

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra oddělení praxe

Bakalářská práce

Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Autor práce: Veronika Šimečková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Kombinované

Ročník: 3

Prohlašuji, že jsem autorem této bakalářské práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

.....2021

Veronika Šimečková

Zde bych ráda poděkovala Mgr. Heleně Machulové, Ph.D., která se ujala vedení mé bakalářské práce. Poděkování jí patří nejen za cenné rady, ochotu a vstřícnost. Její slova podpory a dávka motivace k dokončení práce pro mě byla zásadní. Poděkování patří i mé rodině, která mi byla velkou oporou během celého studia

Obsah

Úvod.....	6
1 Alzheimerova choroba.....	8
1.1 Demence.....	8
1.2 Stárnutí a stáří.....	9
1.3 Kategorizace stáří.....	9
1.4 Změny ve stáří.....	10
1.5 Alzheimerova choroba.....	11
1.5.1 Příznaky Alzheimerovy choroby.....	11
1.5.2 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby a rizikové faktory.....	12
1.5.3 Průběh Alzheimerovy choroby.....	13
1.5.4 Diagnostika a testy.....	14
1.5.5 Léčba Alzheimerovy choroby.....	15
2 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.....	17
2.1 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou.....	18
2.2 Přístup k lidem trpícím Alzheimerovou chorobou a rady pro pečující v domácím prostředí.....	20
2.2.1 Soběstačnost.....	20
2.2.2 Cvičení.....	22
2.2.3 Pocit bezpečí.....	22
3 Pomoc a podpora z hlediska sociální práce nemocným lidem Alzheimerovou chorobou i pečujícím v domácím prostředí.....	23
3.1 Emoční zátěž rodinných příslušníků při péči o nemocného.....	23
3.1.1 Svépomocné (podpůrné) skupiny.....	25
3.1.2 Odborné poradenství.....	26
3.1.3 Osobní asistence.....	26

3.1.4	Respitní péče a denní stacionář	27
3.1.5	Příspěvek na péči	28
4	Nefarmakologický přístup k osobám s Alzheimerovou chorobou	30
4.1	Zachování/ zlepšení paměti a kognitivních funkcí	30
4.1.1	Kognitivní trénink a rehabilitace	30
4.1.2	Reminiscenční terapie	31
4.1.3	Orientace v realitě	32
4.2	Zachování/zlepšení soběstačnosti při běžných denních aktivitách	33
4.3	Zlepšení kvality života osob s Alzheimerovou chorobou	34
4.3.1	Validace	34
4.3.2	Rezoluční terapie	35
4.4	Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou	36
4.4.1	Metody a techniky aktivizačních činností	37
	Závěr	40
	Seznam použitých zdrojů	43
	Přílohy	46
	Abstrakt	47
	Abstract	48

Úvod

Obsahem mé bakalářské práce je sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Tato nemoc je typická převážně pro seniorský věk, a to mě přivádí k tomu, proč jsem si zvolila toto téma. Než jsem nastoupila na rodičovskou dovolenou, pracovala jsem osm let v Domově sociálních služeb Liblín jako instruktor výchovné péče, kde mojí pracovní náplní byla aktivizace seniorů na ženském oddělení. Myslím, že díky mým dosavadním zkušenostem mám velmi dobré povědomí o stáří, stárnutí a změnách spojených s tímto procesem. Nicméně během mé praxe jsem se setkala pouze se seniory, u kterých se demence teprve začínala projevovat lehkými náznaky, a s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, žádnou zkušenost nemám. Víím, co obnáší práce se seniorem, kterého kromě běžných změn, spojených se stárnutím, nic jiného netrápí a je zdravý. Víím, jak náročné je namotivovat takového klienta ke spolupráci a vehnat mu radost do žil. Jak těžké je najít společně něco, čím si může dokázat, že je ještě pro okolí užitečný a tím mu zvednout sebevědomí.

Nedovedu si ale představit, jak náročné to musí být pro pečující, kteří se o toto (a mnohem více) snaží při péči o nemocnou osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Domácí prostředí je, dle mého názoru, nejlepší možnost pro péči o jakéhokoliv nemocného člověka, ač jen málokdo si toto může dovolit. Na bedrech pečujícího však leží v první řadě zajištění základních věcí, kterými je strava, ošacení a osobní hygiena. Dále aktivizace nemocného, snaha o jeho soběstačnost, začlenění do kolektivu a zajištění důstojného stáří a spousta dalších aspektů, které jsou nezbytné pro zajištění kvalitního života osoby s touto chorobou. Na jedné straně se pod výčtem výše zmíněného nachází spokojený (doufejme) senior, který trpí Alzheimerovou chorobou. Na straně druhé je pod tím vším podepsaný vyčerpaný a frustrovaný pečující, který na uspokojení svých potřeb většinou nemá kapacitu. Na řadu proto přichází pomoc a podpora ze strany sociální práce, kdy klientem se stává nemocný i pečující.

Cílem mé práce je popsat sociální práci v kontextu péče o lidi s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí a poukázat na specifika, která s sebou práce s touto cílovou skupinou přináší.

V první kapitole popisují Alzheimerovu chorobu tak, jak je to podchyceno v odborné literatuře. Vymežují pojmy jako jsou stáří a stárnutí a s nimi spojené změny, přes ubývání kognitivních schopností se dostávám k charakteristice samotné Alzheimerovy choroby.

Popisují, jaké jsou první příznaky, zda existují prokazatelné příčiny nemoci, jak nemoc probíhá. V této kapitole také popisují, jaké diagnostické metody a testy se používají pro zjištění Alzheimerovy choroby. Kapitulu končím popisem toho, jaké možnosti farmakologické léčby existují.

Druhá kapitola je zaměřena na samotnou péči o seniory s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Popisují, jak správně komunikovat s nemocným, jaký volit celkový přístup a uvádím rady pro pečujícího v domácím prostředí.

V úvodu třetí kapitoly se věnuji emoční zátěži rodinných příslušníků při péči o nemocnou osobu s Alzheimerovou chorobou. Plynule tak přecházím k možnostem pomoci a podpory ze strany sociální práce, kdy se klientem stává jak nemocný, tak i pečující osoba.

V poslední kapitole píšou o možnostech nefarmakologické léčby a o aktivizaci osob nemocných Alzheimerovou chorobou.

1 Alzheimerova choroba

V této kapitole se budu věnovat celkovému popisu Alzheimerovy choroby. V úvodu kapitoly vymezím pojem demence a blíže charakterizuji touto nemocí ohroženou skupinu. Uvedu, jaké jsou první příznaky, jaké projevy a průběh nemoc má, jaké jsou rizikové faktory pro vznik choroby. Budu se věnovat diagnostice Alzheimerovy choroby, popíšu tři nejběžnější testy. V závěru kapitoly uvedu možnosti léčby.

1.1 Demence

Demence je soubor příznaků vyvolaných organickými změnami centrální nervové soustavy. Jedná se zejména o postupující poruchu paměti, poruchy myšlení, poruchy řeči a motoriky. Dále jde o poruchy chování, jako například agresivita, skleslost, obscénní chování apod. Jedná se také o ztrátu orientace v prostředí a oslabení schopnosti vykonávat dříve běžné denní aktivity.

