocházejí a ani náznak možného domácího pobytu respondenta.

#### 4.4 Rozhovory s personálem v rezidenčních službách

Pro potřeby výzkumu zvolila autorka Domov pro seniory, oslovila zaměstnance se žádostí o pravdivé výpovědi z jejich zařízení. Autorka personálu přislíbila zachovat naprostou diskrétnost ve vztahu k jejich osobám i zařízení. Z tohoto důvodu zaměstnankyně otevřeně hovořily, autorka si získala jejich důvěru. Otázky byly sestaveny tak, aby autorka získala představu o spolupráci na všech pozicích v sociálním zařízení. Předpokladem pro rezidenční službu je zmapování a znalost potřebného prostředí pro člověka s Alzheimerovou demencí. Pro tyto účely bylo sestaveno čtrnáct otázek (viz příloha A).

Tabulka 4: Respondenti z řad personálu

označení respondenta	věk	vzdělání	délka praxe/rok	kvalifikace
Sestra 1	50	vyuč. mmo	20	pečovatelka
Sestra 2	46	vyuč. mmo	6	pečovatelka
Sestra 3	49	vyuč. v ob.	19	ošetřovatelka
Sestra 4	21	SŠ v ob	1	Szp

Vysvětlivky: vyuč. mmo = vyučen mimo obor; SŠ = střední škola; Szp = středně zdravotnický personál

Zdroj: vlastní zpracování

Autorka transliterovala rozhovory do zkrácené verze a celý přepis rozhovorů s personálem je přiložen v příloze D, E, F, G.

## **Rozhovor s respondentkou č. 1 – označenou jako sestra 1**

Respondentka je středního věku, v letošním roce oslaví padesát let. Vyučila se jako prodavačka. Je vdaná a má dvě dospělé děti. Pro nemožnost nalezení uplatnění si udělala rekvalifikační kurz sanitářky a začala pracovat v Domově seniorů v místě svého bydliště. V současné době pracuje na pozici pracovníka v přímé péči.

Sestra – 1 sdělila, že v sociálních službách pracuje již 20 let. Práci považuje za potřebnou nejen z materiálního hlediska směrem ke své osobě, ale i z hlediska společenského. Se stresovými situacemi je nucena se ve svém povolání vyrovnat dle vlastních schopností. Sestra 1 uvádí svůj nesoulad s povinnou supervizí v sociálních službách ke zvládnání stresu a řešení krizových situací. Raději stresové napětí uvolňuje v poklidném domácím prostředí než za přítomnosti odborníka, kterému nedůvěřuje. Sestra 1 uvádí, že ač zařízení, ve kterém pracuje, nesplňuje podmínky pro přijetí osob s Alzheimerovou demencí, tak se v jejich zařízení tyto osoby nacházejí, ale jejich zaměstnavatel popírá, že se v zařízení takové osoby nacházejí. Snad i z tohoto důvodu nemají odborné vzdělávací akce na téma Alzheimerova demence. Sestra 1 uvádí, že občas sama pročítá odborné články v časopise. Sestra 1 neguje spolupráci s pečujícím personálem i vedením zařízení, které nepodporuje kreativní myšlení u personálu. Sestra 1 uvádí časovou vytiženost personálu běžnou péčí o klienty s nedostatkem času k aktivizačním metodám, které vedení zařízení podporuje ve velké míře. Péči rodinných příslušníků ke klientům hodnotí jako nedostačující. Rodina nespolupracuje v péči o klienta, provádí převážně krátké návštěvy v různých časových intervalech.

Z rozhovoru se Sestrou 1, který je uveden v příloze, vyplívá, že pracuje ve velmi zátěžovém prostředí nejen z fyzického hlediska, ale hlavně po psychické stránce s nedostatečnou podporou ze strany zaměstnavatele směrem k personálu. Z rozhovoru je patrné nedostatečné povinné vzdělávání personálu nejen z hlediska prevence vyhoření, ale i pro zkvalitňování služby po profesní stránce.

## **Rozhovor s respondentkou č. 2 – označenou jako Sestra 2**

Respondentka v letošním roce dovrší čtyřiceti šesti let. Respondentka se vyučila jako brašnářka. Je vdaná a má tři děti. Jedno ještě navštěvuje základní školu. Po propouštění z podniku, kde pracovala, si udělala rekvalifikační kurz pracovníka v přímé péči a začala pracovat v Domově seniorů v místě svého bydliště. V současné době pracuje na pozici pracovníka v přímé péči.

Sestra 2 uvádí svoji šesti letou praxi v sociálních službách. Není jí známo, že by v zařízení, kde pracuje, žili klienti s Alzheimerovou demencí. Pracuje se starými a nemocnými osobami, ale netuší, jaké mají diagnózy. Sestra 2 neví, zda je práce o tyto osoby náročná. Přiznává, že se často setkává se stresovými situacemi ve své profesi. Stresy dle jejího úsudku zvládá za pomoci komunikace. Sestra 2 sděluje svoji spokojenost se vzdělávacími aktivitami u zaměstnavatele. Dále uvádí povinnost pramenící ze zákona o sociálních službách ve vzdělávání na 24 hodin, a to je dle Sestry 2 plně dostačující. Sama si občas hledá odborné informace na internetu. Dle Sestry 2 je v zařízení dobrá spolupráce s lékařem, vedením zařízení i rodinnými příslušníky.

## **Rozhovor s respondentkou č. 3 – označenou jako sestra 3**

Respondentce je čtyřicet devět let. Vyučila se jako ošetřovatelka ve tříletém učebním oboru. Je dvakrát rozvedená, nyní žije s přítelem. Má dvě dospělé dcery. Svoji pracovní kariéru započala v nemocnici a po mateřské dovolené začala pracovat v Domově seniorů.

Sestra 3 uvádí svoje setrvání v zařízení na devatenáct let. Z délky své praxe sděluje, že provádí péči o osoby s Alzheimerovou demencí. Informuje o náročnosti své profese, kterou zvládá dle jejích slov dobře. Stresové situace, které se v ní nahromadí, uvolňuje v domácím prostředí. Sestra 3 nevidí důležitost ve vzdělávání k získání informací, ale v délce své praxe. Uvádí, že vzdělávání v zařízení v době pandemie Covid-19 je nulové, avšak v minulých letech se konaly semináře na téma, které si personál zvolil. Sestra 3 se dalšímu doplnění profesního vzdělávání nevěnuje, pouze minimálně. Objasňuje, že z časových důvodů. O spolupráci s lékařem hovoří negativně,



zaznamenává nespolupráce lékaře s pečujícím personálem. O podnětném prostředí směrem ke kvalitnější péči v zařízení se Sestra 3 vyjadřuje rozpačitě. Sestra 3 vypovídá, že zařízení není technicko – materiálně uzpůsobeno osobám s Alzheimerovou demencí, avšak kladně hodnotí provádění aktivizace seniorů v zařízení. Přístup rodinných příslušníků je hodnocen rozdílným hodnocením.

#### **Rozhovor s respondentkou č. 4 – označenou jako sestra 4**

Respondentka má dvacet jedna let. Před nástupem do zařízení studovala zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. V zařízení pracuje krátkou dobu, jeden rok. Je svobodná, bezdětná, žije s přítelem ve společné domácnosti a je to její první zaměstnání.

Sestra 4 je mladá začínající pracovnice. Jako středně zdravotnický personál pracuje na jiné pozici než ošetřovatelky. Její pohled na téma koresponduje s odpověďmi pečovatelek. Sestra 4 uvádí, že v zařízení pečují o osoby s Alzheimerovou demencí. Sestra 4 je erudovaný pracovník, který má přístup ke zdravotnické dokumentaci, na rozdíl od pečujícího personálu. Uvádí práci jako náročnou. Stresové situace zvládá dle momentální nálady. Jejím předpokladem vzhledem ke vzdělání je dostatek informací k péči o osoby s Alzheimerovou demencí. Dále také uvádí, že ze strany zaměstnavatele nedisponuje žádnou informací ať v podobě vzdělávacího programu nebo tištěného materiálu ke vzdělávání. Sama se zatím o následné vzdělávání nezajímá. O komunikaci s lékařem a o odborné péči v zařízení se vyjadřuje rozporuplně. Pozitivně hodnotí péči pečovatelek v zařízení směrem ke klientovi. K posunu služby na popud zaměstnance k vedení uvádí negaci. Samotný proces pobytu v rezidenčních službách také nehodnotí zcela jednostranně. Sestra 4 sděluje nepodstatnost provedení aktivity s klientem, ale důležitost zápisu v záznamech. Z pohledu Sestry 4 je v zařízení kladen velký důraz na názor a přání rodiny, nikoli klienta.

Tabulka 5: Grafické zhodnocení personálu

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Zhodnocení
Pracujete s postiženými AD	☺	☹	☺	☺	☺
Je pro vás práce náročná	☺	☺	☺	☺	☀
Máte dostatek informací při péči o AD	☹	☺	☹	☹	☹
Vzděláváte se	☺	☺	☺	☹	☺
Jaká je spolupráce s odborníky	☹	☺	☹	☹	☹
Znáte aktivizační metody	☺	☺	☺	☺	☀

Zdroj: vlastní zpracování

- Legenda: ☹ záporná odpověď  
☺ kladná odpověď  
☀ pozitivní výsledek

#### 4.5 Rozhovory s rodinnými pečujícími

Respondenti z domácí péče byli vybráni náhodným výběrem z okolí bydliště respondentky. Respondenti souhlasili s rozhovory a rádi se podělili o své poznatky při péči. Cílem rozhovorů bylo získat informace o informovanosti domácích pečujících o člověka s Alzheimerovou demencí. Možné spolupráce s odborníky v oblasti sociální i zdravotní. O vhodném uzpůsobení prostředí i o možnosti kognitivního nácviku s člověkem s Alzheimerovou demencí. Pro získání dostatečného množství informací

a pro vytvoření představy o životě člověka s Alzheimerovou demencí autorka sestavila 28 otázek. (viz příloha B)

Tabulka 6: Respondenti z domácího prostředí

označení respondenta	věk	vzdělání	délka péče/rok	povolání
Pečující č.1	65	vyuč.	3	v penzi
Pečující č.2	60	vyuč.	1	nezaměstnaná
Pečující č.3	50	vyuč.	2	pečovatelka

Vysvětlivky: vyuč = vyučen

Zdroj: vlastní zpracování

Autorka transliterovala rozhovory do zkrácené verze a celý přepis rozhovorů s pečujícími v domácím prostředí je přiložen v příloze H, I, J.

### **Domácí pečující č. 1**

Pečující č. 1 je seniorka, která se stará o svoji tchyni. V současnosti má 65 let. Celý život pracovala v živočišné výrobě. Pečující č. 1 odešla do penze ve svých padesáti šesti letech. Je vdaná a s péčí jí pomáhá její manžel – syn osoby, vyžadující péči. Bydlí ve dvougeneračním rodinném domě. Paní vyžadující pomoc má 91 let. Paní je částečně imobilní, vyžaduje péči 24 hodin denně. Pečující museli z důvodu péče částečně zrekonstruovat dům. Svépomocí zrekonstruovali koupelnu a vytvořili bezbariérové bydlení pro seniorku s Alzheimerovou demencí.

Pečující 1 uvádí dostačenou informovanost lékaře směrem k rodinným příslušníkům, ale pouze minimální povědomí veřejnosti. Nemyslitelnou záležitostí je pro Pečující 4 umístění seniorky s Alzheimerovou demencí do rezidenční služby. Považuje péči k seniorce jako svoji povinnost za veškerou pomoc, kterou jim v životě

prokázala. Překážkou s ostychem bylo žádat o příspěvky. Výpomoc služeb péče, pečující využívá minimálním způsobem. Vše obstarávají spolu s manželem s minimální výpomocí dětí. Informace o Alzheimerově demenci má pouze od lékaře nebo od vlastních dětí. Sama si informace nehledá. V rodině se vyskytuje zvýšený stres kvůli péči o člověka s Alzheimerovou demencí. Aktivizace seniorky v rodině není prováděna z důvodu neinformovanosti. Komunikaci se seniorkou uvádí jako problematickou a náladovou. Pozitivně pečující 1 hodnotí přístup rodiny jako celku, utužily se vazby mezi pečující a jejími dětmi, ale také vztahy se sousedy. Bez jediného zaváhání vypovídá o razantní změně jejich života.

## **Domácí pečující č. 2**

Pečující je žena ve věku 60 let. Pečující je vyučená. Vyučila se pro místní továrnu, která ji propustila v průběhu péče o maminku. O svoji maminku pečovala jeden rok. Celá rodina patří mezi věřící a hlásí se k římskokatolické církvi. Rodina žije na vesnici. Pečující žena má sestru. Bratr zemřel před 7 měsíci, než započal výzkum. Pečující je rozvedená a má dospělé děti, dvě dcery. Dcery s pečující nežijí ve společné domácnosti. Maminka pečující ženy pracovala celý život v zemědělství. V současnosti byla vdova. Zemřela v průběhu výzkumu. Dcera souhlasila s použitím rozhovoru pro účely bakalářské práce. V bakalářské práci nebude uvedeno žádné jméno, bydliště, které by mohlo odhalit identitu respondentky a její rodiny.

Pečující č. 2 popisuje péči při Alzheimerově demenci jako projev běžného stáří. Výhodu vidí v práci své sestry ve zdravotnictví. Bez jejích informací a poznatků by s péčí měli v domácím prostředí velké problémy. Pečující z počátku neměla žádné informace o Alzheimerově demenci. I sestra Pečující 2 neposkytla komplexní informaci o Alzheimerově demenci maminky. Samotná seniorka byla informována lékařem a byla jí poskytována maximální péče v oblasti farmakologické léčby. Sama seniorka si v minulosti podala žádost do rezidenční služby, avšak se samotným nástupem měla problém. V rodině se využívala služba Charity pro výpomoc s péčí. Teologicky zaměřené rodině tato služba vyhovovala. Informace o Alzheimerově demenci si pečující 2 v pozdější době sama vyhledávala z internetových zdrojů nebo v časopisech. Nikdy se vzdělávacího programu neúčastnila. Přes počáteční rozhodnutí rodiny pečovat o člověka s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí se vztahy v rodině narušily.

Zvýšený stres rodina řešila modlitbami v kostele. Aktivizace seniorky probíhala dle jejích vlastních dřívějších aktivit, ale čas seniorka převážně strávila u televizoru. Komunikace v rodině s člověkem s Alzheimerovou demencí probíhal běžným způsobem. Utužily se vztahy se sousedy, kteří projevovali směrem k rodině lítost. Velký zlom v rodině nastal s nástupem seniorky do rezidenční služby. Sama seniorka začala projevovat zlost. Před ukončením výzkumu seniorka zemřela. Pečující sděluje, že velké škody napáchala vládní nařízení ohledně pandemie Covid-19, nemohli být v úzkém kontaktu se svojí maminkou, a to je také důvod narušených vztahů v rodině.

### **Domácí pečující č. 3**

Pečující č. 3 má padesát let, je vyučená prodavačka a v současné době pracuje v Domově pro seniory jako ošetřovatelka. Je vdaná a má dvě dospělé děti. Dcera pracuje ve stejném zařízení jako matka. Syn je automechanik, stejně jako manžel pečující 3. Bydlí v rodinném domě spolu s manželovou matkou, která je tři měsíce vdova. Paní – vdova celý život pracovala v nedaleké továrně, jako dělnice. Starala se o domácnost a s manželem si pořídili malé hospodářství, kde se starala o zvířata a velkou zahradu. Na koníčky jí nezbyval čas.

Pečující č. 3 informuje o problematické životní situaci, kdy seniorka jeví známky Alzheimerovy demence, ale odmítá lékařské vyšetření. Lékař samotný se seniorece nevěnuje, pro její odmítavý postoj. V rodině se vyskytuje zvýšený stres vlivem nedostačujících informací o Alzheimerově demenci. Narušují se rodinné vazby v rodině. Stres Pečující 3 řeší sdílením pocitů u kamarádky. O odborné ambulantní péči neuvažuje. Problematicky vidí rok 2020, kdy se objevila pandemie Covid-19, která zbrzdila vzdělávání na všech úrovních. Stejně jako seniorka, nechtějí o možném onemocnění komunikovat ani další členové rodiny. Pečující 3, která se stará o potenciálního člověka s Alzheimerovou demencí, tchyni, sděluje obavy z budoucna, až se Alzheimerova demence projeví v plné síle. Vzhledem ke své profesi vidí výhodu v případném zajištění služeb pro tchyni. Komunikaci se tchyní vidí Pečující 3 jako problematikou. Tchyni není možno důvěřovat a velkou zátěží je pro Pečující 3 neustálý dohled, z obavy poranění nebo náhlého bezdůvodného odchodu tchyně.

Tabulka 7: Grafické zhodnocení pečujících

	Pečující č. 1	Pečující č. 2	Pečující č. 3	Vyhodnocení
pečujete déle než 3 roky	☺	☹	☹	☹
máte dostatek informací o AD	☺	☺	☺	☀
podporuje vás rodina	☺	☹	☹	☹
spolupráce s odborníky	☺	☺	☹	☺
vlastní iniciativa při vzdělávání	☹	☺	☺	☺
máte stresové situace	☹	☹	☹	☹

Zdroj: vlastní zpracování

- Legenda: ☹ záporná odpověď  
☺ kladná odpověď  
☀ pozitivní výsledek

#### 4.6 Rozhovory se seniory

Respondenti pro tuto skupinu pocházejí ze sociálního zařízení a ze svého přirozeného prostředí – ze svých domácností. Osloveni byli v sociálním zařízení na doporučení personálu. Autorka si přála hovořit s člověkem s Alzheimerovou demencí, ale také s běžným klientem jejich služby. Z domácího prostředí autorka

požádala o rozhovor seniory žijící v blízkém okolí. Cílem bylo zjistit informovanost o Alzheimerově demenci, ale také zda senioři znají možnosti prevence nebo oddálení nezvratného poškození mozku. Cílem autorky nebylo vyděsit ani způsobit psychickou újmu seniorům z Alzheimerovy demence, proto zvolila pouze sedm otázek. (viz. Příloha C)

Tabulka 8: Respondenti - senioři

označení respondenta	věk	vzdělání	délka pobytu/rok	původní povolání
Seniorka č. 1	89	vyuč.	5	prodavačka
Seniorka č. 2	81	SŠ	10	v průmyslu
Seniorka č. 3	90	vyuč.	8	prodavačka
Seniorka č. 4	69	vyuč.	domácí prostředí	státní zaměstnanec

Vysvětlivky: vyuč = vyučen; SŠ= vzdělání s maturitou

Zdroj: vlastní zpracování

Autorka transliterovala rozhovory do zkrácené verze a celý přepis rozhovorů se seniory je přiložen v příloze K, L, M, N.

### **Rozhovor se seniorkou č. 1**

Seniorka označená jako Seniorka č. 1 žije v pobytových službách, je jí osmdesát devět let a je ubytována na jednolůžkovém pokoji, plně mobilní. V zařízení žije pět let. Seniorka č. 1 dala ústní souhlas se zpracováním rozhovoru, ve kterém sdělila i svoje anamnézy. Seniorka se narodila jako jedináček do pekařské rodiny. Od dětství byla vedena k ručním pracím a tato obliba jí zůstala až do pokročilého věku. Vzdělání ukončila po pěti letech měšťanské školy, protože jí bylo pracovní zapotřebí v rodinné pekárně. Její první zaměstnání bylo v obuvnictví, ve firmě JAS a později až do penze

pracovala jako prodavačka kožené galanterie. Seniorka sama sděluje, že patří do generace, kdy ve vztahu byly důležité majetky a její sňatek dohodli rodiče. V manželství porodila dva syny. Svůj veškerý čas věnovala péči o rodinu. Jejím koníčkem se stala zahrada, chování drobného zvířectva a ruční práce. V zařízení využívá nabídku kulturních akcí, sama je samotářka a společnost nevyhledává. Její zdravotní stav je dle jejích slov dobrý, má pouze problémy se zrakem. Občas jí něco pobolívá, na to užije analgetika. Vyžaduje hlasitý projev, protože i hůře slyší. Její zálibou v současnosti jsou knihy, sledování televizních pořadů, v případě hezkého počasí chodí na krátké procházky po okolí.

Seniorka č. 1 se vyjadřuje o Alzheimerově demenci jako o neznámé nemoci. Strach z Alzheimerovy demence nemá z důvodu vysokého věku. Aktivizaci v zařízení se věnuje sporadicky. Svůj volný čas raději tráví sledováním televizoru nebo četbou knih. K lékařské péči se vyjadřuje negativně. V případě podezření na kognitivní změny u její osoby by se obrátila na syny.

#### **Rozhovor se seniorkou č. 2**

Paní označená jako Seniorka č. 2 žije v pobytové službě již deset let, je ubytována na dvouložkovém pokoji. Seniorka č. 2 dala ústní souhlas s uvedením rozhovoru v této bakalářské práci. V současné době jí je 81 let. Pochází ze dvou dětí. Vystudovala zemědělskou školu. Měla ráda koně a dle vlastních slov jí velmi dobře šlo hřebelcování koní. Byla aktivní členkou Českého svazu mládeže. Prakticky po celý svůj život pracovala v drůbežárně. Provдалa se ve dvaceti jedna letech, manželství měla velmi spokojené. Z manželství vzešly čtyři děti, tři chlapci a jedna dívka. Do penze odešla v 56 letech a dle vlastních slov byla ráda, že šla do důchodu, protože by práci dále fyzicky nezvládala. V současné době jí trápí bolesti páteře, bolí ji klouby, má omezenou hybnost pravé ruky. Zrak i sluch má dobrý. Ráda sleduje televizi, čte knihy nebo časopisy, které jí přináší dcera.

Seniorka č. 2 se k informovanosti o Alzheimerově demenci vyjadřuje lehkovážným způsobem. Strach z Alzheimerovy demence ovšem má. Ve svém okolí nezná nikoho, kdo by Alzheimerovou demencí byl postižen. O prevenci demence ji nikdo



neinformoval a ona sama informace nevyhledává. Při podezření o kognitivní poruše by informovala svoji dceru a pečující personál v zařízení.

### **Rozhovor se seniorkou č. 3**

Seniorka označená jako Seniorka č. 3 žije v pobytové službě osm let a je ubytována na dvoulůžkovém pokoji. Seniorka má devadesát let. Seniorka udělila ústní souhlas s uveřejněním rozhovoru v bakalářské práci, za přítomnosti svědka. Pochází z malé vesnice, kde žila celý život. Vyučila se jako prodavačka, celý život pracovala v potravinách v sousední vesnici, do zaměstnání dojížděla na pionýru. Z manželství má dvě děti, syna a dceru. Ráda se dívá na televizi a hodně čte knihy. Celý život se věnovala ručním pracím. Knihy jí kupují děti, nebo si knihy půjčuje v místní knihovně. Dle vlastních slov je ráda sama. Ze zdravotních problémů ji trápí nejvíce pouze cukrovka.

Seniorka č. 3 je o Alzheimerově demenci částečně informována, z doslechu. Sama se Alzheimerovy demence nebojí a staví se k možnosti Alzheimerovy demence nezaujatým způsobem. Nikdo jí informace o možné prevenci kognitivní aktivizací nesdělil. Lékařskou péči neguje. V případě vyzorování vlastních změn v kognici by oslovila pečující personál v rezidenčním zařízení.

### **Rozhovor se seniorkou č. 4**

Seniorka č. 4 má šedesát devět let a žije ve svém přirozeném prostředí – doma. Seniorka je vdova, má dvě dospělé dcery. Za svůj život vystřídala několik zaměstnání. Vyučila se jako soustružnice. Pochází ze třech dětí. Jejím poslední zaměstnání bylo u armády, tam pracovala skoro dvacet let. Do penze odešla v 58 letech. Seniorka č. 4 je 6 let vdovou. Manželství dle svých slov měla velmi hezké. Jejím koníčkem je čtení knih, luštění křížovek, práce na zahradě. V současnosti je aktivní řidičkou. Zdravotní problémy nemá.

Seniorka č. 4 má povědomí o Alzheimerově demenci. Zná ve svém okolí několik rodin, které měly při péči o člověka s Alzheimerovou demencí problémy. Obavy

z Alzheimerovy demence se snaží si nepřipustit a informace si nevyhledává. S praktickou lékařkou se o Alzheimerově demenci nebaví a v případě podezření na kognitivní změnu by oslovila svoje dcery s žádostí o pomoc.

Tabulka 9: Grafické zhodnocení seniorů

	Seniorka č. 1	Seniorka č. 2	Seniorka č. 3	Seniorka č. 4	Vyhodnocení
znáte AD	☹	☺	☹	☺	☹/☺
máte dostatek informací o AD	☹	☹	☹	☹	☹
máte obavy z AD u vás	☹	☺	☹	☺	☹/☺
znáte prevenci AD	☹	☹	☹	☹	☹
víte kde hledat pomoc	☺	☺	☹	☺	☺

Zdroj: vlastní zpracování

Legenda: ☹      záporná odpověď  
☺      kladná odpověď

## 5 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

V této kapitole autorka posoudí a vyhodnotí své předpoklady, které měla na počátku práce. Shrne získané poznatky a přístupy respondentů. Posoudí ochotu spolupracovat při těžkém tématu, které nemusí působit pozitivním dojmem na respondenty. Hlavním předpokladem je najít nejvhodnější prostředí pro život osob s Alzheimerovou demencí a zjistit:

**DC 1** Jaká je profesionální připravenost personálu rezidenčních služeb na osoby s Alzheimerovou demencí?

**DC 2** Jsou dostatečně vybavená rezidenční zařízení k pobytu osob s Alzheimerovou demencí?

**DC 3** Jaké výhody skýtá domácí prostředí pro seniory s Alzheimerovou demencí?

**DC 4** Probíhá dostatečná informovanost pacientů ze strany lékařů k Alzheimerově demencii?

**DC 5** Jaká je informovanost veřejnosti vzhledem k poskytování státní sociální podpory při závažné diagnóze, jakou je Alzheimerova demence?

Autorka předpokládá, že rezidenční služby budou pro svoji velkou informovanost disponovat kvalitním vybavením uzpůsobeným pro osoby trpící Alzheimerovou demencí. Také předpokládá, vysokou profesní úroveň personálu. Naopak v domácím prostředí budou chybět informace o Alzheimerově demencii, nebude zajištěna bezpečnost a kvalita péče o člověka s Alzheimerovou demencí.

V závěru se autorka vrátí k základním poznatkům a uvede je do kontextu se současnou literaturou. Sdělí zde osobní dojmy při získaných poznacích. Autorka uvede nejdůležitější otázky, které je nutno vyřešit. Sebekriticky zhodnotí svůj přístup i průběh výzkumu.

## 5.1 Zhodnocení přístupu v rezidenčních službách

Z dotazování v sociálním zařízení autorka zjistila absolutní nepřipravenost jak personálu, tak vedení zařízení k závažnému problému týkajícímu se Alzheimerovy demence ve společnosti. Respondentky vypovídaly v rozhovoru odděleně, bez možnosti vzájemné spolupráce při rozhovoru. Znalosti o svých klientech pečovatelky mají, ale bez odborné podpory vedení i lékaře k tak závažnému problému, jako je Alzheimerova demence. Z tohoto důvodu autorka navrhuje zvýšení propagace hrozby Alzheimerovy demence, a to nejen mezi pečujícími personálem, ale i mezi lékaři a vedoucími pracovníky sociálních zařízení formou rozšíření nabídky vzdělávacích center na téma Alzheimer.

Zákon o sociálních službách ukládá sociálním zařízením povinnost vzdělávání pracovníků, avšak z výpovědi respondentek je patrné, že vzdělávacích aktivit je malé množství a témata se často opakují. Nedochozí k inovaci v zařízeních. Možnou otázkou je, zda se vedení zařízení odborně vzdělává v nových metodách a postupech práce, nebo zda je opravdu dostatečná nabídka na vzdělávacím trhu. Obrovský problém v současném roce vyvolala i pandemie Covid, kde se omezilo vzdělávání pracovníků v sociálních službách téměř na nulu. Pracovnice v zařízení vůbec nezmiňují, zda jim zaměstnavatel zajišťuje vzdělávání například formou webinářů. Samy se vzdělávají ve svém osobním volnu dle časových možností, a to na úkor svých rodin alespoň pročítáním odborné literatury. I tento postup autorka shledává jako neuspokojivý. V osobním volnu by všichni zaměstnanci a pracovníci měli využít ke komunikaci se svojí rodinou, k provádění vlastních zájmových aktivit, které budou budovat mozkovou rezervní kapacitu do budoucna. V osobním volnu by pracovníci měli relaxovat, aby mohli odvádět dokonale svoji pracovní činnost. Únava a vyčerpání mohou neblahým způsobem dopadat na klienty sociálních služeb. A tím znovu vyvstává problém. Přetížený pracovník může být podrážděný, náladový, a to se může odrážet na klientech sociálních služeb. Cyklicky dochází k deficitu vzdělávacích akcí v pracovní době na odborná témata, ale také k nedostatku supervizí se zaměstnanci.

Autorka si je vědoma, že z výsledků šetření v jednom zařízení nelze vytvořit odborný závěr, ale přesto vidí výsledek výzkumu jako alarmující. Po provedeném

anonymním výzkumu v sociálním zařízení vyvstává nová otázka, jak by dopadl výzkum v opačném případě. Při anonymním výzkumu byly pracovnice uvolněné a své odpovědi uváděly bez obavy z reakce vedení na poskytnutí reálných odpovědí.

Tabulka 10: Grafické zhodnocení personálu

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Vyhodno cení
znalost aktivizačních technik	☺	☺	☺	☺	☀
přístup rodinných příslušníků	☹	☺	☹	☹	☹
podpora zaměstnavatele	☹	☺	☹	☹	☹
spolupráce s odborníky	☹	☺	☹	☹	☹
Vzděláváte se sama	☺	☺	☺	☹	☀
Dobrá informovanost	☹	☺	☹	☹	☹
máte náročnou péči péče	☺	☺	☺	☺	☀

Zdroj: vlastní zpracování

Legenda: ☹      záporná odpověď  
 ☺      kladná odpověď  
 ☀      pozitivní výsledek

## 5.2 Zhodnocení přístupu v domácím prostředí

Nejednoduchá situace je i v domácím prostředí. Výzkum probíhal v lokalitách venkova. Zde je patrná nízká informovanost veřejnosti. Pokud pečující nemají v rodině zdravotníka, stěží se jim dostane odborných poznatků, a i v sociální oblasti je pro veřejnost složité vyřizování na úřadech, kdy starší generace vůbec netuší o možnosti finanční podpory v případě péče o člověka s Alzheimerovou demencí v sociální oblasti. Možnost behaviorálních technik opět bez erudovaného pracovníka v rodině je také mizivá. Autorka postrádá rozvinutou síť aktivizační a informační činnosti ve venkovském prostředí pro člověka s Alzheimerovou demencí, ale i pro seniorskou populaci. Slabá informovanost lékařů směrem k seniorské populaci i k jejich rodinným příslušníkům směřuje k neznalosti problematiky Alzheimerovy demence. Velkým problémem jsou i samotní senioři, kteří si nepřipustí možnost stárnutí a tím i nástup mnoha onemocnění, z nichž jedno může být Alzheimerova demence. Tyto aktivity směrem ke skupině seniorů, ale i počínajících osob s Alzheimerovou demencí by mohly zajišťovat místní spolky a organizace sdružující osoby na venkově. Nedostatečnou dopomoc autorka vidí opět v rukou lékařů. Kontakt osob z venkova se převážně orientuje na nákupy ve městech a komunikaci s lékařem. Kdo jiný by měl odhalit počínající změny u seniora než lékař. Kdo jiný by měl poskytnout seniorům odbornou pomoc, sdělit, kam se má senior obrátit v případě potřeby při péči o své zdraví. Odbornou pomoc by mohly a také měly zajišťovat sociální pracovníce, působící na sociálních odborech měst a obcí. Žádný z respondentů nesdělil, že by je navštívila sociální pracovníce s možnou podporou při budoucí pomoci. Sami pečující pokud nemají odborného pracovníka v rodině, neví, kam se mají obrátit s žádostí o podporu. Přetížení pečující v rodinném prostředí mají velmi omezené možnosti vzdělávacích akcí a dopomoci při prevenci vyčerpání. Rodinné prostředí se jeví jako nejvhodnější prostředí pro člověka s Alzheimerovou demencí, avšak bez zajištění relaxačních a vzdělávacích akcí dojde k narušení rodinných vazeb, a tím i ke stresovým situacím v rodinném prostředí. Narušení klidového rodinného prostředí může mít za následek zvýšené riziko vzniku civilizačních chorob a tím zvýšenou budoucí potřebu na péči.