Kritérium demence je změna, tzn. fakt, že klient se před propuknutím nemoci vyvíjel zcela normálně. Míra demence by měla být kvalifikovaně určena a péče by měla specificky reagovat jen na ten deficit, kterým klient trpí.¹

Onemocnění nelze vyléčit, ale jeho průběh je možné ovlivnit nasazením léků, kognitiv. Tyto prostředky dokážou některé příznaky zmírnit, většinou ale nedokáží zvrátit celý vývoj choroby. Důležitá část v boji s demencí je včasná, správná diagnóza a nepodcenit žádný příznak, ač se na první pohled může zdát příznakem banálním.

Můžeme rozlišovat šest typů demence, z nichž nejčastějším typem je Alzheimerova choroba (60 %), dále mluvíme o vaskulární demenci (17 %), smíšené demenci (10 %), Parkinsonově chorobě (5 %) a malá procenta zaujímají ostatní vzácnější příčiny a jiná degenerativní onemocnění mozku.²

Demence začíná zpravidla pozvolna, kdy se nejprve začne zhoršovat krátkodobá paměť, později se začne měnit celá osobnost a v posledních fázích nemoci již není schopný se sám o sebe postarat. Rychlost postupu nemoci je velice individuální a nepředvídatelná.³

Onemocnění je typické pro seniorský věk, toho člověk dosáhne v 65 letech. V současné společnosti dostane takový člověk nálepku důchodce, o kterémž se předpokládá, že je neaktivní, neproduktivní a musí mít nutně nějaká zdravotní

¹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9., str. 41

² MÁTL O. a kol. zpráva o stavu demence 2016, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., Praha 2016, str. 8

³ Tamtéž, str. 7

omezení. Pro většinu lidí může senior představovat určitou zátěž pro společnost, z důvodu odčerpávání značné části společenských zdrojů na financování důchodů a pokrytí nákladů zdravotní a sociální péče. Tento pohled si nechce vůbec připustit to, že existuje i velký počet seniorů, kteří společnosti stále prospívají svojí prací nebo svůj čas naplňují jinými smysluplnými činnostmi.⁴

1.2 Stárnutí a stáří

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.⁵

Výsledkem stárnutí je stáří, které například Matoušek definuje jako věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80 let je zdravá a soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Individuální kompetence jsou vždy významnější než fyzický věk.⁶

1.3 Kategorizace stáří

Každý autor dělí stáří jinak, v mé bakalářské práci se přikloním k vymezení podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která vymezuje stáří chronologicky.

- 60-74 let – vyšší věk nebo také ranné stáří
- 75-89 let – stařecký věk
- 90 let a výše – dlouhověkost⁷

⁴ MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0, str. 163

⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. 2., Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0., str. 202

⁶ MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9., str. 214

⁷ MOJŽÍŠOVÁ, A., *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-761-3., str. 9

1.4 Změny ve stáří

Přestože každý člověk je originál a každý svůj život prožívá jinak, tak ve stáří se odehrává v organismu řada změn, na kterých lze se shodnout. Tyto změny můžeme rozdělit do tří oblastí, nicméně jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se.

Jedná se o *tělesné, sociální a psychické změny*.

Hovoříme-li o *změnách tělesných*, patří sem změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, změny v trávicím systému, změny vylučování moči a mimo jiné i změny sexuální aktivity.

Sociálními změnami se rozumí odchod do důchodu, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí, osamělost a finanční obtíže.

Mezi *změny psychické* lze zařadit zhoršení paměti, obtížnější osvojování nových věcí, nedůvěřivost, snížení sebedůvěry, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku.⁸

Staří lidé bývají plačtiví, úzkostní, lítostiví, na druhé straně i zlostně výbušní. Negativní povahové vlastnosti se obecně ve stáří zvyrazňují. K psychické nepohodě ve stáří výrazně přispívají i poruchy čivosti. Vnímání je ztíženo a sníženo v důsledku vzniku vad na sluchovém, zrakovém, čichovém i chuťovém aparátu.

Některé psychické funkce se s věkem nejen nemění, ale dokonce se zlepšují. Vzestupnou tendenci má obecně u starých lidí vytrvalost, trpělivost a rozvaha. Objevuje se větší stálost v názorech a vztazích. Ve vlastním jednání bývají staří lidé opatrnější a obezřetnější.⁹

Během života je normální a přirozené, že některé důležité funkce mozku začínají pomalu slábnout. Můžeme zapomenout jméno někoho známého nebo si ihned nedokážeme vybavit některá slova. Věci a činnosti, které jsme dříve měli hotové hned, nám trvají déle a stávají se pro nás složitějšími. K těmto situacím může docházet důsledkem nedostatku spánku, vlivem stresu, ovlivnit nás může i fyzické onemocnění. Nicméně po vyřešení těchto problémů se umíme opět vrátit zpět k normálnímu stavu.

⁸ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5., str. 12

⁹ PACOVSKÝ, V. *Gerontologické minimum*. Praha: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1988. Knihnice Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze., str. 12

Začneme-li ale tyto stavy pociťovat častěji, pozorujeme stále se zhoršující základní funkce mozku, je na místě zpozornět. Může se jednat pouze o znaky stárnutí, avšak mohou to být i první projevy a příznaky onemocnění.¹⁰

„Pro člověka, který si nemůže vzpomenout na minulost či odhadovat budoucnost, se svět kolem něj může stát cizím a nepřátelským.“¹¹

1.5 Alzheimerova choroba

Tato příčina demence je ze všech nejčastější. Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.¹²

Demence se rozvíjí nenápadně, pomalu a postupně. Průběh této nemoci závisí na podmínkách a zdravotním stavu člověka a její vývoj proto může trvat 8 až 20 let. Jsou známy podobné projevy a rysy nemoci, avšak každý je pociťuje individuálně. Nemoc postupuje svým tempem a zhoršení nemá u všech jedinců stejné příznaky.

1.5.1 Příznaky Alzheimerovy choroby

První příznaky a projevy nemoci většinou nemocní i jejich příbuzní přehlížejí, protože nástup nemoci je velmi pozvolný, nenápadný, a proto si příbuzní dávají dohromady jisté souvislosti a příznaky až s odstupem času.¹³

Mezi příznaky, kterým většinou nemocní nepřikládají žádnou váhu, můžeme uvést problematické zvládání běžných situací, např. nemocný zapomene na sjednanou schůzku, zapomene, kam právě jde, co chtěl udělat (zapne vodu v hrnci na sporáku s tím, že bude vařit brambory, ale odejde a zapomene na to). Nemocný člověk se těžko učí novým věcem, např. přestěhuje se, ale vrací se pořád na minulou adresu bydliště.

Nemocný se začne bát, provází ho strach z opuštění známého prostředí, může se stát závislým na ostatních členech rodiny, protože vůči ostatním lidem je najednou podezřívavý.

¹⁰ CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, str. 25-26

¹¹ Tamtéž., str. 27

¹² JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6. str. 29

¹³ CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, str. 28-29

Velmi často je nemocný apatický, nemá zájem o žádné aktivity, kontakt s přáteli. Chybí potřeba komunikace, člověk je více unavený a má sklon jen sedět a dívat se do prázdna či sledovat televizi.¹⁴

S postupem nemoci se i stavy a příznaky nemocného zhoršují a prohlubují. Nemocný trpí stavy naprosté zmatenosti a dezorientace, což může mít za následek silné podráždění až agresivní chování vůči okolí i svým nejbližším. Trpí halucinacemi, kdy často vidí čerty nebo nebezpečná zvířata, se kterými se snaží buď bojovat nebo před nimi utíkat, bohužel i třeba oknem, které je ve čtvrtém patře domu. Častým příznakem a projevem nemoci je i paranoia, která pramení ze zapomínání. Nemocný si například může myslet a být přesvědčen o tom, že mu někdo ukradl peněženku, ačkoliv si ji sám uložil na místo, kde by ji nikdo nehledal, například do lednice nebo úložného prostoru pod postelí.¹⁵

Všechny tyto změny a příznaky vyplouvají na povrch velmi pomalu a postupem času se stávají více a více zřetelnými. Nicméně ani jedna z uvedených změn v chování nemůže být označována jako charakteristická pro Alzheimerovu chorobu. Projevuje-li se však u člověka více z uvedených změn chování, je na čase uvažovat o tom, zda se nemůže jednat o něco závažnějšího než obyčejné stárnutí mozku.¹⁶

1.5.2 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby a rizikové faktory

Mezi hlavní rizikové faktory můžeme jednoznačně zařadit věk. Vznik této choroby je v jisté míře i geneticky ovlivněný a výzkumy ukazují, že nemoc se vyskytuje i u lidí, kteří nevyvíjejí velkou duševní aktivitu a mají nižší vzdělání.