### **5.3 Zhodnocení přístupu seniorů**

Respondentky, se kterými se autorka setkala, jsou pokročilého věku. Nepřisuzují Alzheimerově demenci velký význam, nebo o něm neví, nejsou informovány. V sociálních službách se mohou senioři obrátit na personál, v domácím prostředí zůstává jako jediný zdroj pomoci s informacemi rodina nebo lékař. Jak již bylo patrné u předešlých respondentů, lékaři neposkytují preventivní informace o Alzheimerově demenci. Rodiny občas ani netuší, že jejich příbuzný může mít zdravotní problém nebo před problémem zavírají oči. Seniorky v sociálním zařízení, kde by se dalo předpokládat zvýšené množství aktivit, jako jsou přednášky, také tuto zkušenost negují. Aktivity v zařízení se provádějí na bázi pracovní a zájmové terapie. V domácím prostředí se senioři věnují pracovní terapii, a to při práci na zahrádce a okolo domu. Z výzkumu lze vyvodit závěr, že žádný ze seniorů nezná Českou alzheimerovskou společnost, která poskytuje své služby osobám, které postihl určitý typ demence.

### **5.4 Vyhodnocení výzkumu**

Pro bakalářskou práci bylo stanoveno pět výzkumných otázek. Na počátku práce byly vytvořeny vlastní předpoklady, které nyní budou potvrzeny nebo vyvráceny. Autorka očekávala vysoce profesionální přístup zaměstnanců v rezidenčním zařízení a stejně tak profesionální vybavení služby. Předpoklad vycházel z požadavků na zřizovatele zařízení, které provozují služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Oproti tomu domácí prostředí dle předpokladů autorky má být pro seniora sice vhodným prostředím pro život, ale s nedostatečným zabezpečením potřeb seniora při Alzheimerově demenci. Autorka rovněž předpokládala vysokou informovanost směrem od lékařů k pacientům, potažmo k rodinným příslušníkům. Zájem byl zaměřen na to, zda je veřejnost dostatečně informovaná o možnostech státní sociální podpory v oblasti péče o člověka s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí.

Předpoklad není v souladu se skutečností. Z odpovědí respondentů vyplývá pravý opak předpokladu. V očekávání dokonalé profesionality v rezidenčních službách se z odpovědí personálu dá zjistit nedostatečné pravidelné odborné proškolení.

V odpovědích personálu ohledně vybavení zařízení pro uzpůsobení života osob s Alzheimerovou demencí jsou patrné nedostatky. Tyto nedostatky mohou být způsobeny provozem jiného typu zařízení, než které je vhodné pro osoby postižené Alzheimerovou demencí.

V domácím prostředí jsou osoby s Alzheimerovou demencí nadměru spokojeni, péče blízkých rodinných příslušníků je nenahraditelnou součástí života seniora. V domácím prostředí se neklade důraz na udržení a zachování kognitivních funkcí, ale převážně na spokojenost člověka s Alzheimerovou demencí.

Velký údiv vzbudily projevy respondentů směrem k lékařské péči. Autorka nepředpokládala natolik laxní přístup praktických lékařů k seniorské populaci s Alzheimerovou demencí. Mnoho dotazovaných seniorů, ale i personál se vyjádřil negativním způsobem směrem ke komunikaci s lékaři.

Problematickým se jeví i neinformovanost starší generace v oblasti státní sociální podpory. Respondenti nejsou prvořadě informováni ani lékaři o možnostech požádat si o příspěvek na sociálním odboru.

## **5.5 Diskuse**

Vyhodnocení výzkumu přineslo nepředvídané výsledky. Problémové situace se nacházejí v nepřípravenosti rezidenčních služeb i v domácím prostředí. Nejvhodnější volbou je ovšem domácí prostředí, ve kterém se člověk s Alzheimerovou demencí cítí nejlépe i za předpokladu nedostačující péče. Velkou deziluzí je odborná lékařská péče a nedostatečná informovanost veřejnosti v oblasti Státní sociální podpory. Po vyhodnocení výzkumu autorka nabízí doporučení pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost.

Bylo by žádoucí na nejvyšší úrovni státu vytvořit tým odborníků, kteří budou zajišťovat a prověřovat kvalitu vzdělávání. Ponechat vzdělávací proces pouze na statutárních orgánech rezidenčních zařízení se nejeví jako vhodná alternativa.



Vzdělávací proces by měl být jednotný pro všechny pracovníky ve službách, pro zajištění nutnosti vysokého standardu péče o všechny skupiny seniorů.

Ujednotit pravidla pro zřizování rezidenčních zařízení ve vybavenosti služby pro cílové skupiny. Vytvořit vhodné podmínky pro všechny seniory. Stárnutím populace a zároveň prodlužováním délky života se zařízení stávají útočištěm nemocných seniorů.

V domácím prostředí zajistit proškolení domácích pečujících pro poskytování péče v domácím prostředí. Poskytovat domácím pečujícím dostatek informací, pro zajištění vysoké kvality života i v domácím prostředí

Zařadit jako prvek vzdělávání mezi lékaři blok o důležitosti poskytování erudovaných informací směrem k ošetřujícímu personálu, domácím pečujícím, ale především k pacientům samotným. Autorka oceňuje erudovanost lékařských pracovníků, ale po provedeném výzkumu nabyla dojmu, že lékař by měl léčit nejen medikamenty, ale především slovem.

Navýšit tým sociálních pracovníků ve státní správě, které budou docházet do domácností seniorů a budou vykonávat nejen sociální šetření ze života seniorů, ale hlavně na základě šetření budou poskytovat seniorům potřebné informace ve srozumitelné kvalitě.

## ZÁVĚR

Autorka v průběhu práce musela několikrát přehodnotit priority předpokladů. Původní záměr, přiblížit Alzheimerovu demenci široké veřejnosti, se zdál jednoduchým úkolem. Opak byl pravdou. Od objevení nebo pojmenování onemocnění uplynula řada let a v průběhu let se prováděly nesčetné výzkumy po celém světě. Mnoho vědeckých pracovníků pojmenovalo a poukázalo na problém Alzheimerovy demence. Jedno mají všechny závěry společné. V současné době neexistuje lék na vyléčení Alzheimerovy demence. Současná medicínská praxe dokáže za pomoci inhibitorů cholinesteráz oddálit progresi symptomů Alzheimerovy demence. Farmakologickou léčbu úspěšně doplňují techniky kognitivně – behaviorální terapie. Pro úspěšnou terapii se ukázalo jako nezbytné zajistit terapeutovi vhodné vzdělání, aby mohl pružně reagovat na potřeby osob s Alzheimerovou demencí. Zde autorka narazila na problém.

Z výzkumu vyplynulo, že pečujícím personálu nemusí být zaměstnavatelem vždy dostatečně zajištěny potřeby kvalitního vzdělání na témata potřebná pro jeho práci. Autorce se také podařilo neočekávaně odhalit nedostatek v sociálních službách. Při zjišťování zajištění sociální služby v Olomouckém kraji se ukázal počet služeb oproti Moravskoslezskému kraji jako velmi malý. Cílem autorky není zpochybňovat kroky krajského úřadu při vytváření zachytivé sociální sítě, ale je zde prostor pro rozšíření služeb. Cílem práce bylo zajistit, zda je pro osobu postiženou Alzheimerovou demencí vhodnější domácí nebo rezidenční zařízení. Závěr při práci je nejistý.

V domácím prostředí se člověk s Alzheimerovou demencí po boku svých blízkých cítí nejlépe. Ovšem i v rezidenčních službách jsou klienti spokojeni. Pro absolutní spokojenost člověka s Alzheimerovou demencí vidí autorka jako důležitý prvek úzkou spoluprací rodiny a rezidenčních služeb. Současná pandemická situace ukázala, že nejvíce škod se napáchá přerušením sociálních kontaktů. Pokud budou v sociálních službách vybudována kvalitní rezidenční zařízení, kde bude erudovaný personál, který bude úzce spolupracovat s rodinnými příslušníky a naopak, může být péče o člověka s Alzheimerovou demencí poskytována, a to ve vysoké kvalitě, v rezidenčních službách. Autorka je přesvědčena, že celková chyba je v nastavení systému. Sociálních zařízení s odbornou péčí je malé množství.

Z výzkumu vyplynulo, že ani domácí prostředí nedokáže plně poskytnout kvalitní péči o člověka s Alzheimerovou demencí. Autorka navrhuje rozšířit osvětu o základnosti Alzheimerovy demence mezi veřejnost formou besed, přednášek, ale zároveň vidí neskonalý problém v malé informovanosti směrem od lékařů k jejich pacientům a potažmo i rodinným příslušníkům. Autorka se seznámila s problémy domácích pečujících, jejich nelehká situace se ukázala jak v osobní rovině, tak ve vypětí fyzických sil. Stát sice zajišťuje finanční pomoc pečujícím, avšak již neřeší relaxaci pečujících v domácím prostředí.

Lékaři by měli být těmi, kteří budou kvalitně informovat nejen o možnosti farmakologické léčby, ale také o alternativní léčbě, která je neméně úspěšná. Autorka navrhuje zařadit systém přednášek na téma umění sdělování osvěty mezi lékaři jako běžný doplňující vzdělávací program v oboru lékařství. Další vhodná aktivita, kterou by se vykonávala osvěta mezi veřejností by mohlo být v kompetenci sociálních pracovníků, pracujících na sociálním odboru města. Podmínkou šíření takové osvěty je nejen zajištění dostatku finančních prostředků pro tuto aktivitu, ale také proškolení dostatečného množství sociálních pracovníků, kteří by vykonávali práci v terénu.

Autorka svým výzkumem odhalila další nezodpovězené otázky v této oblasti, které při počátku své práce neočekávala a v současnosti na tyto otázky nezná odpovědi. Jako nezastupitelné místo v problematice Alzheimerovy demence autorka poukazuje na Českou alzheimerovskou společnost, která již dlouhá léta působí v České republice a poskytuje podporu, poradenství, pomoc, programové aktivity a individualizovanou asistenci. Autorka navrhuje plošné pokrytí centry společnosti na celém území České republiky, aby byly služby včas nasměřovány ke svým příjemcům. Autorka vidí problematiku Alzheimerovy demence v budoucnosti jako časovanou bombu, která neočekávaně vybuchne a vyvstane spousta postižených Alzheimerovou demencí, kde bude absolutní nepřipravenost ve vzdělávací politice a tím nebude zajištěna dostatečná péče nejen v domácím prostředí, ale i v rezidenčních službách.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

- BARTOŠ, Aleš, *Trénování paměti, Demence – Alzheimerova nemoc* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 22. 10. 2010
- FRANKOVÁ, Vanda, *Trénování paměti, Kognitivní rehabilitace u seniorů s demencí* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 25. 11. 2010
- Heicl, Martin, *Terapie v praxi* [přednáška]. Pavlovice u Přerova, 18. 5. 2016
- HEICLOVÁ, Veronika, *Metody práce s uživateli* [přednáška]. Pavlovice u Přerova, 12. 12. 2017
- HENDL, Jan., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9., str. 46
- HORT, Jakub a Roman JIRÁK. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7., str. 12
- HÖSCHL, Cyril, HOŘEJŠÍ, Jaroslav, ed. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, [1999]. Symposium (Galén). ISBN 80-7262-025-8., str. 16
- CHRÁSTKOVÁ, Diana, *Trénování paměti, Didaktický přístup k trénování paměti* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 22. 10. 2010
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4., str. 19
- KALVACH, Pavel, *Trénování paměti, CMP a úrazy mozku* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 22. 10. 2010
- KÖNIGOVÁ, Marie, *Trénování paměti, Kreativita v práci trenéra paměti* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 22. 10. 2010

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova demence a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3., str. 11

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova demence a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3., str. 20

KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. Klíč ke zdraví. ISBN 80-7200-686-x.,str. 7

KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. Klíč ke zdraví. ISBN 80-7200-686-x., str. 8

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Trénování paměti, Úvod do psychologie paměti [přednáška]*. Praha, ČSTPMJ, 23. 10. 2010

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4., str. 113

MESSERLI, Henny a Benno MEICHTRY. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*. Přeložil Veronika VONDRÁČKOVÁ. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-1-1., str.10

*Mozek: průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Jota, 2009. Encyklopedie Britannica – průvodce. ISBN 978-80-7217-686-1. , str. 19

*Mozek: průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Jota, 2009. Encyklopedie Britannica – průvodce. ISBN 978-80-7217-686-1., str. 215

*Na pomoc pečujícím rodinám*. 12. vydání. Přeložil Iva HOLMEROVÁ, přeložil Hana JANEČKOVÁ, přeložil Dagmar NIKLOVÁ. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2019. ISBN 978-80-86541-63-1., str. 7

PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře: diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, c2005. Jessenius. ISBN 80-7345-052-6., str. 8;str. 39; str. 55; str.57

PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN isbn80-85121-17-4., str. 17

- PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7., str. 75
- PROKOPOVÁ, Anežka. *Jak upravit domov člověka s demencí: příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2017. ISBN 978-80-86541-62-4.
- PUNCH, Keith. *Úspěšný návrh výzkumu*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0980-5., str. 12
- RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-964-0., str. 138
- STEINOVÁ, Dana, *Trénování paměti, Budování rezervní mozkové kapacity* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 12. 2. 2011
- VEJSADOVÁ, Jana, *Efektivní zpracování informací* [přednáška]. Pavlovice u Přerova, 16. 4. 2015
- VEJSADOVÁ, Jana, *Trénování paměti, Podpora kognitivních funkcí* [přednáška]. Praha, ČSTPMJ, 22. 10. 2010
- VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRŽÍSALOVÁ. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9., str. 284
- Výroční zpráva Olomouckého kraje*. 2014. Olomouc: Olomoucký kraj, 2014. ISBN 978-80-87982-01-3. ISSN 978-80-87982-01-3.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9., str. 92
- ZIFKO, Udo a Ingrid KIEFER. *Hýčkejte svou paměť*. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-2128-3., str. 42

### Seznam použitých zahraničních zdrojů

KOŠTÁLOVÁ, Lucia. *Úvod do psychologie*. Brno: Tribun EU, 2016. Librix.sk. ISBN 978-80-263-1098-3., str. 62

NIIntensity of Recreational Physical Activity throughout Life and Later Life Cognitive Functioning in Women: kognitivní funkce u žen v pozdějším věku. *SEMANTICO* [online]. Kanada: SEMANTICO Geriatrická výzkumná jednotka, 2021 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad101188>

### Seznam použitých internetových zdrojů

*Alois Alzheimer: Virtuální čekárna ČR* [online]. *Geriatric a Gerontologie* 2017, 6, č. 3: 141-143, 2017 [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2017-3/alois-alzheimer-a-oskar-fischer-110-vyroci-vyznamnych-publikaci-o-demenci-61936>

*Česká Alzheimerovská společnost* [online]. PRAHA: Česká Alzheimerovská společnost, 2015, 2015 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

*Olomoucký kraj, sociální služby pro osoby trpící alzheimerovou demencí: Katalog Olomouckého kraje, sociální služby* [online]. Hradec Králové: DERS, 2021 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://kissos-ok-katalog.olkraj.cz/sluzby/?keyword=202>

Statistická ročenka MPSV. *MPSV* [online]. 2020: MPSV Praha, 2020, 2020 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7](https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7)

Výroční zpráva ČAS. *Výroční zprávy* [online]. PRAHA: Česká alzheimerovská společnost, 2016 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

Zákon 108/2006 Sb. *MPSV, TREXIMA* [online]. PRAHA: TREXIMA, 2021 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)

*Zákony pro lidi: Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.* [online]. 1. 7. 2019 [cit. 2021-01-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=108%2F2006>



## SEZNAM ZKRATEK

AD		Alzheimerova demence
ČAS	–	Česká alzheimerovská společnost
DC	–	dílčí cíle
ČSTPMJ	–	Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging
Sb.	–	sbírka zákonů

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Sociální služby v Olomouckém kraji.....	32
Tabulka 2: Sociální služby v Moravskoslezském kraji.....	33
Tabulka 3: Služby v Olomouckém a Moravskoslezském kraji .....	34
Tabulka 4: Respondenti z řad personálu.....	46
Tabulka 5: Grafické zhodnocení personálu .....	50
Tabulka 6: Respondenti z domácího prostředí .....	51
Tabulka 7: Grafické zhodnocení pečujících .....	54
Tabulka 8: Respondenti - senioři .....	55
Tabulka 9: Grafické zhodnocení seniorů .....	58
Tabulka 10: Grafické zhodnocení personálu .....	61

## Seznam grafů

Graf 1: Počet zařízení v Olomouckém kraji .....	33
Graf 2: Počet zařízení v Moravskoslezském kraji .....	34
Graf 3: Služby v Olomouckém a Moravskoslezském kraji .....	35

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Základní otázky pro pečující v rezidenčních službách.....	I
Příloha B: Základní otázky pro domácí pečující.....	II
Příloha C: Otázky pro seniory v rezidenčních službách a domácím prostředí .....	IV
Příloha D: Rozhovor sestra 1 .....	V
Příloha E: Rozhovor sestra 2 .....	VIII
Příloha F: Rozhovor se sestrou 3 .....	X
Příloha G: Rozhovor se sestrou 4 .....	XIII
Příloha H: Rozhovor s domácí pečující 1 .....	XVI
Příloha I: Rozhovor s domácí pečující 2.....	XX
Příloha J: Rozhovor s domácí pečující 3 .....	XXIV
Příloha K: Rozhovor se seniorkou č. 1 .....	XXVIII
Příloha L: Rozhovor se seniorkou 2 .....	XXIX
Příloha M: Rozhovor se seniorkou 3 .....	XXX
Příloha N: Rozhovor se seniorkou 4 .....	XXXI
Příloha 15: Seznam kontaktních center ČAS.....	XXXII
Příloha 16: Informativní leták ČAS, co je Alzheimerova demence.....	XXXIII
Příloha 17: Informace o mezinárodním dni Alzheimerovy choroby .....	XXXIV
Příloha 18: Materiály ČAS .....	XXXV
Příloha 19: Materiál ČAS, Certifikace Vážka, obal brožury .....	XXXVI

## **Příloha A: Základní otázky pro pečující v rezidenčních službách**

Jak dlouho pracujete v rezidenčních službách?

Pracujete s osobami postiženými Alzheimerovou demencí,

Je pro vás práce psychicky náročná? Jak zvládáte stresové situace?

Máte dostatečné množství informací k péči o člověka s ad?

Poskytuje Vám zaměstnavatel dostatečné množství informací k péči s osobami trpícími ad?

Zajišťuje Vám zaměstnavatel odborné vzdělávání na toto téma?

Vy sama se zajímáte a hledáte si informace o ad, které mohou zvýšit kvalitu poskytovaných služeb?

Jaká je ve Vaší péči o osobu s ad spolupráce s lékařem?

Je Vám lékař nápomocen v péči? Máte od lékaře potřebné informace?

Co si myslíte o Vaší péči s člověkem s Alzheimerovou demencí? Máte nápady, jak péči zlepšit a jak eventuálně reaguje vedení rezidenčních služeb na případné podněty?

Myslíte si, že prostředí v rezidenčních službách je uzpůsobeno životu osobám s ad?

Máte při práci prostor k behaviorálním technikám s osobami s AD i jinými uživateli služeb?

Máte podporu od zaměstnavatele k práci s behaviorálními technikami?

Jak hodnotíte přístup rodinných příslušníků k personálu a samotným osobám s ad?

## **Příloha B: Základní otázky pro domácí pečující**

Kdy jste se dozvěděli o Alzheimerově demenci vaší maminky?

Jaké byly pocity a jak jste s diagnózou vyrovnávala?

Jaký byl přístup lékaře a jeho informovanost k vám? Měla jste dostatek informací?

Znala maminka svoji diagnózu?

Co pro Vás znamená mít maminku v domácím prostředí?

Napadlo Vás někdy dát maminku do péče sociální služby? Bylo Vám to nabídnuto?

Jak dlouho již pečujete?

Měla jste problémy s vyřizováním záležitostí na úřadech? Například příspěvek na péči, byli k Vám pracovníci vstřícní, pomohli Vám?

Využíváte některou ze sociálních služeb? Pokud ano, jak a kde jste získala informace o službě.

Máte možnost si zajistit informace o Alzheimerově demenci jinde, než od lékaře? Pokud ano, jaké jsou zdroje?

Poskytuje Vám lékař dostatečnou podporu při péči?

Můžete popsat své pocity při počátcích péče? Dařilo se Vám nebo jste cítila beznaděj?

Říkáte, že máte sourozence, jak se k problematice Alzheimerovy demence staví oni?

Souhlasili s Vaším rozhodnutím v péči nebo měli výhrady?

Co na Vaše rozhodnutí, pečovat o maminku, říkal manžel a Vaše děti?

Sdělujete mi informace o náročnosti při péči, máte dostatek trpělivosti při 24 hodinové péči?

Pomáhá Vám někdo s péčí, nebo jste na péči sama?

Vyskytuje se u vás v rodině díky zátěži péče o seniora s Alzheimerovou demencí zvýšený stres? Pokud ano, jak situaci řešíte?

Můžete popsat běžný den s maminkou?

Slyšela jste o kognitivním tréninku? Poskytl Vám někdo informace o takové možnosti?

Využíváte metody kognitivního tréninku s maminkou?

Jak s Vámi maminka komunikuje?

Jak komunikuje zbytek rodiny s maminkou a jak ona na ně reaguje?

Když hodnotíte situaci, vnímáte péči o maminku nyní jinak než na začátku? Pokud ano, co Vám pomohlo k jinému hodnocení?

Máte pocit, že Alzheimerova demence Vaší maminky ovlivnila chování rodinných příslušníků ve vaší rodině?

Změnilo se něco ve Vašem okolí? Kontakt s přáteli, sousedy...

Máte z něčeho strach, obavy?

Uvádí se i možná dědičnost Alzheimerovy demence, napadlo Vás podstoupit vyšetření nebo jen si občas udělat orientační test demence?

## **Příloha C: Otázky pro seniory v rezidenčních službách a domácím prostředí**

Slyšeli jste o ad?

Znáte někoho, kdo má ad?

Máte obavy, že u Vás propukne Alzheimerova demence?

Co děláte pro prevenci Alzheimerovy demence?

Máte dostatek informací o prevenci?

Měli jste rozhovor s odborníky nebo rodinou (lékař, pečující personál, aktivizační pracovník, sociální pracovník) na dané téma?

Víte, na koho se obrátit v případě prevence ad?

## Příloha D: Rozhovor sestra 1

**Autorka:** Jak dlouho pracujete v rezidenčních službách?

**Sestra 1:** „V zařízení pracuji již 20 let.“

**Autorka:** Pracujete s osobami postiženými Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** „Ano, pracuji.“

**Autorka:** Je pro Vás práce psychicky náročná? Jak zvládáte stresové situace?

**Sestra 1:** (smích) „... jak je zvládám, musím.“

**Autorka:** pomáhá Vám ve zvládnání stresových situací supervize?

**Sestra 1:** „Ne, supervize je pro mě ztráta mého času. Nemáme sjednaného supervizora, kterému můžeme věřit. Několikrát se nám potvrdilo, že témata na supervizi i naše reakce znalo vedení zařízení a nehezky nám bylo sděleno, že než něco vypustíme z pusy, máme zvažovat slova.“

**Autorka:** co tedy pro Vás znamená stresová situace a jak ji řešíte?

**Sestra 1:** „Stresová situace? Jak ji řeším? No, nejlépe je, když pak můžu být doma.“

**Autorka:** A v tu danou chvíli stresovou situaci řešíte jak?

**Sestra 1:** „Napočítám si do deseti, otočím se a jdu pryč.“

**Autorka:** Máte dostatečné množství informací k péči o člověka s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** „Asi moc ne.“

**Autorka:** Poskytuje Vám zaměstnavatel dostatečné množství informací k péči s osobami trpícími Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** „Ne, neposkytuje.“

**Autorka:** A kde vidíte problém v nedostatečné informovanosti od zaměstnavatele?

**Sestra 1:** „Náš zaměstnavatel tvrdí, že v našem zařízení takové osoby nemáme, ale není to pravda.“



**Autorka:** Zajišťuje Vám zaměstnavatel odborné vzdělávání na toto téma?

**Sestra 1:** „*Nějaké semináře jsou, ale je jich málo a na toto téma skoro nic.*“

**Autorka:** Vy sama zajímáte se a hledáte si informace o Alzheimerově demenci, které mohou zvýšit kvalitu poskytovaných služeb?

**Sestra 1:** „*Sem tam si něco pročtu.*“

**Autorka:** Jaké jsou Vaše zdroje informací, kde hledáte?

**Sestra 1:** „*V zařízení odebíráme časopis Sociální služby. Tam je spousta dobrých informací. Občas na internetu.*“

**Autorka:** Jaká je ve vaší péči spolupráce s lékařem? Spolupracuje s Vámi lékař?

**Sestra 1:** „*S námi ne. Vidím ho pouze projít do ordinace, kterou má v přízemí našeho zařízení.*“

**Autorka:** Je vám lékař nápomocen v péči?

**Sestra 1:** „*Není*“

**Autorka:** máte od lékaře informace k péči o osobách s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** (smích) „*...ne, vůbec.*“

**Autorka:** Co si myslíte o Vaší péči u člověka s Alzheimerovou demencí? Máte nápady, jak péči zlepšit a jak eventuálně reaguje vedení vašeho zařízení na případné podněty?

**Sestra 1:** (smích) „*Jak reaguje? Nijak. Nikdy nemáme pravdu, že.. v ničem, všechno, co navrhneme je špatně.*“

**Autorka:** Myslíte si, že prostředí v rezidenčních službách je uzpůsobeno životu osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** „*Určitě není.*“

**Autorka:** A to jako všeobecně nebo jenom ve vašem zařízení?

**Sestra 1:** „*Tady si myslím.*“

**Autorka:** Tak když to tedy zrekapituluji, osoby s Alzheimerovou demencí v zařízení máte, ale nikterak jim zařízení není uzpůsobeno. Přístup k něčlověku s Alzheimerovou demencí je stejný, jako k ostatním seniorům, kteří takto postiženi nejsou. Takto to mám chápat?

**Sestra 1:** „*Ano. Přesně.*“

**Autorka:** Máte podporu od zaměstnavatele v práci s behaviorálními technikami?

**Sestra 1:** „*S čím? Co to je? To slovo slyším prvně.*“

**Autorka:** S technikami, ovlivňujícími chování člověka s Alzheimerovou demencí. Třeba kognitivní metody, trénování paměti, jemnou motoriku ...

**Sestra 1:** „*Velkou podporu. Bohužel k tomu nemáme dostatek času. Náplní naší práce je hlavně hygiena a to koupání, převlékání postelí, hygiena prostředí na pokoji, úklid prádla, podávání stravy klientovi a pak teprve, když zbude čas, tak se můžeme věnovat takto klientům. Abychom se mohly dostatečně věnovat našim klientům, mělo by nás být více na směně. Ale do zápisu musíme uvést, že jsme s nimi každý den něco dělali. Víte, jak říkáme, papír snese všechno, neodporujeme. Stejně by to bylo bez kladného výsledku.*“

**Autorka:** Jak hodnotíte přístup rodinných příslušníků k personálu a samotným osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 1:** „*No, jak kteří...*“ (respondentka posmutněla při této otázce)

**Autorka:** Pomáhají v péči o své blízké?

**Sestra 1:** „*Velmi málo. Za těch 20 let, co zde pracuji bych spočítala na jedné ruce, kolik rodin se opravdu chce pomoci postarat o své rodiče.*“

## **Příloha E: Rozhovor sestra 2**

**Autorka:** Jak dlouho pracujete v rezidenčních službách?

**Sestra 2:** „V zařízení pracuji 6 let.“

**Autorka:** Pracujete s osobami postiženými Alzheimerovou demencí?

**Sestra 2:** „Ne, nikdo mi neřekl, že by v tomto zařízení takové osoby byly.“

**Autorka:** Tak ani nevíte, zda by pro Vás byla práce psychicky náročná.

**Sestra 2:** „Nevím.“

**Autorka:** Se stresovými situacemi se setkáváte ve své práci?

**Sestra 2:** „Ano.“

**Autorka:** Jak zvládáte stresové situace?

**Sestra 2:** „Myslím si, že dobře.“

**Autorka:** Co tedy pro Vás znamená stresová situace a jak ji řešíte?

**Sestra 2:** „V danou chvíli se snažím hodně komunikovat s tím člověkem, vysvětlit mu situaci a pomoci mu. Tak nějak, no.“

**Autorka:** Máte dostatečné množství informací k péči o člověka s Alzheimerovou demencí? Kdyby náhodou jste se setkala v tomto zařízení s takovou osobou.

**Sestra 2:** „Myslím si, že bych to zvládla se postarat o takového člověka.“

**Autorka:** Poskytuje Vám zaměstnavatel dostatečné množství informací k péči s osobami trpícími Alzheimerovou demencí?

**Sestra 2:** „Ano, když tak si hledám i sama.“

**Autorka:** Zajišťuje Vám zaměstnavatel odborné vzdělávání na toto téma?

**Sestra 2:** „Ano, zajišťuje.“

**Autorka:** Jak často ?

**Sestra 2:** „Často nebývá, ale semináře máme. Ono je to povinnost abychom se vzdělávaly. Musíme nasbírat za rok 24 hodin vzdělávání.“

**Autorka:** Odpověděla jste mi, že se zajímáte a hledáte si informace o Alzheimerově demenci, můžete specifikovat, kde informace získáváte?

**Sestra 2:** „Na internetu a v různých příručkách.“

**Autorka:** Jaká je ve vaší péči spolupráce s lékařem? Spolupracuje s Vámi lékař?

**Sestra 2:** „Dobrá.“

**Autorka:** Je vám lékař nápomocen v péči? Máte od lékaře potřebné informace o klientech?

**Sestra 2:** „Určitě.“

**Autorka:** Co si myslíte o Vaší péči s osobami Alzheimerovou demencí? Máte nápady, jak péči zlepšit a jak eventuelně reaguje vedení vašeho zařízení na případné podněty?

**Sestra 2:** „Jak kdy. Myslím si, že reaguje.“

**Autorka:** To znamená, že když přijdete s nápadem ke zkvalitnění služby, jste třeba za Váš nápad ocenění?

**Sestra 2:** „Oceněny nejsme, ale vítá to.“

**Autorka:** Myslíte si, že prostředí v rezidenčních službách je uzpůsobeno životu osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 2:** „Nevím“

**Autorka:** Máte podporu od zaměstnavatele v práci s behaviorálními technikami?

**Sestra 2:** „Nevím, co bych na to odpověděla.“

**Autorka:** Jak hodnotíte přístup rodinných příslušníků k personálu a samotným osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 2:** „Dobře, je dobrá odezva, pomáhají všichni.“

## Příloha F: Rozhovor se sestrou 3

**Autorka:** Jak dlouho pracujete v rezidenčních službách?

**Sestra 3:** „Už 19 let“

**Autorka:** Pracujete s osobami postiženými Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** „Ano.“

**Autorka:** Je pro Vás práce psychicky náročná? A jak zvládáte stresové situace?

**Sestra 3:** „Tato práce náročná je. Zvládám to, protože musím.“

**Autorka:** Co tedy pro Vás znamená stresová situace a jak ji řešíte?

**Sestra 3:** „Odreaguji se doma s rodinou, hodně mi pomáhají vnoučata k vnitřnímu klidu.“

**Autorka:** Máte dostatečné množství informací k péči o člověka s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** „No, dostatečné informace...myslím si, že důležitá je praxe, teda v tomto povolání a já to dělám tolik roků, tak určitě.“

**Autorka:** Poskytuje Vám zaměstnavatel dostatečné množství informací k péči s osobami trpícími Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** „Tak já už ani nepotřebuji od vedení, aby mi vysvětlovali, jak mám s takovými lidmi pracovat. Protože já to dělám tolik roků, že já bych spíše mohla školit je.“

**Autorka:** Zajišťuje Vám zaměstnavatel odborné vzdělávání na toto téma?

**Sestra 3:** „Ano, zaměstnavatel nám zajišťuje vzdělávání, ale všeobecně. Nyní vzhledem ke Covidu 19, vůbec.“

**Autorka:** Říkáte, že zde pracujete tolik let, před epidemií Vám zaměstnavatel zajišťoval dostatečné vzdělávání?

**Sestra 3:** „Tak my jsme si mohly témata napsat, kdo o co má zájem. Podle toho, čeho bylo nejvíc, tak se udělal na to téma seminář.“

**Autorka:** Vy sama zajímáte se a hledáte si informace o Alzheimerově demenci, které mohou zvýšit kvalitu poskytovaných služeb?