K dalším rizikovým faktorům patří i životní styl jedince. Například kouření a konzumace tučných jídel, obezita a s ní spojené riziko infarktů a mrtvic může vést ke vzniku Alzheimerovy choroby. Stres (který má vliv na správnou funkci mozku) a deprese řadíme také mezi rizikové faktory pro vznik nemoci.

I přes mnoho výzkumů stále není jasné, jaké mohou být přesné příčiny tohoto duševního onemocnění.¹⁷

¹⁴ CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, str.27

¹⁵ NOVÁK, T., BEASTEES. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4., str. 58-59

¹⁶ CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, str. 27

¹⁷ BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Vyd. 2. Přeložil Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-500-4., str. 12-14

1.5.3 Průběh Alzheimerovy choroby

V průběhu choroby lze vysledovat řadu fází, nicméně tyto tři (*lehká, střední, těžká*) jsou nejdůležitější.

- *Lehká fáze onemocnění* se vyznačuje poruchami paměti, kdy si nemocný již uvědomuje úbytek a zhoršení paměti. V této fázi už lze i objektivně - testovacími metodami - nemoc prokázat.

Začíná se zhoršovat schopnost zapamatování si nových věcí, projevuje se zhoršená schopnost orientace, zvláště v místech, které nejsou nemocným často navštěvována. Mohou se dostavit poruchy nálad, jako je například deprese, která souvisí právě s uvědoměním si svého stavu a zhoršení paměti.¹⁸

- *Střední fáze onemocnění*. V této fázi dochází ke zhoršování paměti ve všech složkách. Velmi častá je dezorientace v čase a prostoru. Nemocný začíná mít problémy s oblékáním, má potíže vybavit si, k čemu slouží předměty běžné denní potřeby. V této době je vhodné přestat s řízením dopravních prostředků, protože nemocný není schopen reagovat na všechny vizuální a sluchové informace správně. V této fázi nemocný většinou poprvé navštíví lékaře, protože si příbuzní začínají všimnout změn chování.¹⁹

- *Těžká fáze onemocnění* se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocný není schopen zapamatovat si nově získané informace, ztrácí schopnost správně reagovat, nepoznává lidi (včetně nejbližších příbuzných či pečovatelů), ztrácí schopnost úsudku a logického myšlení.²⁰

Reakce nemocného na každou fázi je velice individuální.

¹⁸ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6., str. 32

¹⁹ CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada 2008, str. 32

²⁰ Tamtéž., str. 32

1.5.4 Diagnostika a testy

Pro diagnostiku kognitivní poruchy, která může být zpočátku velice diskrétní až po výraznou demenci, používáme různé testy. Velmi dobře standardizovaný, mezinárodně srovnatelný a přitom relativně snadný je Folsteinův test **MMSE – Mini Mental State Examination**.²¹

Jedná se o základní test, který je používán k posouzení stavu kognitivních funkcí. Výsledky tohoto testu jsou velmi dobře srovnatelné, test se používá se prakticky po celém světě.²²

Test je důležitý i při následném dalším posouzení demence, zda se nemoc zpomaluje nebo zhoršuje. Jeho výsledky jsou podkladem pro určení vhodné medikace.

Test je rozdělen na několik částí, zaměřených na orientaci, paměť, pozornost a počítání, krátkodobou paměť a výbavnost, řeč, komunikaci a konstrukční schopnosti. Během tohoto testu lékař klientovi klade otázky nebo dává příkazy, klient má na splnění každého úkolu jednu minutu.

Pro zjištění orientace pokládáme otázky typu: „Jaký je rok?“, „Jaké je roční období?“, „Jaký je den v týdnu?“, „Jaké je dnes datum?“, „Ve kterém jsme městě?“ apod. Paměť testujeme například tím, že označíme tři předměty (nejlépe v blízkosti klienta) a vyzveme klienta, aby opakoval, co jsme řekli. Pro zjištění pozornosti a počítání vyzveme klienta, aby odečítal číslo 7 od 100, a to pětkrát po sobě. Pro výbavnost chceme, aby klient zopakoval tři předměty, na které jsme se již ptali. Test pro řeč, komunikaci a konstrukční schopnosti obsahuje pojmenování dvou předmětů, na které ukážeme, opakování slov, které klientovi řekneme a třístupňový příkaz - „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte jej na podlahu.“ Vyzveme klienta, aby nakreslil obrazec podle předlohy.

MMSE, který se využívá pro posouzení kognitivních funkcí v Domově důchodců v Albrechticích nad Orlicí, přikládám jako přílohu.

Test musí být krátký, klient se během testování může velmi rychle unavit. Testování klienta by mělo probíhat v klidu, v příjemné atmosféře, aby nemohlo dojít ke zkreslení výsledků, čímž by mohla být špatně určena diagnóza.

Za správně splněný úkol získá klient jeden bod. Maximálně lze dosáhnout 30 bodů, přičemž 30 až 27 bodů značí normu a klient je tedy zdrav.

²¹ *Testovník: soubor testů pro gerontologii*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8., str. 5

²² Tamtéž, str. 8

26 až 25 bodů značí hranici a doporučuje se klienta s takovým skóre sledovat. Při dosažení 24 až 18 bodů se jedná o lehkou formu demence. 17 až 6 bodů značí střední stádium demence a při dosažení pouze bodů 6 se jedná o stádium těžké.

Alzheimerova choroba a jiné demence se projevují poruchou prostorového rozlišování. Velmi dobrým a jednoduchým testem je tzv. **Test nakreslení hodin**. Lékař požádá klienta o nakreslení hodin, kde má vyznačit postavení ručiček v určitý čas, např. třičtvrtě na tři. Test je důležitý pro srovnání výkonu klienta v časových odstupech a poskytuje i informace o momentálním stavu prostorového rozlišování, se kterým velmi úzce souvisí stav ostatních kognitivních funkcí.²³

Pro včasné určení diagnózy demence nám může pomoci i tzv. **Rychlý screening demence**, což je dotazník určený pro rodinu a přátele testovaného.