**Sestra 3:** *„Tak vzhledem k tomu, že v dnešní době moc toho času není, tak moc ne. Ale je pravda, že když něco chci, tak si najdu informace. Na toto téma jsem se dívala.“*

**Autorka:** Jaká je ve vaší péči o osobu s Alzheimerovou demencí spolupráce s lékařem? Spolupracuje s Vámi lékař? Je vám lékař nápomocen v péči?

**Sestra 3:** *„Mám říct pravdu? Lékař s námi nespolupracuje.“*

**Autorka:** Máte od lékaře informace k péči o osobách s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** *„Za ty roky už o lidech něco víme. Tak další informace třeba já nepotřebuji. Ale kdybych asi chtěla něco vědět, tak mi řekne.“*

**Autorka:** Co si myslíte o Vaší péči s člověkem s Alzheimerovou demencí? Máte nápady, jak péči zlepšit a jak eventuelně reaguje vedení vašeho zařízení na případné podněty?

**Sestra 3:** *„Zlepšit se můžeme kdykoliv. U starých lidí je péče nevyzpytatelná, každá osoba reaguje jinak. Je pravdou, že nějaké odměny dostáváme, ale to všeobecně. Pokud máme podněty směrem k lidem, na vylepšení péče, tak nám vedení nevyjde vstříc.“*

**Autorka:** A co si myslíte vy o Vaší péči? Je dostačující nebo by mohla být rozšířená?

**Sestra 3:** *„Každý se myslí, že je dostačující. Ale vždy je co zlepšovat. My nemáme ty možnosti abychom zabezpečovali nemocné lidi s Alzheimerovou demencí, protože zaměstnavatel nám nevytvořil podmínky pro péči o tyto nemocné.“*

**Autorka:** Myslíte si, že prostředí v rezidenčních službách je uzpůsobeno životu osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** *„V některých domovech jsou přizpůsobeni takovým lidem, mají pro ně vytvořeny vhodné podmínky.“*

**Autorka:** A ve vašem zařízení?

**Sestra 3:** „Tady u nás to uzpůsobené není. Navrhovali jsme ředitelce zařízení, aby zažádala o to, abychom byli Domov se zvláštním režimem. Ona to odmítla s tím, že je k tomu potřeba hodně papírů, dvojitý účetnictví a celkově je s tím hodně práce.“

**Autorka:** Máte podporu od zaměstnavatele v práci s behaviorálními technikami?

**Sestra 3:** „To je co?“

**Autorka:** S technikami, ovlivňujícími chování osob s Alzheimerovou demencí. Třeba kognitivní metody, trénování paměti, jemnou motoriku ...

**Sestra 3:** „Jo, tak to jo. Provádíme bazální stimulace, trénujeme paměť, procvičujeme jemnou motoriku.“

**Autorka:** Mají o toto klienti zájem?

**Sestra 3:** „Někteří mají.“

**Autorka:** Jak hodnotíte přístup rodinných příslušníků k personálu a samotným osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 3:** „Tak to je závažné téma. Jak která rodina. Někteří nechtějí pochopit změny s rodiči. Myslí si, že maminka bude pořád zdravá a nepřipustí si, že může být nemocná, že má hodně let a je jiná než dříve. Kdybych měla mluvit o chování rodin k personálu... (respondentka se odmlčela)...často se rodiny chovají k nám moc škaředě. Viní nás za stáří a nemoci svých rodičů. Ale já je chápu, jsou z celé situace nešťastní. Naopak někteří příbuzní od našich klientů jsou skvělí. Chápu naši práci. Většinou jsou to ti, kteří sami doma pečovali a když péči nezvládali, tak umístili seniora k nám do zařízení. Tyto rodiny s námi při naší práci soucítí a my soucítíme s nimi, když vidíme, že odcházejí smutní z návštěvy. Ale více je toho hrubého jednání, teda od rodin.“

**Autorka:** Co si můžu představit pod hrubým jednáním?

**Sestra 3:** „Jsou zlí, hrubí, vyčítají nám různé situace nebo hledají záminku, že jsme něco udělaly špatně, aby si mohli jít stěžovat. Tím si kompenzují svoje špatné svědomí, teda to si myslím já.“

## **Příloha G: Rozhovor se sestrou 4**

**Autorka:** Jak dlouho pracujete v rezidenčních službách?

**Sestra 4:** „*V tomto zařízení pracuji rok a 3 měsíce. Je to moje první zaměstnání.*“

**Autorka:** Pracujete s osobami postiženými Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „*Ano*“.

**Autorka:** Je pro Vás práce psychicky náročná? A jak zvládáte stresové situace?

**Sestra 4:** „*Tato práce náročná je. Když se něco stane, například se osoby naší pomoci vzpírají, je to velmi náročné.*“

**Autorka:** Jak zvládáte stresové situace?

**Sestra 4:** „*Podle nálady. Někdy stres zvládnou v pohodě a z toho se trápím.*“

**Autorka:** Máte dostatečné množství informací k péči o člověka s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „*Domnívám se, že informace mám. Ještě ze školy. Ale kdybych toho věděla víc, určitě by se nic nestalo.*“ (respondentka se usmívá)

**Autorka:** Poskytuje Vám zaměstnavatel dostatečné množství informací k péči s osobami trpícími Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „*Zaměstnavatel nám informace neposkytuje. Nezaznamenala jsem v zařízení ani pouhou brožurku o této nemoci.*“

**Autorka:** Zajišťuje Vám zaměstnavatel odborné vzdělávání na toto téma?

**Sestra 4:** „*Za tu dobu, co jsem v zařízení žádná přednáška nebyla.*“

**Autorka:** Vy sama zajímáte se a hledáte si informace o Alzheimerově demenci, které mohou zvýšit kvalitu poskytovaných služeb?

**Sestra 4:** „*Tak jak kdy. Teď jsem se dlouho na žádné nové informace nedívala. Nemám moc času.*“

**Autorka:** Jaká je ve vaší péči spolupráce s lékařem? Spolupracuje s Vámi lékař?



**Sestra 4:** „Pan doktor přijde, udělá, co potřebuje . Řekne nám, co všechno máme udělat my. Někdy nám informace poskytuje velmi stroze. Někdy nepředá informace vůbec a potom nám nadá, že jsme něco neudělaly.“

**Autorka:** Je vám lékař nápomocen v péči?

**Sestra 4:** „Přímo v péči ne, on pouze ordinuje.“

**Autorka:** A máte od lékaře bližší informace, že klient v zařízení trpí Alzheimerovou demencí, že by bylo vhodné ho poslat na specializované pracoviště, které se na Alzheimerovu demenci zaměřuje?

**Sestra 4:** „Takové věci se v domově neřeší“

**Autorka:** Co si myslíte o Vaší péči s člověkem s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „Celkově ta péče je v tomto zařízení dobrá. Ale kdyby ti nemocní byli na uzavřeném oddělení, měli by ještě kvalitnější péči. Bylo by tam více personálu, bylo by více individuální péče.“

**Autorka:** Máte nápady, jak péči zlepšit a jak eventuelně reaguje vedení vašeho zařízení na případné podněty?

**Sestra 4:** (smích) „Vedení nebude reagovat na žádné moje podněty, vedení má svoji lajnu, kterou se řídí. Vedení si nás vyslechne, ale nic se nezmění.“

**Autorka:** Myslíte si, že prostředí v rezidenčních službách je uzpůsobeno životu osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „Myslím si, že sociální služby celkově nejsou připraveny na osoby s Alzheimerovou nemocí. Ale zase na druhou stranu pro nemocné je lepší být někde, kde mají péči než žít bez pomoci.“

**Autorka:** A ve vašem zařízení jsou podmínky?

**Sestra 4:** „V našem zařízení je asi 90% imobilních klientů. To znamená, že jsou převážně upoutáni na lůžko. Ale máme klientku, která je pohyblivá, a může jít kam chce, bez omezení. Bohužel naše vstupní dveře jsou uzpůsobeny tak, že když jsou zamčené, dají se otevřít zevnitř budovy. Tedy do budovy se nedostanete, ale z budovy ano. Je to pro personál stresující,

*protože na noční je pouze jeden pracovník. Paní hrozí riziko pádu, může se pohybovat volně i po schodech. Z mého pohledu to není zařízení vhodné pro osoby trpící Alzheimerovou nemocí.“*

**Autorka:** Máte podporu od zaměstnavatele v práci s behaviorálními technikami?

**Sestra 4:** „*Co to je?*“

**Autorka:** zda u vás v zařízení probíhají aktivity, které pozitivně ovlivňují chování klientů.

**Sestra 4:** „*Vedení nám nařídilo provádět aktivity. Kdy se mají aktivity provádět, si musíme rozvrhnout sami. Důležité je, aby byly zapsány v záznamu.*“

**Autorka:** Jak hodnotíte přístup rodinných příslušníků k personálu a samotným osobám s Alzheimerovou demencí?

**Sestra 4:** „*Jsou dva nebo tři typy lidí. Jedni mají takový přístup, že tady máte seniora a starejte se. Berou péči jako samozřejmost a jsou velmi nepříjemní. Na druhou stranu jsou rodiny, které jsou vděčné za péči o jejich blízké. S těmito je dobrá spolupráce.*“

**Autorka:** Teď jste mi popsala přístup k personálu, jak tedy hodnotíte přístup rodinných příslušníků k samotným klientům?

**Sestra 4:** „*Taky jsou různé rodiny. Některé své blízké přeceňují a chtějí od nich moc. To je , že se mají senioři chovat a zvládat všechno jako za mlada. Nebo naopak nám tvrdí, že jejich blízký je úplně neschopný a my musíme vykonávat veškeré činnosti za něj. Opak bývá pravdou. Z takových lidí si sami děláme imobilní a nemohoucí. A vlastně musíme. Protože když se nepodrobíme rodině, jdou si stěžovat a vedení nám nevěří. Vždycky se rodině vyhoví. Myslím si, že je to špatně. Jinak rodiny celkem dost chodí na návštěvy. Bohužel se setkáváme stále s těmi, co si chodí pouze pro důchody.*“

## **Příloha H: Rozhovor s domácí pečující 1**

**Autorka:** Kdy jste se dozvěděli o Alzheimerově demenci vaší maminky?

**Pečující č. 1:** *„Začalo to asi před 3 lety. Pozorovali jsme u ní změnu chování. A tak jsme oslovili jejího obvodního lékaře.“*

**Autorka:** Jaké byly pocity a jak jste s diagnózou vyrovnávali?

**Pečující č. 1:** *„Protože jsme o nemoci věděli pouze z doslechu, tak jsme to brali jako nemoc, která se dá vyléčit.“*

**Autorka:** Jaký byl přístup lékaře a jeho informovanost k vám? Měli jste dostatek informací?

**Pečující č. 1:** *„Ano, paní doktorka je moc hodná. V začátku nám o nemoci hodně povídala. Postupně nás připravovala na zhoršující se stav tchýně.“*

**Autorka:** Zнала maminka svoji diagnózu?

**Pečující č. 1:** *„Ano, paní doktorka jí diagnózu sdělila, ale tchýně si svůj zdravotní stav nepřipouštěla.“*

**Autorka:** Co pro Vás znamená mít maminku v domácím prostředí?

**Pečující č. 1:** *„Dnes je to každodenní péče, hodně starostí. Ale jsme rádi, že ji máme doma.“*

**Autorka:** Napadlo Vás někdy dát maminku do péče sociální služby? Bylo Vám to nabídnuto?

**Pečující č. 1:** *„Ano, bylo nám to nabídnuto. Po dohodě s rodinou jsme si řekli, že dokud budeme moct, tak se o tchýni postaráme. Pomáhala nám při výchově našich dětí, kdy jsme chodili do práce a teď jí to trochu můžeme oplatit.“*

**Autorka:** Jak dlouho již pečujete?

**Pečující č. 1:** *„Staráme se o tchýni hodně dlouho, ale o nemoci jsme se dozvěděli před 3 lety.“*

**Autorka:** Měli jste problémy s vyřizováním záležitostí na úřadech? Například příspěvek na péči, byli k Vám pracovníci vstřícní, pomohli Vám?

**Pečující č. 1:** *„No začátky byly těžké. Vůbec jsme nevěděli kam a na koho se obrátit. Navíc nám to připadalo trapné. Nikdy jsme o nic nikoho nežádali. Setkali jsme se na úřadě s dobrým, ale i špatným přístupem. Můžu říct, že milých lidí tam bylo více.“*

**Autorka:** Využíváte některou ze sociálních služeb? Pokud ano, jak a kde jste získala informace o službě.

**Pečující č. 1:** *„Jenom když potřebujeme tchýni odvézt na vyšetření k lékaři, tak si objednáme sanitku.“*

**Autorka:** Máte možnost si zajisti informace o Alzheimerově demenci jinde, než od lékaře? Pokud ano, jaké jsou zdroje?

**Pečující č. 1:** *„Jedině od paní doktorky, nebo naše děti nám pomáhají a občas něco nového řeknou.“*

**Autorka:** Poskytuje Vám lékař dostatečnou podporu při péči?

**Pečující č. 1:** *„Paní doktorka je moc hodná, když potřebujeme léky, tak nám je napíše.“*

**Autorka:** Můžete popsat své pocity při počátcích péče? Dařilo se Vám nebo jste cítili beznaděj?

**Pečující č. 1:** *„Začátky byly hrozné. Připadalo mně, že tchýně nám dělá naschvály. Když utíkala z domu a dovezla ji policie, zlobili jsme se na ni. Teď už víme, že za to nemůže a víme, že se jí musíme daleko více věnovat.“*

**Autorka:** Říkáte, že máte děti, jak se k problematice Alzheimerovy demence staví oni?

**Pečující č. 1:** *„Děti nás od péče z počátku zrazovali, že máme nárok si odpočinout, že péče bude náročná. Ale teď jsme si všichni zvykli a bereme to jako normální věc.“*

**Autorka:** Souhlasili s Vaším rozhodnutím v péči nebo měli výhrady?

**Pečující č. 1:** *„Jak jsme řekla, z počátku s tím nesouhlasili. Asi věděli lépe než my, co to obnáší.“*

**Autorka:** Sdělujete mi informace o náročnosti při péči, máte dostatek trpělivosti při 24 hodinové péči?

**Pečující č. 1:** *„Jak kdy. Někdy jsem unavená, a tak péči přebírá manžel. Někdy mi ujedou nervy a na tchýni se i nyní zlobím, když se s ní nemůžu dohodnout.“*

**Autorka:** Pomáhá Vám někdo s péčí, nebo jste na péči sami s manželem?

**Pečující č. 1:** *„Převážně sami, děti bydlí daleko.“*

**Autorka:** Vyskytuje se u vás v rodině díky zátěži péče o seniora s Alzheimerovou demencí zvýšený stres? Pokud ano, jak situaci řešíte?

**Pečující č. 1:** „*No já je. Občas se s manželem pohádáme pro maličkosti. Únava, vyčerpání a stres z toho co bude dál, jestli to zvládneme, jestli se nám nezhorší zdraví. Ono to člověka trochu zasáhne. Stresy řešíme s manželem střídavou péčí. Ten druhý jede do města nakoupit, nebo si lehne a prospí se.*“

**Autorka:** Můžete popsat běžný den s maminkou?

**Pečující č. 1:** „*Tchýně vstává v nepravidelnou hodinu. Musím jí umýt, přebalit a občas nakrmit. Někdy se nají sama. Já vařím pro nás oběd a manžel sleduje se svojí matkou televizi. Když tchýně usne, manžel se věnuje práci okolo domu. V poledne tchýni nakrmíme a podle její momentální nálady se prochází po domě nebo se dívá z okna. Za pěkného počasí tchýni vezmeme na zahradu. Musíme ji hlídat jako malé dítě, aby neupadla nebo aby ji nenapadlo samotnou vyrazit na ulici. Večer tchýně brzy usíná.*“

**Autorka:** Slyšela jste o kognitivním tréninku? Poskytl Vám někdo informace o takové možnosti?

**Pečující č. 1:** „*Ne, neslyšela. Nikdo nám o žádném tréninku nic neřekl.*“

**Autorka:** Jak s Vámi maminka komunikuje?

**Pečující č. 1:** „*Těžce (pousmání). Jsou dny, kdy je orientovaná, ale také jsou dny, kdy manželovi říká : Pane správce. Občas se stává, že nás obviní, že ji trápíme hlady. Přitom je chvíli po obědě. Když přijedou děti, křičí, že jsou tady policajti. Asi jste si všimla, že máme doma pejska. Ten to občas taky schytá. Tchýně ho bezdůvodně zbije plácačkou na mouchy. Endy (pes) jako kdyby chápal její onemocnění, je trpělivý, výprask vydrží a stejně se k ní tulí.*“

**Autorka:** Jak komunikuje zbytek rodiny s maminkou a jak ona na ně reaguje?

**Pečující č. 1:** „*To už jsem popsala, děti si na chování babičky museli taky zvyknout. Jsou dospělí a situaci chápou. Občas nevím, jestli se mám smát nebo svého syna vyhubovat. S babičkou komunikuje jako se svojí kamarádkou, říká jí Emilko – přitom se tak nejmenuje a ona se na něj usmívá a je vidět, že si takto rozumí.*“

**Autorka:** Když hodnotíte situaci, vnímáte péči o maminku nyní jinak než na začátku? Pokud ano, co Vám pomohlo k jinému hodnocení?

**Pečující č. 1:** „No určitě, na začátku jsme nemoc brali jako něco, co se vyléčí. Teď víme, že skutečnost je jiná a že bude hůř. Doufáme, že to zdravotně s manželem zvládneme a tchýni dochováme doma. Víte, ono se Vám časem změni priority a náhled na situaci. Bud' chcete nebo nechcete se starat.“

**Autorka:** Máte pocit, že Alzheimerova demence Vaší maminky ovlivnilo chování rodinných příslušníků ve vaší rodině?

**Pečující č. 1:** „Ovlivnilo. A hodně. K babičce se všichni chovají trochu jinak. S větším respektem a tolerancí. Tedy až na vrtochy mého syna ( úsměv). Naše děti jsou i k nám pozornější a ohleduplnější. Vědí, co jsme si naložili za břímě.“

**Autorka:** Změnilo se něco ve Vašem okolí? Kontakt s přáteli, sousedy...

**Pečující č. 1:** „Změnilo se toho hodně. Zprvu na nás sousedi koukali přes prsty. Když tchýně odcházela z domu v kombiné s kabelkou přes rameno a s náhrdelníkem na krku. My jsme vůbec nevěděli, že odešla. Nebo když ji našli sedět na prázdném fotbalovém hřišti uprostřed týdne a na její dotaz co tam dělá, odpověděla, že čeká na zápas. Když posbírala letáky s seděla na autobusové zastávce a tvrdila, že jde do školy a nemá hotový úkol. To byly těžké chvíle, kdy se od nás lidi odvraceli. My se museli obhajovat, že jí dáváme i jídlo, protože si sousedům stěžovala na hlad. Bohudík, situace se změnila a sousedé již vědí, že je nemocná. Náš soukromý život se otočil o 360 °. Žádná dovolená, žádné divadlo, žádná kultura. Musíme být doma. Přátelé k nám taky moc nechodí, vědí, že máme hodně starostí s péčí. Opravdu se pro nás změnil život.“

**Autorka:** Máte z něčeho strach, obavy?

**Pečující č. 1:** „Ano, že to nezvládneme zdravotně, že jeden z nás zemře a co potom. Potom by tchýně asi musela do nějakého domova. Vůbec nevím.“

**Autorka:** Uvádí se i možná dědičnost Alzheimerovy demence, napadlo Vás podstoupit vyšetření nebo jen si občas udělat orientační test demence?

**Pečující č. 1:** „Vůbec ne, bereme život takový, jaký je. Co má přijít, přijde.“

## **Příloha I: Rozhovor s domácí pečující 2**

**Autorka:** Kdy jste se dozvěděli o Alzheimerově demenci vaší maminky?

**Pečující 2:** „Oficiálně tak před 5–6 lety.“

**Autorka:** Jaké byly pocity a jak jste s diagnózou vyrovnávala?

**Pečující 2:** „*My jsme to vzali jako stáří. Maminka nás vychovala, a to co se s ní dělo, bylo stáří. Naší povinností bylo se o ni postarat. Dozvěděla jsem se to od sestry, která s ní jezdila do Brna na nějaké vyšetření. Sestra je zdravotník, pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici. Sestra mi ani v počátku neřekla, že je to Alzheimer. Sestra mi pouze sdělila, že maminka má problémy s hlavou.*“

**Autorka:** Jaký byl přístup lékaře a jeho informovanost k vám? Měla jste dostatek informací?

**Pečující 2:** „*Sestra určitě měla dostatek informací, ale my jako rodinná rada jsme to nikterak zpočátku neprobírali.*“

**Autorka:** Zнала maminka svoji diagnózu?

**Pečující 2:** „*Maminka to věděla. Sama na sobě v počátku pozorovala změny.*“

**Autorka:** Co pro Vás znamená mít maminku v domácím prostředí?

**Pečující 2:** „*Maminka byla zpočátku ve svém bytě, žila původně se synem, mým bratrem. Bylo to přirozené.*“

**Autorka:** Napadlo Vás někdy dát maminku do péče sociální služby? Bylo Vám to nabídnuto?

**Pečující 2:** „*Maminka si již v 70 letech podala žádost do domova pro seniory. Byla na to připravená. Přála si to sama.*“

**Autorka:** Jak dlouho jste doma pečovali?

**Pečující 2:** „*Nejprve se staral bratr, ten pak onemocněl a péči jsme převzaly se sestrou o oba. V celku jsme se starali asi 5,5 roku.*“

**Autorka:** Měla jste problémy s vyřizováním záležitostí na úřadech? Například příspěvek na péči, byli k Vám pracovníci vstřícní, pomohli Vám?

**Pečující 2:** „*To si vyřizovala sestra. Ona se orientuje v těchto věcech.*“

**Autorka:** Využívali jste některou ze sociálních služeb? Pokud ano, jak a kde jste získala informace o službě.

**Pečující 2:** „Ano využívali jsme péči Charity, dokud to šlo. Jsme věřící, a tak nějak samozřejmostí bylo zpočátku oslovit Charitu.“

**Autorka:** Máte možnost si zajisti informace o Alzheimerově demenci jinde, než od lékaře? Pokud ano, jaké jsou zdroje?

**Pečující 2:** „Určitě, dnes si člověk zjišťuje všude. Hlavně jsem hledala přes internet a v časopisech.“

**Autorka:** Poskytuje Vám lékař dostatečnou podporu při péči?

**Pečující 2:** „Sestra jezdila s maminkou do Brna. Asi proto, že je zdravotník a orientuje se, můžu říct, že jsme pro maminku měli léky, které regulovaly její onemocnění. Mamince se od lékařů dostávalo dobré péče.“

**Autorka:** Můžete popsat své pocity při počátcích péče? Dařilo se Vám nebo jste cítila beznaděj?

**Pečující 2:** „My jsme to opravdu brali jako stáří, že to k tomu patří. Já osobně jsem si to nějak ani neuvědomovala, tedy, co nás může všechno čekat a s jakým koncem to bude.“

**Autorka:** Říkáte, že máte sourozence, jak se k problematice Alzheimerovy demence stavěli oni?

**Pečující 2:** „Se sestrou máme moc dobrý vztah. S bratrem jsme měli také. Věděli jsme, že se o maminku postaráme.“

**Autorka:** **Autorka:** Souhlasili s Vaším rozhodnutím v péči nebo měli výhrady?

**Pečující 2:** „Všichni tři jsme opravdu byli za jedno. Postarat se o maminku doma.“

**Autorka:** Co na Vaše rozhodnutí, pečovat o maminku, říkaly Vaše děti?

**Pečující 2:** „S dětma jsem to neřešila. Přišlo to tak nějak automaticky.“

**Autorka:** Sdělujete mi informace o náročnosti při péči, měli jste dostatek trpělivosti při péči?

**Pečující 2:** „Z počátku jsme jen dohlíželi. Velký zlom u maminky nastal, když přišel dopis, že se v domově uvolnilo místo a maminka může nastoupit. Maminka zvládala spoustu věcí, my jen dopomáhali.“



**Autorka:** Pomáhal Vám někdo s péčí, nebo jste na péči byla sama?

**Pečující 2:** „*Starali jsme se všichni, nejprve bratr, pak jsme využily se sestrou péči Charity. Bylo to potřeba i pro bratra.*“

**Autorka:** Vyskytuje se u vás v rodině díky zátěži péče o seniora s Alzheimerovou demencí zvýšený stres? Pokud ano, jak situaci řešíte?

**Pečující 2:** „*Stres začal až s nástupem maminky do domova, začala nám dělat naschvály. Alespoň tak jsme to braly. Maminka začala být zlá. Když nám se sestrou bylo úzko, tak jsme si popovídaly a pravidelně jsme se sestrou navštěvovaly kostel. Tam jsme se za maminku hodně modlily. Víte, maminka opravdu reagovala zlostně. Na mamince bylo vidět, že když jsem se u ní střídaly, tak se jí to nelíbilo. Spala každý večer někde jinde, u mě nebo u sestry.*“

**Autorka:** Můžete popsat běžný den s maminkou?

**Pečující 2:** „*Ráno jsme chodily o víkendů do kostela, pak jsme si daly snídani. Občas jsme zašly na hřbitov, to mamince nedělalo dobře. Nechtěla tam chodit. Ona se celý den dívala na televizi nebo seděla u okna. Když přišly moje děti s vnoučaty, tak ji to potěšilo. Zahráli jsme si všichni třeba karty, ale jinak opravdu maminka seděla apaticky u televize. Na podzim louskala ořechy, i pro sousedy.*“ (pousmání)

**Autorka:** Slyšela jste o kognitivním tréninku? Poskytl Vám někdo informace o takové možnosti?

**Pečující 2:** „*Ano, ano, slyšela jsem. Právě proto jsme s maminkou hráli karty, Člověče nezlob se a máme i takovou tu hru na mozkovou hemisféru, ale moc to maminku nebavilo. Jenom, když přišly děti. Informace o tom přinesla sestra. A potom jsem si o tom četla. Nikdo jiný nás neinformoval.*“

**Autorka:** Využívali jste metody kognitivního tréninku s maminkou?

**Pečující 2:** „*Chtěla jsem, ale maminku to nebavilo. Když jsme hrály člověče nezlob se, tak maminka chtěla táhnout figurkou dozadu. Neuvědomovala si to, že má táhnout opačně.*“

**Autorka:** Jak s Vámi maminka komunikovala?

**Pečující 2:** „*Maminka komunikovala velmi dobře, vždycky jsme věděli, co chce říct.*“

**Autorka:** Jak komunikuje zbytek rodiny s maminkou a jak ona na ně reaguje?

**Pečující 2:** „*Se všemi komunikovala dobře. Byla hodná. Až ke konci se hodně změnila. Nás jako děti poznala. Vnoučata nepoznávala. Ale byla ráda, za každou návštěvu. Ona třeba věděla, že je to rodina, ale poznala jsem na ní, že jí mrzelo, že sama neví, kdo jsou.*“

**Autorka:** Když hodnotíte situaci, vnímáte péči o maminku nyní jinak než na začátku? Pokud ano, co Vám pomohlo k jinému hodnocení?

**Pečující 2:** „*Nebylo to stejný, báli jsme se, co přijde. Zpočátku byla ta neznalost, s postupem času přišel strach z konce.*“

**Autorka:** Máte pocit, že Alzheimerova demence Vaší maminky ovlivnilo chování rodinných příslušníků ve vaší rodině?

**Pečující 2:** „*Z počátku ne. To až ten konec nás trochu rozhádal. Všechno zlo, které nás potkalo při péči o maminku nyní přisuzuji Covidu. Víte, nemohli jsme za ní, a to nás všechny trápilo. Začaly jsme si vyčítat, kdo s maminkou měl zůstat doma nastálo. Ta rodina už není rodina. Dlouho bude trvat, než začneme fungovat tak jako dřív. Chtěli jsme si maminku nechat se sestrou doma, ale zbytek rodiny nesouhlasil. Maminka, než šla do domova, byla nešťastná, plakala. Nechtějte slyšet, jak se vyjadřovala (pláč), vůbec to nebyla ona. Maminka věděla, že jednou půjde, ale když to přišlo, byla to hrůza. Víte, těžko se to popisuje...“ (pláč)*

**Autorka:** Změnilo se něco ve Vašem okolí? Kontakt s přáteli, sousedy...

**Pečující 2:** „*Sousedí byli skvělí, soucítili s námi a snažili se pomáhat.*“

**Autorka:** Máte z něčeho strach, obavy?

**Pečující 2:** „*Já jsem měla strach, že umře a já u toho nebudu. V závěru jsem jí to přála (smrt), bylo to hrozný (pláč), aby byla u táty, aby byli spolu. Když jsem u ní byla naposledy, prosila jsem ji za odpuštění. Zdrucující bylo, že jsme za ní nemohli.*“

**Autorka:** Uvádí se i možná dědičnost Alzheimerovy demence, napadlo Vás podstoupit vyšetření nebo jen si občas udělat orientační test demence?

**Pečující 2:** „*Ano, vím to. Neuvažujeme o vyšetření. Zatím ne.*“

## **Příloha J: Rozhovor s domácí pečující 3**

**Autorka:** Kdy jste se dozvěděli o Alzheimerově demenci vaší maminky?

**Pečující 3:** *„My vlastně nemáme stanovenou diagnózu od lékaře. Tchýni je problém dostat k lékaři. Já pracuji 15 let v domově pro seniory a díky tomu, že máme odborná školení, jsem vyzorovala, co tchýni je. Ještě, když žil tchán, který zemřel před časem na rakovinu, jsem pozorovala u tchýně podivné věci. Občas se stávalo, že některé úkony dělala 2x, velmi často zapomínala. Zprvu jsem to považovala za příznaky stáří. Pozoruji změny tak 2 roky.“*

**Autorka:** Tak u lékaře jste s tchýní nebyli?

**Pečující 3:** *„Nebyli, tchýně u obvodního lékaře nebyla několik let. Odmítá to. Neužívá žádné léky. Nevím, jak ji k lékaři dostat. Když se s manželem začnu bavit na toto téma, pouze se pohádáme. Dle něj, je maminka v pořádku a já mám deformaci z povolání a pořád něco vidím.“*

**Autorka:** Jaké byly pocity, když jste vydedukovala, že tchýně může trpět Alzheimerovou demencí?

**Pečující 3:** *„Není mi zrovna příjemně. Nevím, co bude dál. Manžel ani jeho sestra, nechtějí slyšet, že maminka má zdravotní problém. A to je špatně. Nechci jí ublížit, spíše včas zareagovat a snažit se zmírnit projevy.“*

**Autorka:** Co si promluvit s jejím ošetřujícím lékařem? Ten by Vám nepomohl?

**Pečující 3:** *„Spanem doktorem jsem o tom mluvila. Máme všichni jednoho ošetřujícího lékaře. On mi sdělil, že dokud sama nebude chtít, nic s ní neudělá. Nemůže ji nikterak donutit, aby se dostavila k vyšetření. Několikrát jí zasílal výzvu k prohlídce a přišla pouze s manželem. Sebe odmítla nechat vyšetřit.“*

**Autorka:** Co pro Vás znamená žít s tchýní, o které si myslíte, že trpí Alzheimerovou demencí, v domácím prostředí?

**Pečující 3:** *„Bojím se. Kromě toho, že aniž by chtěla, může podpálit dům, může si ublížit. Je to hodně nepříjemné, žít s takovými obavami. Věřím, že přijde doba, kdy budeme muset s tchýní k lékaři a konečně se situace vyjasní. Určitě se budeme doma o tchýni starat co nejdéle, pokud to půjde. Mám nějakou praxi a vím, jak to končí. Sociální zařízení bude pro nás poslední možnost.“*

**Autorka:** Víte, jak byste si nasmlouvala služby pro tchýni?

**Pečující 3:** „No, jáje (pousmání), oslovila bych u nás v práci sociální pracovníci a ta by mi pomohla. Ať s radou nebo vyplnit formuláře. V tomto mám výhodu, pracuji v oboru.“

**Autorka:** Jak dlouho již pečujete?

**Pečující 3:** „Staráme se o ně v podstatě od té doby, co odešla s tchánem do penze. Tchán nedávno zemřel. Ale není to péče se vším všudy, je to taková dopomoc.“

**Autorka:** Tak tedy nevyužíváte žádnou ze sociálních služeb?

**Pečující 3:** „Ne, ani pro tchána jsme nevyužili žádnou službu. Vše jsme obstarali sami. A tchýně by tady ani nikoho nechtěla. Pořád si myslí, že všechno zvládá sama. Kdyby měla žít sama v domě, byl by to velký problém. Hlavně teď v zimě. Když odejdeme do práce, nemusí jí nikdo topit, máme nastavený automatický spínač. Snažím se jí vždy připravit oběd, aby si ho ohřála v mikrovlnce, když nejsme doma. Když mám volno, tchýně si vaří sama. Občas na ni dohlédnu, stejně se na mě obořuje, že ji hlídám. Pozoruji u tchýně velkou změnu nálad. Manžel to přisuzuje úmrtí otce, že se s tím tchýně špatně vyrovnává.“

**Autorka:** Máte možnost si zajistit informace o Alzheimerově demenci jinde, než od lékaře? Pokud ano, jaké jsou zdroje?