Pokud začínají poruchy paměti člověku vadit a způsobují mu nesnáze a obtíže v každodenním životě, mohou být ještě pro pacientovo okolí zdánlivě nenápadné. Poruchám paměti je ale třeba věnovat zvýšenou pozornost. Tento test může sloužit i jako osnova a návod ke strukturovanému rozhovoru s rodinným příslušníkem, ale i s klientem samotným, pokud má na svůj stav dostatečný náhled a svoji situaci nebagatelizuje. Test je jednoduchý a je dobré ho provádět v klidném prostředí.²⁴

1.5.5 Léčba Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je bohužel onemocnění nevyléčitelné. Lékařská věda zatím nezná ani přesnou příčinu nemoci, dokonce úplně přesnou diagnózu lze určit až po smrti člověka s touto nemocí.²⁵ Nicméně vhodná léčba, která pomůže zmírnit projevy a zkvalitní život nemocných, existuje. V současné době jsou na trhu dostupné léky, tzv. kognitiva, která při včasné nasazení dokážou nemoc v jisté fázi zpomalit či přechodně zastavit její postup a tím oddálit nejtěžší stádia.

„Kognitiva zlepšují přenos informací mezi nervovými buňkami zvýšením hladiny acetylcholinu (jeden z přenašečů impulzů v mozku) – léčba mírného až středně těžkého stupně onemocnění, nebo blokují škodlivý účinek chorobně zvýšené hladiny glutamátu

²³ Testovník: soubor testů pro gerontologii. 2. dopl. vyd. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8., str. 7

²⁴ Tamtéž., str. 10

²⁵ CALLONE P. R. a kol. Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe, Praha: Grada 2008, str. 91

(další přenašeč impulzů) – léčba středního až těžkého stupně onemocnění. Jde o tzv. symptomatickou léčbu (neléčí příčinu nemoci, ale její důsledky).

Většina pacientů tyto léky snáší dobře, u někoho se mohou objevit přechodné trávicí potíže. Kognitiva nejsou vhodná pro všechny nemocné s Alzheimerovou chorobou. O jejich nasazení musí vždy rozhodnout lékař specialista (psychiatr, neurolog, geriatr), který podá i další potřebné informace.“²⁶

Dalšími nekognitivními léky, které jsou předepisovány při léčbě Alzheimerovy choroby, jsou antipsychotika. Ta mají pomoci nemocným při léčbě neklidu, poruch chování a přidružených psychotických příznaků. V malých dávkách jsou předepisována také k léčbě úzkosti. Dále se jedná o antidepresiva, která jsou nápomocna při potlačení depresí a úzkostných stavů.²⁷

Léčba a terapie demence zahrnuje přístupy nejen farmakologické, ale i psychoterapeutické, jako jsou různé nácvikové techniky, práce s příbuznými, reminiscenční terapie, validace, taneční terapie, canisterapie apod. Psychoterapeutickým přístupům bych se chtěla věnovat v poslední kapitole.

²⁶ FRANKOVÁ, V. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2., Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8., str. 19-20

²⁷ HORT, J., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7., str. 26-27

2 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí

V následující kapitole se budu věnovat péči, komunikaci a celkovému přístupu k lidem s Alzheimerovou chorobou. Zaměřím se na správnou komunikaci s nemocnými, uvedu praktické rady pro péči o nemocné, kdy je kladen důraz na zachování co největší míry soběstačnosti.

Veřejnost i odborníci jsou zajedno v tom, že je důležitá podpora života v přirozeném prostředí ve všech životních etapách. Domácí péče nabízí možnost žít ve známém prostředí s blízkými lidmi a minimalizuje ztrátu užších i širších sociálních vazeb a oblíbených aktivit. Oproti pobytu nemocného ve specializovaném zařízení domácí péče zachovává kvalitu života nemocného a prodlužuje i aktivitu a jeho soběstačnost.²⁸

Podpora ze strany rodiny je pro člověka, trpícího Alzheimerovou chorobou, velice podstatná. Nemocný cítí, že pořád někam patří, může se na někoho spolehnout a v neposlední řadě mu rodina dodává pocit, že je stále potřebný. Lidé, kteří tráví konec svého života v rodinném prostředí, mezi svými blízkými, jsou déle samostatnější oproti pobytu ve specializovaných zařízeních. Pečující osoba by tak měla disponovat dostatkem znalostí a informací o nemoci.

Hlavním cílem v péči o člověka s tímto onemocněním by měla být jeho spokojenost. Pečující se stará o jeho pocit bezpečí, snaží se ho sociálně začlenit. Dbá na pohodlí nemocného, zajišťuje přiměřený příjem jídla a pití, dostatečnou teplotu a světlo.²⁹ Nikdy by však nemělo jít o „zotročující péči“, ať už je pečujícím někdo z blízké rodiny nebo se jedná o nemocného v pokročilejším stádiu nemoci. Vždy by péče měla být chápána spíše jako doprovázení nemocného člověka jeho životem s omezením. Při péči o nemocného Alzheimerovou chorobou je důležité se zaměřit na zachování lidské důstojnosti s podporou vědomí identity, autonomie, s projevy respektu a se zachováním (byť omezené) možnosti volby - jde o zachování participace, komunikace, bránění osamělosti a vyloučení, svébytnosti a smysluplnosti života i projevů nemocného.

²⁸ <https://socialniprace.cz/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>

²⁹ FRANKOVÁ, V., *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2., Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8., str. 39

Při zachování těchto zásad a určitého pravidelného řádu lze navodit u nemocného pocit jistoty a bezpečí.³⁰

Aktivity by měly být směřovány ke kompenzaci ztrát mozkových funkcí a maximálnímu využití zachovaných schopností. Cílem je co nejdéle uchování funkčních dovedností. Důležitá je také pravidelná kontrola smyslových funkcí - pečující se stará i o korekci zjištěných vad (brýle, naslouchadlo). Je nutné dbát i na celkový tělesný stav nemocného a věnovat pozornost léčbě přidružených onemocnění, která by případně mohla negativně ovlivnit mozkové funkce. S tím souvisí i zajištění podání léku ve správné dávce.

2.1 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Jak nemoc postupuje, klesá u nemocného schopnost se dorozumět a správně komunikovat se svým okolím. Pokud dojde ke ztrátě řeči u nemocného, může to mít dva důvody: prvním je ten, že nemocný již není schopen najít správná slova pro takové vyjádření se, abychom mu porozuměli. Druhým důvodem bývá nepochopení obsahu našeho sdělení. Přesto existují možnosti, jak s nemocným v takových chvílích komunikovat.

V první řadě je nutné se ujistit, zda smyslové funkce - zrak a sluch - jsou opravdu v pořádku a nemocný tak nepotřebuje využít kompenzačních pomůcek, jako jsou brýle či naslouchadlo (což bývá také častým důvodem nedorozumění).

Důležité je klidné, známé prostředí nemocného, pravidelný denní režim a důvěrně známá osoba, která o nemocného pečuje. To vše má pro nemocného uklidňující účinek. Příliš mnoho lidí, diskuse v médiích nebo hektický způsob péče může nemocného znejistit a zneklidnit. Během dne, kdy se opakovaně zahajuje kontakt s nemocným, je nutné dbát na oslovení jménem a na to, aby oční kontakt byl ve stejné úrovni očí s nemocným. Je vhodné mluvit zřetelně a pomalu, ale nezvyšovat hlas, volit krátké věty a jednoznačná slova.³¹ Otázky by měly být pokládány tak, aby na ně šlo jednoznačně odpovědět „ano/ne“. Informace by měl pečující podávat jen v malých dávkách, aby měl

³⁰ PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., *Rady pro pečující o člověka s demencí*. [Praha]: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0., str. 73-74

³¹https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

nemocný dost času na pochopení a vstřebání.³² Je vhodné se opakovaně během rozhovoru ujistovat, zda nemocný rozumí tomu, co mu říkáme. Vhodné je použití doteků a objetí jako projevu náklonnosti, je-li to příjemné jak nemocnému, tak pečujícímu. Nemocný často nemůže najít vhodné slovo pro pojmenování věcí, takže komunikuje více neverbálně - používá ke komunikaci oči, ruce, nohy. Nemocný může nepředvídaně strnout, rozplakat se nebo se přimknout k pečujícímu; je důležité si těchto projevů všimnout a snažit se pochopit, co znamenají a v jakých situacích jsou použity. Důležité je zaměřit se i na projev pečujícího vůči nemocnému. Nemocný si všímá právě i neverbálních projevů, orientuje se podle intenzity a způsobu doteků a tempa pohybů.³³ Pečující by se měl přizpůsobit tempu nemocného, omezit prudké pohyby, při komunikaci pořád zůstat v jeho zorném poli; důležitý je i neustálý oční kontakt.³⁴ Vzhledem k postupně upadajícím kognitivním schopnostem je žádoucí, když pečující projeví náklonnost nemocnému například doteky, objetím či pohlazením a působí tak i na jiné stránky osobnosti. Vždy ale tento projev musí být příjemný oběma stranám.³⁵

Jak jsem již zmínila při popisu příznaků typických pro Alzheimerovu chorobu, nemocný se obtížně učí novým věcem a není schopen si zapamatovat nové informace, proto je vhodné se zaměřit při komunikaci na vzpomínky a spoléhat spíše na dlouhodobou paměť. Pro pečujícího je velmi náročné odpovídat každý den na stejné otázky, poslouchat každý den stejné příběhy a řešit stejné problémy. Proto má pečující rodinný příslušník jistou výhodu v podobě znalosti životního příběhu nemocného, může tak pro komunikaci využít témata společných vzpomínek a zážitků.³⁶

Důležitou roli hraje komunikace i při podpoře v každodenních úkonech. Je vhodné volit stále stejná slova a jejich posloupnost pro činnosti, které se každý den opakují, jako je například oblékání. Tato činnost by měla být rozdělena na jednotlivé úkony, kdy je pečující nemocnému slovně doprovází a nemocný má dostatek času a prostoru je postupně všechny provést. Pokud je to možné, tak obtížné úkony, mezi které jednoznačně

³² KALÁBOVÁ, M., *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE, 2017. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-19-8., str. 39

³³https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

³⁴ HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3., str. 72

³⁵https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

³⁶ KALÁBOVÁ, M., *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE, 2017. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-19-8., str. 38-40

můžeme zařadit návštěvu lékaře, návštěvu přátel nebo koupel, je vhodné provádět v nevhodnější denní dobu z pohledu nemocného.

Mezi příznaky Alzheimerovy nemoci jsem uvedla, že lidé jsou často bez zájmu o okolí, přátele a komunikaci, a právě proto je vhodné tyto osoby v komunikaci a udržování kontaktů přátel podporovat. Nemocní jsou plni různých dojmů, o které se mohou chtít podělit a stále chtějí někam patřit a být součástí dění. V tomto případě je dobré, když pečující poučí návštěvu, jak se má vůči nemocnému chovat. Vhodné téma pro rozhovor s přáteli jsou vzpomínky na minulost.³⁷

2.2 Přístup k lidem trpícím Alzheimerovou chorobou a rady pro pečující v domácím prostředí

Nemocní se dříve či později dostanou do situací, se kterými si sami nevědí rady – zapomenou, kam šli, kde jsou, proč tam jsou, co chtěli udělat apod. Většinou si ani neuvědomují potřebu pomoci a odmítají ji. Přístup k lidem trpícím touto chorobou musí být velice individuální, a proto nyní popíšu několik bodů, kterým je třeba při péči o člověka s touto chorobou věnovat pozornost.

2.2.1 Soběstačnost

Když se nemoc začne projevovat v začátcích, zvládne nemocný plnit i běžné úkony každodenního života. Pečující osoba musí stále myslet na to, že nemocný může mít problém s vnímáním, proto musí jít o činnosti jednoznačné a jednoduché, např. umýt nádobí, vyluxovat apod, jinak by mohlo dojít ke znejistění nemocného.

Velkým přínosem pro člověka s Alzheimerovou chorobou je, když ho pečující nechá dělat většinu věcí samostatně. Může se tím oddálit nutnost potřeby za něj vše vykonávat. Pro nemocného jsou pozitiva v tom, že se bude cítit stále užitečným a nabyde sebevědomí. Pro pečujícího je tento přístup velice náročný, bude při něm potřeba spousta trpělivosti a notná dávka sebezapření, jelikož nemocný nepodá vždy stoprocentní výkon. Uvedu několik příkladů podpory soběstačnosti člověka s Alzheimerovou chorobou.

³⁷https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

Oblékání

Pro nemocného může být obtížné přizpůsobit oblečení venkovním podmínkám nebo příležitosti. Pro zjednodušení této činnosti je vhodné přichystat oblečení na hromádku za sebou tak, jak je nemocný zvyklý se oblékat; je dobré omezit knoflíky a zipy kvůli složitému zapínání. Oblečení by mělo být volné a pohodlné, aby se nemocný cítil komfortně.

Stravování

U některých nemocných se může objevit velká chuť k jídlu, pečující proto musí volit takovou stravu, aby byla vyvážená a nebylo v ní nadbytek tuků a cukrů. V pozdější fázi nemoci se může apetit dost snížit a je nutné nemocného k jídlu povzbuzovat a při jídle mu pomoci.³⁸ Pokud nemocný není schopen se najíst příborem, je dobré ho nechat jíst lžící. Když se dostane do fáze, že nedokáže manipulovat ani s lžící, je vhodné nechat ho jíst rukama a jídlo na talíři tomu přizpůsobit. Nádobí je lepší volit nerozbitné.³⁹

Hygiena

Ústní hygiena, holení nebo osobní hygiena může být pro nemocného nepříjemná nejen z důvodu ztráty soukromí a narušení osobního prostoru. Nemocný si nemusí vybavovat pořadí potřebných kroků při osobní hygieně; pečující by tak měl pouze dohlížet na činnost, dávat pokyny a rady a nemocnému být tak nápomocný. Místo koupele je vhodné použít sprchu, pokud je to nemocnému ovšem příjemné.⁴⁰

Vyměšování a inkontinence

Inkontinencí se rozumí neschopnost udržet moč, přičemž u lidí nemocných Alzheimerovou chorobou se často nejedná o skutečnou inkontinenci - v tomto případě únik moči může být následek toho, že nemocný nedokáže na toaletu dojít včas, protože ji nemůže najít, není schopen se samostatně svléknout, toaleta není dostatečně osvětlená apod. Na místě je tedy snaha naučit nemocného, aby toaletu navštěvoval v pravidelných intervalech, oděv nemocného by měl jít snadno sundat, toaleta by měla být dostupná

³⁸ *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: 2008. ISBN 80-85800-96-9., str.29

³⁹ PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0., str. 77

⁴⁰ *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, 2008. ISBN 80-85800-96-9., str. 26

a dobře identifikovatelná, Pokud problémy s inkontinencí přetrvávají a zhoršují se, je vhodné použití inkontinenčních plen.⁴¹

Soběstačnost je dobré rozhodně podporovat, nicméně pečující nesmí mít přehnaná očekávání a na nemocného zbytečně vysoké nároky. Mohlo by tak dojít k nežádoucímu zvýšení napětí, a to pak může mít za následek vyvolání reakce nevhodného chování, jako je vztek, agresivita nebo apatie.