**Pečující 3:** „V časopisech si něco přečtu nebo na internetu.“

**Autorka:** Říkáte, že manžel má sourozence, jak se k problematice Alzheimerovy demence staví oni?

**Pečující 3:** „Manžel má sestru a bratra. Bratr s nimi již 10 let nekomunikuje. Nebyl ani na pohřbu svého otce. Sestra jezdí za mojí tchýní, její matkou skoro každý den. Sedí spolu a povídají si. Občas švagrová řekne, že si máma plete informace, ale vše přisuzuje jejímu stáří. Když se snažím jí vysvětlit, že tchýně může mít vážný problém, nechce o tom slyšet. Prý nemám tchýni ráda a chci se jí zbavit. Pohádá se s mým manželem a on potom se mnou. Já to však nemyslím zle, chci problém pouze podchytit v začátku.“

**Autorka:** Co říkají Vaše dospělé děti na problém u Vás v rodině?

**Pečující 3:** „Dcera si také všímá problému s babičkou, ale vidí, jak se hádáme s manželem a švagrovou a proto mlčí. Občas mi řekne, že nejspíš mám pravdu, promluvíme si spolu o nemoci a občas i řešíme co bude dál. Náš syn se odstěhoval a babičky problém neřeší. Když přijede, posedí s ní, popovídá si a jede pryč. Nám řekne, že babi se to plete v hlavě, ale to je všechno. Respektive, řekne to mně, manželovi ne.“

**Autorka:** A co tedy bude dál? Říkáte, že to s dcerou řešíte.

**Pečující 3:** „*No, budeme s dcerou dělat všechno pro to, aby až přijdou další změny, jsme tchýni zajistili lékařskou prohlídku a budeme se starat o ni doma, pokud to bude možné.*“

**Autorka:** Vyskytuje se u vás v rodině zvýšený stres, vlivem Vašeho podezření? Pokud ano, jak situaci řešíte?

**Pečující 3:** „*Obrovský stres. Jsem v podstatě sama, kdo má podezření na závažný problém u tchýně. Když je mi opravdu moc úzko, jedu ke kamarádce a popovídáme si. To mi pomůže.*“

**Autorka:** O odborné péči pro sebe jste neuvažovala?

**Pečující 3:** „*V práci bývají supervize, vím že bych se mohla obrátit s osobním problémem na supervizora. Bohužel v letošním roce je to všechno trochu jiné. Problém s Covidem zasáhl sociální služby i v této oblasti. Semináře a školení vymizely. Kdyby mi bylo opravdu moc úzko z tohoto problému, vím, že jsou telefonní linky, které by měly pomáhat lidem v depresi. Ale snad k tomu nedojde.*“ (pousmání)

**Autorka:** Jak s Vámi tchýně, maminka komunikuje?

**Pečující 3:** „*Jsou dny, kdy je skvělá, pamatuje si, komunikuje běžným způsobem. Ale jsou také dny, kdy nás obviňuje, že jsme jí něco sebrali, schovali. Schválně uklidili jinam, než je zvyklá, a to povídá sousedům. Působíme asi pro okolí jako tyraní. Respektive já, jako snacha. S manželem takový problém nemá, za všechno můžu já.*“

**Autorka:** Jak komunikuje zbytek rodiny s maminkou a jak ona na ně reaguje?

**Pečující 3:** „*Švagrová a maminkou vychází dobře, povídají si spolu velmi. Občas se švagrová směje, co to maminka povídá. Ale ani tyto chvílky jí nepřesvědčí, že se může jednat o závažný problém. Manžela maminka oslovuje v souvislosti s těžkou prací. Není u nás zvykem v rodině, aby si manžel sedl se svojí matkou a povídali si. No a vnoučata, ta s babičkou chvílku posedí a pryč, jsou mladí. Starší generaci nějak neřeší.*“

**Autorka:** Máte z něčeho strach, obavy?

**Pečující 3:** „*Ano, jak jsem řekla, z budoucna. Co bude dál. Až tchýně bude muset k doktorovi a její stav bude vážnější, co bude. Bojím se reakce at' z manželovy strany nebo ze strany švagrové. Mám obavy, že se rodina rozhádá, víte, vidím to ve své práci. Jak rodiny spolu*

*nekomunikují a většinou, když si s příbuznými našich seniorů povídáte, tak zjistíte, že si vlastně mají jedem druhému za zlé, jak se kdo stará nebo staral o rodiče.“*

## Příloha K: Rozhovor se seniorkou č. 1

**Autorka:** Slyšela jste někdy o Alzheimerově demenci? Znáte někoho, kdo má ad?

**Seniorka č. 1:** „*O nemoci jsem nikdy neslyšela a vlastně ani nikoho s touto nemocí neznám.*“

**Autorka:** Přiblížím Vám problém v Alzheimerovy demence, jedná se o postižení mozku, kdy člověk zapomíná.

**Autorka:** Máte obavy, že u Vás propukne Alzheimerova demence?

**Seniorka č. 1:** „*Víte, ve svém věku se už nebojím, tož, co bych nadělala. Nic.*“

**Autorka:** Co děláte pro prevenci Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 1:** „*Občas mi děvčata (aktivizační pracovnice) přijdou říct, abych šla trénovat paměť nebo do dílny. Tam pečeme koláče, loupeme ořechy nebo přebíráme knoflíky. Ale moc se mi nechce. Jsem raději sama. Dívám se na televizi a občas si čtu. Co byste po mě chtěli, vždyť mám 90 let. Co možu s těma rukama?*“

**Autorka:** Máte dostatek informací o prevenci? Vysvětlí Vám pan doktor dostatečně vaše nemoci?

**Seniorka č. 1:** „*Já nemocná nejsem a jsem ráda, když pana doktora nevidím.*“

**Autorka:** Měli jste rozhovor s odborníky nebo rodinou (lékař, pečující personál, aktivizační pracovník, sociální pracovník) na dané téma?

**Seniorka č. 1:** „*Pan doktor mi řekl, že musím brát prášky na kosti a jinak nic. Já nemocná nejsem.*“

**Autorka:** Víte, na koho se obrátit v případě prevence Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 1:** „*Těžko bych věděla. Leda na syna. Tomu bych řekla, že zapomínám, leda on by s tím stejně nic nenadělal. Já mám dva syny. Tam, kde jsem bydlela je to teď opuštěné, synové neposlouchají. Nic nenadělám. Člověka akorát mrzí, že se mu děti nevyvedli.*“

## Příloha L: Rozhovor se seniorkou 2

**Autorka:** Slyšela jste o Alzheimerově demenci?

**Seniorka č. 2:** „*Jó slyšela*“ (smích). „*Dcera mi říká, že má toho Němce. Je to ono, že? Ale nemyslím si, že by tu nemoc měla. Vždyť zapomínáme všichni.*“

**Autorka:** Znáte někoho, kdo má Alzheimerovu demenci?

**Seniorka. 2:** (smích) „*Pokud nebudu počítat dceru, tak nikoho.*“

**Autorka:** Máte obavy, že u Vás propukne Alzheimerova demence?

**Seniorka č. 2:** „*Jejda, a víte, že se nebojím. Jsem už stará. Co se mi víc může stát (opět smích). Ale asi by to bylo blbý.*“

**Autorka:** Co děláte pro prevenci Alzheimerova demence?

**Seniorka č. 2:** „*Nic, co můžu dělat?*“

**Autorka:** Máte dostatek informací o prevenci?

**Seniorka č. 2:** „*Něco jsem slyšela, ale přesně nevím, co to vlastně je.*“

**Autorka:** Měla jste rozhovor s odborníky nebo rodinou (lékař, pečující personál, aktivizační pracovník, sociální pracovník) na dané téma?

**Seniorka č. 2:** „*Ne, nikdo se mnou o tomto nemluvil. Asi proto, že tu nemoc nemám.*“

**Autorka:** Víte, na koho se obrátit v případě prevence Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 2:** „*No, asi bych se prvně svěřila dceři. Pak bych to musela říct sestřičkám tady. Snad by mi někdo poradil, co mám dělat.*“



### **Příloha M: Rozhovor se seniorkou 3**

**Autorka:** Slyšela jste o Alzheimerově demenci?

**Seniorka č. 3:** „*No, neco sem slyšela.*“

**Autorka:** Znáte někoho, kdo má ad?

**Seniorka č. 3:** „*Sósedka to prý měla. Tam, kde sem bývala. Aspoň to lidi říkali.*“

**Autorka:** Máte obavy, že u Vás propukne Alzheimerova demence?

**Seniorka č. 3:** „*Já nevím. Mi se to nemože stat'.*“

**Autorka:** Co děláte pro prevenci Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 3:** „*Nic. Co možu dělat.*“

**Autorka:** Máte dostatek informací o prevenci?

**Seniorka č. 3:** „*Enem sem o tom slyšela, že to měla sósedka.*“

**Autorka:** Měli jste rozhovor s odborníky nebo rodinou (lékař, pečující personál, aktivizační pracovník, sociální pracovník) na dané téma?

**Seniorka č. 3:** „*Náš dochtor mi nic neřekne, su ráda, že ho nevidím.*“

**Autorka:** Víte, na koho se obrátit v případě prevence ad?

**Seniorka č. 3:** „*Tož, řeknu sestřičkám. Ony snád' něco udělajó.*“

#### **Příloha N: Rozhovor se seniorkou 4**

**Autorka:** Slyšeli jste o Alzheimerově demenci?

**Seniorka č. 4:** „*Ano, slyšela jsem o tom. Děláme si se známými legraci, že občas k nám ten Němec přijde.*“

**Autorka:** Znáte někoho, kdo má Alzheimerovu demenci?

**Seniorka č. 4:** „*Slyšela jsem o hodně lidech v okolí. A jejich rodiny s péčí měli velké problémy. Ale to bylo dřív, když jsme byli mladí, problémy s tím měli rodiče mých vrstevníků.*“

**Autorka:** Máte obavy, že u Vás propukne Alzheimerova demence?

**Seniorka č. 4:** „*V podstatě ano, ale nepřemýšlím nad tím. To bych se musela strachy zbláznit.*“

**Autorka:** Co děláte pro prevenci Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 4:** „*Na prevenci nemám čas. Pracuji na zahrádce a mám starost o dům, zůstala jsem sama bez manžela. Když mám trochu volno nebo si chci odpočinout, luštím křížovky, večer se dívám na televizi anebo sedím u počítače. Tady hraju karty nebo si čtu na internetu.*“

**Autorka:** Máte dostatek informací o prevenci?

**Seniorka č. 4:** „*Nezajímám se o to. Jak jsem řekla, nemám na to čas.*“

**Autorka:** Měli jste rozhovor s odborníky nebo rodinou (lékař, pečující personál, aktivizační pracovník, sociální pracovník) na dané téma?

**Seniorka č. 4:** „*Neměla, s kým bych si o tom měla povídat? Jedině s dcerami. Ale to máme jiná témata.*“

**Autorka:** Víte, na koho se obrátit v případě prevence Alzheimerovy demence?

**Seniorka č. 4:** „*Určitě bych se svěřila dcerám, ti by věděli, co dělat. Víte, zeť pracuje na záchrance, oni by mi pomohli.*“

# Příloha 15: Seznam kontaktních center ČAS

## Adresář

Adresář zahrnuje kontaktní místa České Alzheimerovy společnosti, která nabízí mimo jiné vyšetření paměti.

Certifikát Vážka je určen pro kvalitní denní či týdenní stacionáře a domovy se zvláštním režimem.

**Blansko** \* ...  
SENIOR centrum Blansko, p.o.

Pod Sanatorkou 3,  
678 01 Blansko  
V. Bartošková

516 410 206, 731 898 895  
domov se zvláštním režimem,  
vyšetření paměti, osobní  
konzultace (pro objednání)

**Brno** ...  
Diakonie ČCE – středisko  
v Brně

Hrnčířská 27, 602 00 Brno  
K. Senyřriková

734 166 378  
poradenská linka, osobní  
konzultace i v domácnosti (po  
objednání), svépomocné skupiny,  
terénní pečovatelská služba,  
centrum denních služeb pro lidi  
s demencí, vyšetření paměti

**Bystřany** \*  
Domov důchodců Bystřany  
Pražská 236, 417 61

Bystřany  
K. Safránková  
732 305 538 (po-pá 7.00–15.00)  
poradenská linka, domov se  
zvláštním režimem

**České Budějovice** \* ...  
DpS Máj České Budějovice,  
p.o.

Větrná 13,  
370 05 České Budějovice  
A. Douchová

388 902 340  
poradenská linka, domov se  
zvláštním režimem, vyšetření  
paměti

**Dvůr Králové nad Labem** \*

Diakonie ČCE – středisko ve  
Dvoře Králové n. Labem  
Benešovo nábř. 1067,  
544 01 Dvůr Králové n.  
Labem  
L. Trochimovič

499 621 094  
poradenská linka, osobní  
konzultace, svépomocná skupina,  
vyšetření paměti, respitní péče,  
centrum pro seniory, trvalé  
pobyty pro lidi s demencí

**Hradec Králové** \* ...  
Centrum sociální pomoci  
a služeb, o.p.s.

Souběžná 1746/12,  
500 12 Hradec Králové  
S. Pecharová

720 652 956  
denní stacionář, pečovatelská  
služba, vyšetření paměti

**Jihlava** \* ...

Alzheimercentrum Jihlava,  
z.ú.

Romana Havelky 4899/13,  
586 01 Jihlava  
R. Hornáková

778 494 010  
domov se zvláštním režimem,  
poradenská linka, osobní  
konzultace, vyšetření paměti

**Karlovy Vary** \* ...

Farní charita  
Svobodova 743/12,  
360 17 Karlovy Vary

D. Matoušová  
353 434 215, 731 433 030  
vyšetření paměti, poradenská  
linka, týdenní stacionář

**Krabčice** \* ...

Diakonie ČCE – středisko  
v Krabčicích  
Rovně 58, 411 87 Krabčice

A. Gabrys, M. Jeníková  
730 815 065  
poradenská linka, konzultace,  
oddělení pro klienty s demencí,  
respitní péče, svépomocné skupiny

**Liberec** ...

Oddělení následné péče /  
Poradna pro poruchy  
paměti, Krajská nemocnice  
Liberec, a.s.  
Husova 10, 460 01 Liberec  
L. Ptáčková

735 016 108  
(nutno se předem objednat)  
poradenská linka, vyšetření  
paměti, osobní konzultace,  
svépomocné skupiny pro rodinné  
pečující

**Dům seniorů Liberec** –

Františkov \* ...