2.2.2 Cvičení

Při péči o nemocného je vhodné během dne zařadit i jednoduché tělesné cviky, které jsou přínosem pro duševní i fyzické zdraví. Cviky by rozhodně měly být konzultovány s ošetřujícím lékařem, aby se zabránilo případným zraněním. Nejpřirozenějším pohybem pro člověka je chůze. Je proto doporučován pohyb venku, procházka na čerstvém vzduchu. Mimo jiné člověk na procházce přijde do kontaktu s jinými lidmi, získá různé zážitky, vidí něco, co je mu příjemné. Pohyb venku v tomto případě působí i jako prevence převrácení dne.

Po protažení těla a procvičení stavu fyzického je důležité se věnovat cvičení a tréninku paměti. K tomu dobře poslouží různé aktivizační činnosti a programy. Důležitý je výběr vhodných aktivit, abychom předešli přetížení nemocného, následkem čehož by mohlo být úplné odmítání činností.

Mezi aktivity, vhodné k procvičení paměti, patří například: nácvik každodenních činností (nákup, domácí práce, návštěva), trénink paměti (shrnutí všech událostí dne, vybavení si jídelníčku za celý den, rozpoznávání fotografií příbuzných, jednoduché počty, malování předmětů z paměti, opakování slov a obsahu přečteného krátkého textu) nebo hraní společenských her.

2.2.3 Pocit bezpečí

Člověk s tímto onemocněním ztrácí kontrolu nad sebou samým, přichází o zručnost a již nezvládá běžné denní činnosti. Z toho důvodu je důležité zajistit nemocnému bezpečné prostředí pro jeho fungování. Pečující musí myslet vždy hodně dopředu, co by se mohlo stát a čemu se dá předejít. V první řadě je nutné zabezpečit energie. Plyn a elektrina musí být zajištěna tak, aby nemocný svým zacházením nemohl způsobit

⁴¹ PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0., str. 35

nějakou havárii a tím ohrozit sebe nebo ostatní na životě. Předměty, které nemocný člověk už nedokáže používat a stávají se tak pro něj ohrožujícími je třeba odstranit; jedná se především o ostré předměty a nebezpečné chemikálie. Důležité je předejít pádům nemocného odstraněním klouzavých předmětů z podlahy, jako jsou koberečky, předložky, rohožky. Podlahová krytina by měla být v perfektním stavu, aby nikde nic netrčelo, dobře položený koberec, o který se nedá zakopnout. V koupelně je třeba používat protiskluzové materiály, rohože, madla a nemocný by měl mít kvalitní neklouzavou obuv.⁴²

Poruchy spánku, které Alzheimerovu chorobu často doprovázejí, mohou způsobit noční neklid s možnými následky nebezpečného toulání.⁴³

3 Pomoc a podpora z hlediska sociální práce nemocným lidem Alzheimerovou chorobou i pečujícími v domácím prostředí

Domácí péče o člena rodiny s demencí představuje pro pečující zátěž s negativními důsledky v oblasti psychické, somatické, sociální a finanční. Každý den je pečující vystaven zátěži, se kterou se často nedokáže vyrovnat sám. Popíšu, v čem spočívají největší rizika, spojená s emoční zátěží při péči o nemocného v domácím prostředí a přejdu k pomoci ze strany sociálních služeb a sociální práce. Důležité je si uvědomit, že klientem sociálních služeb zde není jen nemocný Alzheimerovou chorobou, ale i pečující, a proto uvedu jaké možnosti pomoci a podpory sociální práce nabízí pro obě cílové skupiny. Pečující má možnost využití svépomocných skupin, odborného poradenství nebo odpočinku díky službě respitní péče. Nemocný v rámci respitní péče může navštěvovat denní stacionář nebo využít možnosti osobní asistence i odborného poradenství.

3.1 Emoční zátěž rodinných příslušníků při péči o nemocného

Jakékoliv onemocnění člena rodiny s sebou nese zátěž pro všechny rodinné příslušníky – o to větší, když se jedná o chorobu, kdy je nemocný plně odkázán na pomoc druhých, v tomto případě člena rodiny. Úroveň psychické zátěže pečujících je velmi

⁴² PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0., str. 76-78

⁴³ ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0183-9., str.142

významná skutečnost, které by měla být věnována pozornost ze strany odborníků. Právě proto je důležitá spolupráce s rodinnými příslušníky při komplexní péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Pečující jsou vystaveni psychické i fyzické zátěži po celých 24 hodin denně, je proto důležité, aby měli dostatek informací o možnostech pomoci a podpory.⁴⁴ Jistou zátěž v tomto případě vnímá i blízké okolí nemocného a každý si musí najít svůj způsob, jak se vypořádat se vzniklou situací.

Kognitivní funkce nelze nijak napravit nebo průběh ubývání zvrátit. Nicméně je žádoucí snažit se zachovat dosavadní schopnosti a dovednosti. Toho lze nejlépe dosáhnout při péči o nemocného v domácím prostředí.⁴⁵ Pro většinu lidí je samozřejmé, že se ujme péče o nemocného člena rodiny, nicméně si pečující v první řadě musí pořádně promyslet, jak tento nelehký úkol uchopí a zda se toho opravdu ujme. Po přijetí nemoci takové, jaká je, může přijít fáze, kdy má pečující vztek, je našťvaný na celou situaci, a přemýšlí proč se to muselo stát, zda nepodcenil něco v letech minulých, zda se nemoci dalo vyvarovat. Tyto pocity jsou přirozené a zcela normální. Zároveň se tomu ale pečující nesmí poddat, svoje pocity v sobě nedusit, ale podělit se o ně s ostatními členy rodiny nebo blízkými. Je nesmírně důležité, aby si pečující dokázal svému okolí říct o pomoc a odlehčení. Také je nutné si uvědomit, že nic, co člověk udělal nebo naopak neudělal, nemohlo nemoc odvrátit ani oddálit.

Postupem času se v průběhu choroby dostane pečující s nemocným do fáze tzv. výměny rolí. To nastane tehdy, je-li nemocný rodičem pečujícího. Tato výměna rolí, kdy se rodič stává zcela závislým na dítěti (tudíž je tomu úplně naopak než doposud) je velice náročná pro obě strany. Během péče o nemocného můžou nastat situace, při kterých bude pečující pociťovat rozpaky a stud za chování nemocného; to může vést k omezování sociálních kontaktů - pečující nechce brát nemocného na procházky apod. V tomto případě je nutné obrnit se jistou dávkou trpělivosti, protože izolace nemocného může vést k horšímu vypořádávání se s každodenními problémy.⁴⁶ Pečující mají často tendenci se stranit okolí a omezují se pouze na pobyt doma s nemocným. Důsledkem toho je pocit

⁴⁴ ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8., str. 100

⁴⁵ <https://socialniprace.cz/odlehcovaci-sluzba-pro-rodiny-pecujici-o-cloveka-s-demenci/>

⁴⁶ *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: 2008. ISBN 80-85800-96-9., str.90-91

osamění a tehdy je nutné mít na paměti, že je velmi důležité zachovat si sociální kontakty a přátelské vztahy, protože všechny problémy se tak dají zvládnout lépe.⁴⁷

Pečovatelské zátěži je třeba věnovat pozornost odborníků stejnou měrou jako nemocným seniorům.⁴⁸ Jedním z mnoha důležitých úkolů současné sociální práce je podpora rodin nebo jednotlivců, kteří se starají o blízkou osobu trpící demencí, a je důležitou součástí komplexní péče. Klíčová je komunikace a práce s rodinou. Sociální služby vymezené zákonem se primárně nezaměřují na rodinné pečující jako na cílovou skupinu, ale tím, že se snaží přebírat část přímé péče o nemocného, snižují zátěž pečujících. Co je dle mého názoru největším problémem podpory pečujících: nízká dostupnost služeb respitní péče, obecně problematická bytová situace (nevyhovující bytové podmínky pro péči o nemocné) i reálná hrozba, že v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka se pečující může dostat i do finančních problémů - vzniká riziko finanční nouze, jelikož se pečující často musí úplně vzdát zaměstnání.