Domazlička 880/8,  
460 07 Liberec  
P. Kučera

482 362 104, 777 499 863  
domov se zvláštním režimem,  
poradenská linka, vyšetření paměti

**Mělník** \*

Centrum seniorů Mělník  
Fügnerova 3523, 276 01  
Mělník

M. Kučabová  
734 442 733  
trénování paměti, poradenská  
linka, osobní konzultace, oddělení  
pro klienty s demencí, respitní  
pobyty

**Myslibořice** \* ...

Diakonie ČCE – středisko  
v Myslibořicích

Myslibořice 1, 675 60  
L. Vrzáčková

568 834 960 (po-pá 7.00–15.00)  
poradenská linka (po-pá 9.00–  
15.00), respitní pobyty, domov se  
zvláštním režimem

**Olomouc** \* ...

Pamatováček, o.p.s.  
Karafiátova 5, 779 00  
Olomouc

E. Klevarová  
585 426 110, 732 452 596  
poradenská linka, osobní  
konzultace, svépomocné skupiny,  
denní stacionář, vyšetření paměti

**Olomouc** \* ...

AGE Centrum  
Na Šibeníku 914/1,  
779 00 Olomouc  
J. Juráňová

774 501 796  
denní stacionář, trénink paměti,  
odborné ambulance (medicína  
dlouhodobé péče, psychiatrie,  
geriatrie, psychoterapie), terénní  
psychiatrická sestra, vyšetření  
paměti

Prozatímní KM, status bude  
potvrzen v roce 2020

**Ostrava** \* ...

Slezská Diakonie SILOE  
Ostrava, centrum denních  
služeb, odlehčovací služby  
a domov se zvláštním  
režimem

Rollnická 55,  
709 00 Ostrava – Nová Ves  
V. Raszková

733 142 425  
poradenská linka, osobní  
konzultace, pobytové odlehčovací  
služby, svépomocné skupiny  
pro rodinné pečující a pro lidi s  
demencí, centrum denních služeb,  
vyšetření paměti

**Pardubice** \* ...

Domov pro seniory  
U Kostelíčka  
Strossova 357, 730 03  
Pardubice

S. Jirňáková  
466 611 703  
domov se zvláštním režimem,  
vyšetření paměti

**Písek** \* ...

Blanka – Středisko Diakonie  
ČCE

Jiráskovo nábř. 2443,  
397 01 Písek

B. Tejkalová  
734 688 696, 382 219 057  
poradenská linka, osobní  
konzultace, pečovatelská služba,  
oddělení pro klienty s demencí,  
domov pro seniory Domovinka,  
home care, vyšetření paměti

**Písek** \* ...

Alzheimercentrum Prácheň,  
z.ú., Loučský Mlýn  
Radečice 58, 389 01 Vodňany  
L. Kadlecová

773 377 010  
poradenská linka, konzultace,  
denní stacionář, oddělení pro  
klienty s demencí, vyšetření  
paměti (paměť je možné vyšetřit  
jak v Radečicích, tak Písku)

**Plzeň** \* ...

Městská charita Plzeň –  
Domov Sv. Aloise  
Hradišská 30, 326 00 Plzeň

M. Jelínková  
377 310 411

poradenská linka, osobní  
konzultace, vyšetření paměti,  
svépomocné skupiny, domov se  
zvláštním režimem

**Příbram** \* ...

SANCO – PB s.r.o.  
Rožmitálská 168,  
261 01 Příbram

P. Cermáková  
777 111 198  
poradenská linka, osobní  
konzultace, svépomocné skupiny,  
domov rodinného typu, vyšetření  
paměti

**Strážnice** \* ...

Domov pro seniory Strážnice,  
p.o.

Preláta Horného 515,  
696 62 Strážnice  
I. Kvjovská, M. Kourilová

602 725 102, 604 457 582  
domov se zvláštním režimem,  
poradenská linka, domov se  
zvláštním režimem, vyšetření  
paměti, čaj o páté

**Ústí nad Labem** \* ...

Domov pro seniory Dobčice,  
p.o.

Šránkova 3305/38A,  
400 11 Ústí nad Labem  
R. Jirkovská

472 772 902, 737 251 812  
domov se zvláštním režimem,  
vyšetření paměti

\* certifikát Vážka  
... Dny paměti

Zdroj: leták ČAS

## Demence

### Co je demence?

Demence v průběhu času způsobuje zhoršení různých funkcí mozku, mezi které patří paměť, myšlení, jazyk, plánování a také osobnost. Člověk s demencí postupně potřebuje pomoc jiného člověka ve všech svých činnostech, nezávadka končívá upoután na lůžko.

### Je demence to samé, co Alzheimerova nemoc?

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence (pokud má člověk Alzheimerovu nemoc v počátečním stádiu, ještě netrpí demencí). Mezi jiné typy demence patří například vaskulární demence, Pickova choroba, atd. „Stařecká demence“ je zastaralý a nesprávný pojem.

### Je demence rozšířený problém?

Demenci v ČR podle nové metodiky výpočtu velmi pravděpodobně trpí přibližně 158 000 lidí. Na základě modelů předpokládáme, že za dvacet let bude u nás počet lidí s demencí dvojnásobný.

### Týká se demence jenom starých lidí?

Demence se nevyskytuje výhradně u starších osob. Alzheimerova choroba se poměrně často může rozvinout i u lidí mladších. Je pravděpodobné, že v ČR žije s demencí přibližně 5 000 lidí mladších 60 let.

### Je možné demenci vyléčit?

Demenci prozatím není možné vyléčit, ale Alzheimerovu chorobu – její nejčastější příčinu, je možné léčit pomocí tzv. kognitiv a výrazně tak zlepšit kvalitu života nemocných.

### Co demenci způsobuje?

Vědci si stále nejsou zcela jisti, co je hlavní příčinou vzniku demence. Předpokládá se, že svou roli mají genetické příčiny, životní styl a vliv má také prostředí.



## 21. září / Mezinárodní den Alzheimerovy choroby

Mezinárodní alzheimerovská asociace Alzheimer's Disease International (ADI) si již od roku 1994 připomíná 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerovská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Do roku 2013 jsme na problematiku demence upozorňovali během tzv. Pomerančového dne, od té doby v září slavíme Týden paměti.



## Lidem s demencí můžete pomoci také prostřednictvím DMS!

I nadále si můžete vybírat ze tří hodnot damu: 30, 60 anebo 90 Kč.

V každém případě ale použijete stejné telefonní číslo: 87 777. Na něj pak pošlete SMS ve tvaru:

DMS PROTIDEMENCI 30  
DMS PROTIDEMENCI 60  
DMS PROTIDEMENCI 90

Cena DMS je 30, 60 nebo 90 Kč. Česká alzheimerovská společnost obdrží 29, 59 nebo 89 Kč.

(Více informací najdete na webu [www.darovskasms.cz](http://www.darovskasms.cz).)

Peníze je možné zaslat také bezhotovostně přímo na sbírkový účet ČALS 20250277/0100. Další možnosti podpory jsou popsány na našem webu.



## Priloha 17: Informace o mezinárodním dni Alzheimerovy choroby

### 21. září / Mezinárodní den Alzheimerovy choroby

Mezinárodní alzheimerovská asociace Alzheimer's Disease International (ADI) si již od roku 1994 připomíná 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerovská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Do roku 2013 jsme na problematiku demence upozorňovali během tzv. Pomerančového dne, od té doby v září slavíme Týden paměti.



### Lidem s demencí můžete pomoci také prostřednictvím DMS!

Nově si můžete vybrat tři hodnoty daru: 30, 60 anebo 90 Kč.

V každém případě ale použijete stejné telefonní číslo: 87 777.

Na něj pak pošlete SMS ve tvaru:

DMS PROTIDEMENCI 30  
DMS PROTIDEMENCI 60  
DMS PROTIDEMENCI 90

Cena DMS je 30, 60 nebo 90 Kč.  
Česká alzheimerovská společnost obdrží 29, 59 nebo 89 Kč.

(Více informací najdete na webu [www.darcovskasms.cz](http://www.darcovskasms.cz).)

Pentize je možné zaslat také bezhotovostně přímo na sbírkový účet ČALS 20250277/0100. Další možnosti podpory jsou popsány na našem webu.



Mělník KM \*

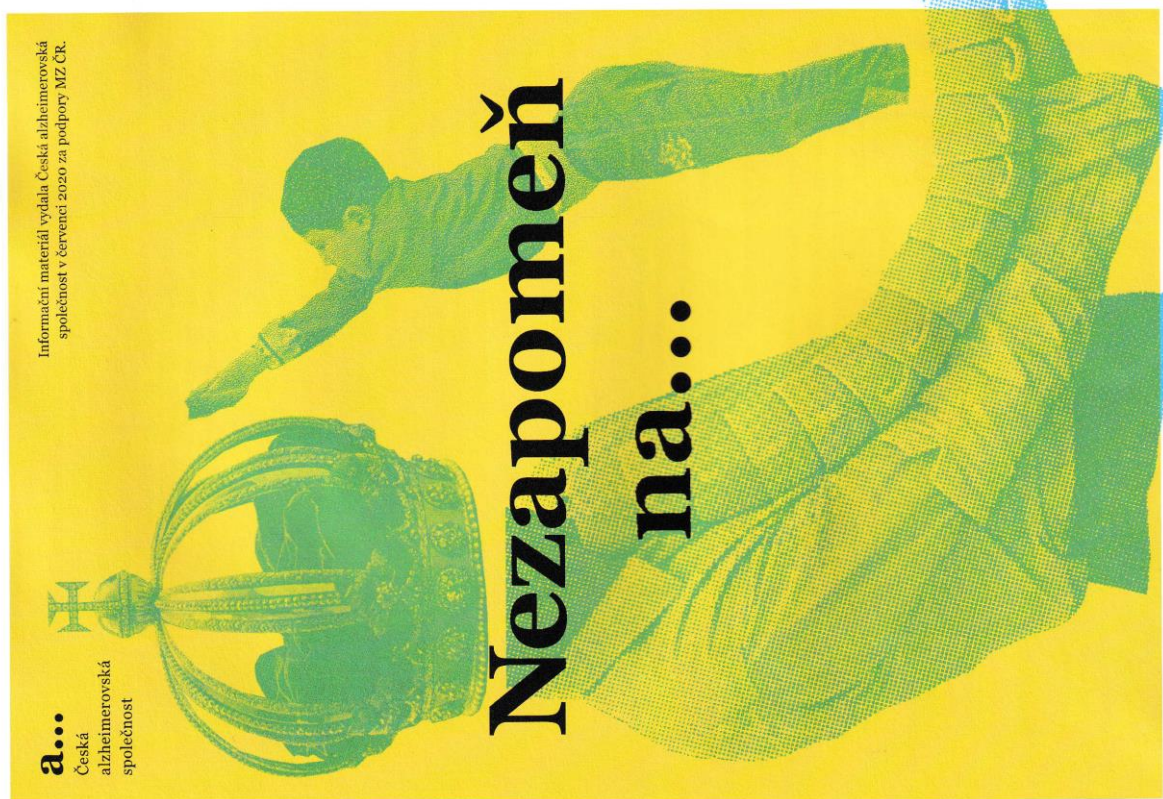
**Centrum seniorů Mělník**  
Figuerova 3523, 276 01 Mělník  
R. Hencová / 734 442 733  
trénování paměti, poradenská linka,  
osobní konzultace, oddělení pro  
klienty s demencí, respitní pobyt

Parubířice KM \* ...

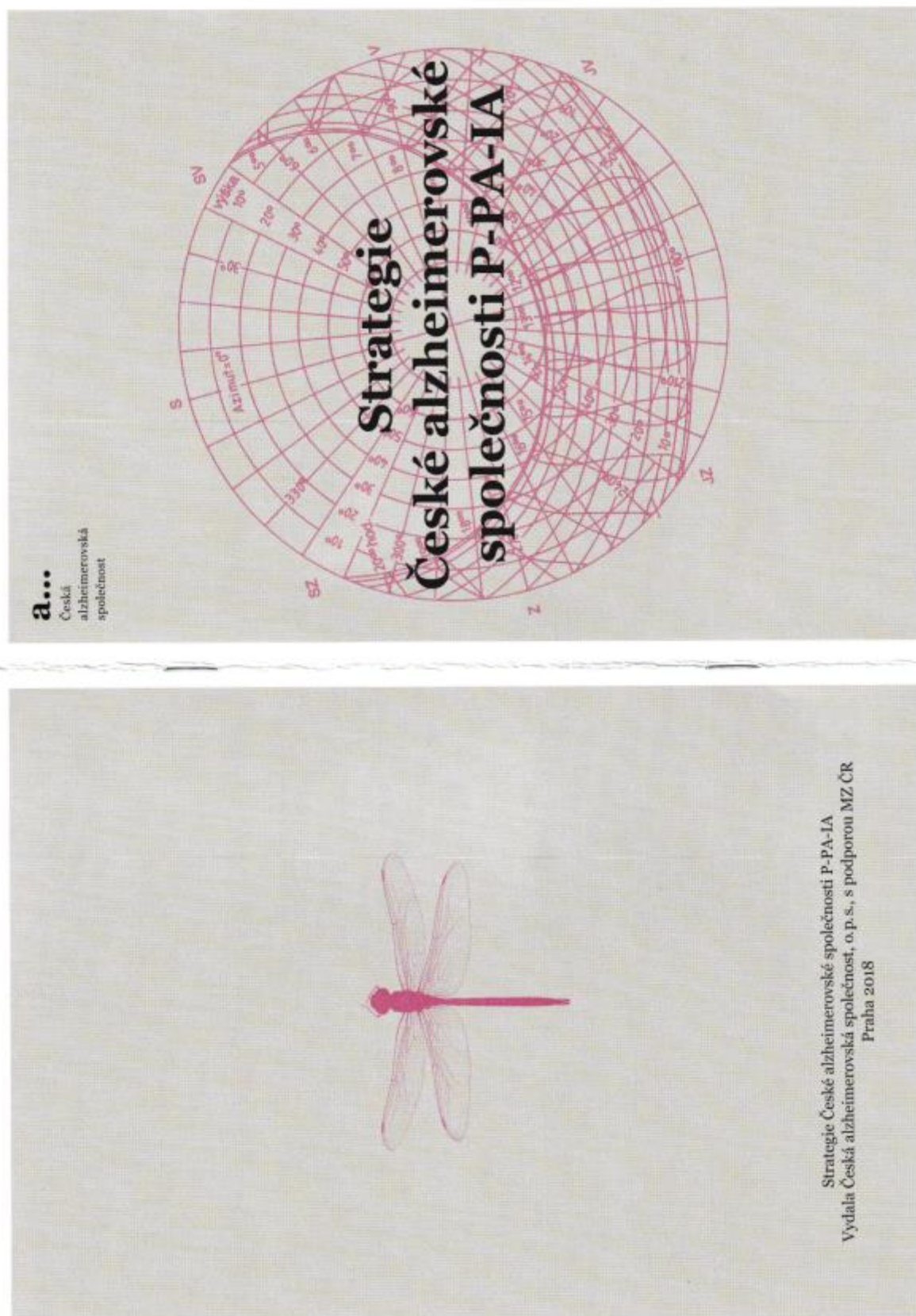
**Domov pro seniory U Kostelíčka**  
Štrossova 357, 530 03 Parubířice  
S. Jirásková / 466 611 703  
domov se zvláštním režimem,  
vyšetření paměti

Písek KM \* ...

Uherský Brod KM \* ...  
**Denní stacionář Domovinka**  
(Oblasní charita)  
Pod Váhy 664, 688 01 Uherský Brod  
P. Houšř, M. Vintrová  
572 631 388, 724 651 272  
(90-14 7 00-15 30)  
[poradenská linka, denní stacionář](http://poradenska-linka.denni-stacionari.cz)



Zdroj: brožury České Alzheimerovské společnosti



Zdroj: ČAS, Brožura

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Zina Filip Dadlíková

**Obor:** Andragogika

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Alzheimerova choroba při péči v rezidenčním zařízení a v domácí péči

**Rok:** 2021

**Počet stran textu bez příloh:** 59

**Celkový počet stran příloh:** 36

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 34

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 2

**Počet internetových zdrojů:** 7

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