V České republice se touto problematikou zabývá Česká alzheimerovská společnost.⁴⁹ Díky níž bývá poskytována přímá podpora jako součást služeb určených pro seniory, resp. pro osoby s demencí, a mívá podobu individuální, skupinové nebo rodinné intervence.⁵⁰

3.1.1 Svépomocné (podpůrné) skupiny

Pečující by měl mít dostatek informací o možnostech podpory a pomoci. Nejlepší možností pro pečujícího, jak se vypořádat s pocity vzteku, viny, studu, osamění apod. je včasné vyhledání svépomocné skupiny pečujících rodinných příslušníků. Cílem těchto skupin je především poskytnout emocionální podporu lidem, kteří pečují o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Návštěva a působení v takové skupině sice neodstraní problémy, se kterými se pečující musí potýkat, ale pomáhá možnost pohovořit si o nich s někým, kdo zažívá stejné situace a má podobné zkušenosti. Kontakt s lidmi, kteří zažívají stejné věci a sdílejí možnosti řešení různých situací apod. je nezastupitelná zkušenost. V případě, kdy se jedná o závažnější psychické problémy, je účastníkům nabídnuta psychoterapeutická pomoc. Na rozdíl od ostatních zemí bývá v ČR iniciativa

⁴⁷ HOLMEROVÁ I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám, Česká Alzheimerovská společnost*, o. p. s., Praha 2014, str. 25

⁴⁸ MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0., str. 169

⁴⁹ ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8., str.

101

⁵⁰ <https://socialniprace.cz/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>

pro vznik svépomocných skupin často ze strany sociálního pracovníka, který dle potřeby zve další odborníky, jako jsou psychiatři, psychologové, právníci apod.⁵¹

3.1.2 Odborné poradenství

Vedle svépomocných skupin, sloužících k vzájemné podpoře, sdílení zkušeností a postřehů mezi pečujícími, je důležité zmínit i odborné poradenství. Specializovaná poradenská centra pro seniory a jejich rodiny podávají informace o zdravotních a sociálních službách; tento systém se zaměřuje na podávání informací a rad, týkajících se nejzávažnějších problémů, s nimiž se senioři, ale právě i jejich rodina a pečující, setkávají. Pečující se kvůli péči o jedince s Alzheimerovou chorobou vzdá svého zaměstnání, tudíž přijde o příjem. Během poradenství jsou poskytovány informace o nárocích na sociální dávky, věnuje se pozornost problematice ekonomické a právní. Individuální poradenství může být poskytováno formou osobní, telefonické nebo internetové konzultace.⁵²

Individuální konzultace, jak pro nemocné Alzheimerovou chorobou, tak pro pečující, poskytuje například Česká alzheimerovská společnost. Během konzultace klient získá psychickou podporu a komplex informací pro péči o nemocného. Získá informace ze sociálně-právní oblasti a možnosti pomoci. Psychosociální intervence se pak zaměřuje na zmírnění stresu a zátěže pečujícího, na duševní hygienu a zvládání celkově nelehké situace.⁵³

3.1.3 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní sociální služba, která probíhá v domácím prostředí i mimo něj. Přizpůsobuje se potřebám klienta bez časového omezení během celého dne; jedná se například o doprovod k lékaři, asistence na úřadech, doprovod a asistence při zájmových činnostech apod. Součástí služby je pomoc při zvládání běžných denních činností, jako je pomoc při osobní hygieně, příprava a podávání stravy, pomoc s chodem domácnosti, zprostředkování sociálního kontaktu, nabídka aktivizačních činností, pomoc při vyřizování osobních záležitostí nebo uplatňování práv.⁵⁴

⁵¹ <https://socialniprace.cz/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>

⁵² MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0., str 173

⁵³ Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. *Alzheimer.cz* [online]. Praha 8 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/konzultace/>

⁵⁴ Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. *Alzheimer.cz* [online]. Praha 8 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/osobni-asistence/>

3.1.4 Respítní péče a denní stacionář

Respítní, jinými slovy odlehčovací služby, mohou být poskytovány terénně, ambulantně nebo formou pobytové služby. Jde o služby poskytované klientům s Alzheimerovou chorobou, kterým je jinak zajišťována péče v domácím prostředí. Hlavním cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek od celodenní náročné péče. Respítní služby zajistí pomoc při zvládání běžných denních úkonů, při osobní hygieně, s přípravou stravy, zprostředkují kontakt se společenským prostředím, pomohou při uplatňování práv a oprávněných zájmů i při obstarávání osobních záležitostí.⁵⁵

Respítní péči nabízejí denní stacionáře, díky nimž mají pečující možnost načerpání sil, odpočinout si, popřípadě docházet do zaměstnání. Péče o nemocného v domácím prostředí za pomoci rodiny probíhá ráno, večer, během noci a o víkendech; všední dny tráví nemocný ve stacionáři, kde je program zajišťován především ergoterapeuty a speciálně školenými pečovatelkami. Návštěva denního stacionáře může nemocnému navodit pocit, že jde například do práce, za přáteli, jde o cestu do společnosti, kde se nemocný cítí dobře a má dostatek podnětů pro smysluplné trávení dne. Zázemí stacionáře by mělo být přívětivé, mělo by evokovat pocit domova, zároveň by mělo být dostatečně zabezpečeno proti nekontrolovanému pohybu nemocné osoby po i mimo zařízení.⁵⁶

Mimo výše zmíněných služeb má nemocný i pečující nárok na podporu finanční. Nemocnému náleží právo na příspěvek na péči, poskytovaný podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to vždy na základě sociálního šetření. Dále jde o příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku nebo se může nemocný stát držitelem průkazu ZTP. Tyto příspěvky jsou poskytovány na základě zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Pokud je možné, aby se pečující staral o nemocného člena rodiny v domácím prostředí a současně dále chodil do zaměstnání, má právo na úpravu pracovní doby. Pokud se pečující věnuje nemocnému nepřetržitě, má nárok na úhradu zdravotního pojištění ze strany státu, kdy je vedený jako tzv. státní pojištěnec. Doba péče o nemocného

⁵⁵ PRŮŠA L. *Respítní péče*, Diakonie ČCE 2016, str.4

⁵⁶ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0., str. 183-184

Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí se současně započítává do důchodového pojištění a po ukončení péče může pečující žádat Úřad práce o podporu v nezaměstnanosti. Souvisí to ale s tím, že pečující musí být uveden jako poskytovatel pomoci u příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.⁵⁷

3.1.5 Příspěvek na péči

Další možnou formou pomoci, která je velice důležitá, protože pečující se často musí vzdát své výdělečné činnosti na úkor péče o rodinného příslušníka, je příspěvek na péči. Ten se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odkázány na pomoc druhé osoby. Příspěvek je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Výši příspěvku určuje stupeň závislosti na péči druhé osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Pro určení míry závislosti se posuzuje, jak žadatel zvládá základní potřeby jako je mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

O příspěvku rozhoduje vždy krajská pobočka Úřadu práce ČR, kdy žadatel musí nejprve podat písemnou žádost na tiskopisu předepsaném ministerstvem.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- **880 Kč**, jde-li o stupeň I (**lehká závislost**),
- **4400 Kč**, jde-li o stupeň II (**středně těžká závislost**),
- jde-li o stupeň III (**těžká závislost**),
 - **8 800 Kč**, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,
 - **12 800 Kč** v ostatních případech.
- jde-li o stupeň IV (**úplná závislost**),

⁵⁷ Revue pro sociální politiku a výzkum. *Sociální politika EU* [online]. [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/11/na-co-maji-pecujici-osoby-narok/>

- **13200 Kč**, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,
- **19200 Kč** v ostatních případech.

Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží.⁵⁸

⁵⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

4 Nefarmakologický přístup k osobám s Alzheimerovou chorobou

V poslední kapitole se zaměřím na možnosti nefarmakologické léčby u nemocných Alzheimerovou chorobou. Nefarmakologické postupy jsou v komplexní léčbě této nemoci stejně podstatné jako medikamenty. Jedná se o různé metody a přístupy, uplatňované především ve střední a těžké fázi nemoci. Za jednu z metod nefarmakologické léčby se dle mého názoru dá považovat právě i péče o nemocného v domácím prostředí. Domácí péče velmi pravděpodobně prodlužuje aktivitu i soběstačnost nemocného a zachovává kvalitu jeho života.

Nefarmakologické přístupy v léčbě Alzheimerovy demence můžeme rozdělit podle toho, kterou problematickou oblastí se zabývají. Zaměřím se na oblast zachování nebo zlepšení kognitivních funkcí, soběstačnosti v denních aktivitách a kvality života nemocného.

4.1 Zachování/ zlepšení paměti a kognitivních funkcí

4.1.1 Kognitivní trénink a rehabilitace

Alzheimerova choroba postihuje nejen oblast paměti, ale ovlivňuje i kognitivní (poznávací) funkce. Jedná se o základní funkce mozku, díky kterým můžeme poznávat okolní svět, pomocí kterých plánujeme svoje jednání a můžeme vstupovat do interakcí s jinými lidmi. Ze základních kognitivních funkcí můžeme jmenovat paměť, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a myšlení. Z již dříve uvedeného popisu příznaků a projevů Alzheimerovy choroby je zřejmé, že postupem a vývojem nemoci jsou všechny tyto funkce ovlivňovány, oslabovány a postupně se vytrácí. Proto je důležité při komplexní léčbě nemoci zařadit i kognitivní trénink a rehabilitaci. Kognitivní trénink spočívá v procvičování stávajících funkcí, kdežto kognitivní rehabilitace se zaměřuje na nápravu těch funkcí, které jsou vlivem nemoci poškozeny.⁵⁹

Kognitivní trénink je vhodné aplikovat převážně v počátcích nemoci, kdy je ještě osoba trpící Alzheimerovou chorobou sama motivována k procvičování kognitivních funkcí. Tato cvičení a rehabilitace obvykle zahrnují různé slovní hry, které jsou zpravidla zjednodušené a nesoutěživé. Dále doplňování říkanek, skládání obrazců, jednoduchá pexesa, doplňování slov dle první slabiky apod. Můžeme použít i různé pomůcky,

⁵⁹ KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3., str. 19

jako jsou kartičky s barvami, čísla, karty s obrázky k pojmenování nebo jednoduché velké pexeso či zjednodušené puzzle.⁶⁰

Kognitivní trénink se nezaměřuje jen na poznávací funkce, ale jde i o procvičování sociálních a osobnostních faktorů, neboť v běžném životě jsou tyto oblasti propojeny. Tento trénink může být prováděn jak formou skupinové terapie, tak individuálně. Pro lepší simulaci běžných denních situací je lepší skupinový trénink, který by měl probíhat pravidelně. Na začátku je důležité přivítání, vzájemné pozdravení a představení se; dalším důležitým bodem je i zakotvení klientů v přítomnosti, je vhodné si připomenout, jaký je den, měsíc, popřípadě rok, kdo slaví svátek, jaké je roční období. Úkoly při tréninku jsou různé, střídají se verbální, písemné i kresebné. Nejčastěji se jedná o napodobení důležitých součástí běžného denního života, kdy se pracuje na tom, aby klient byl schopný fungovat sám a zároveň uměl i dobře spolupracovat. Během tréninku je důležité klienta správně motivovat a podporovat k tomu, aby se zapojil a začlenil do skupiny. Motivace může být formou pochvaly, povzbuzení, ale i útěchy a aktivního naslouchání. Důležité je vždy myslet na to, že každý potřebuje individuální přístup, že každý je jedinečný.⁶¹

4.1.2 Reminiscenční terapie

Reminiscence neboli vzpomínání, schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky je součástí základních vlastností lidské psychiky. Díky vzpomínkám má člověk možnost si v hlavě přehrávat a znovu prožít události, které se již staly, může je opět začlenit do svého života. Minulost díky tomu může ožít v představách, při vyprávění příběhů nebo při kreativních činnostech; vzpomínky a vzpomínání tak hrají v životě člověka důležitou roli při vytváření duševní rovnováhy v závěrečné fázi života.

Vývojový psycholog Erik Erikson vyzdvihuje právě závěrečnou fázi života a připisuje jí velký význam. V jeho pojetí se jedná o stádium životní integrity a moudrosti, kdy je dosažení celistvosti v protikladu s rozpadem osobnosti a ztrátou smyslu života. Vzpomínání se nejčastěji objevuje ve vyšším věku, kdy může díky

⁶⁰ HOLMEROVÁ, Ph.Dr., MUDr. Iva, Ph.Dr. JANEČKOVÁ, H., Ph.Dr. VAŇKOVÁ, H., Mgr. VELETA, P., Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005. str.180-181.

⁶¹ KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3., str. 21-24

přehodnocení vzpomínek dojít ke skutečnému přijetí sebe sama, k přijetí osobní identity, k novému zarámování života apod.

Reminiscenční terapií obvykle rozumíme rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou seniorů, kdy hlavním tématem je dosavadní život seniora, jeho dřívější aktivity, prožité události a zkušenosti. Mezi základní terapeutické přínosy reminiscence můžeme zařadit navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení a kognitivní stimulaci. Často se při terapii využívají pomůcky, jako staré fotografie, předměty, náradí a nástroje využívané dříve v běžných domácnostech, módní doplňky, filmy, lidová hudba apod. Aktivita nemusí být nijak strukturovaná, může se jednat o zcela spontánní aktivitu, kdy terapeutický aspekt vystupuje do popředí někdy více a někdy méně. Během terapie mohou u nemocných vyplout na povrch i traumatické zkušenosti, kdy nemocný má během terapie potřebu se s nimi vyrovnat. Využití této terapie je velice vhodné během komplexní péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou, kdy jde především o oživení pozitivních a takových zkušeností, které jsou osobně důležité. Jedná se například o rodinné oslavy, narození dětí, svatby apod.⁶²

4.1.3 Orientace v realitě

Důraz na orientaci v realitě je označována za jeden z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci; může se jednat o individuální nebo skupinovou intervenci. Vždy se začíná zmapováním, zjistí se stupeň orientovanosti nemocného, pokračuje se diskusí a upřesněním, následují nejrůznější hry, při kterých jsou zaměstnány kognitivní funkce - důraz je kladen na všechny smysly. Je přitom využívána řada předmětů a obrázků, kdy se během diskuse upřesňuje jejich tvar, barva, účel použití apod. Zaměření se na jednotlivé prvky orientace v realitě by mělo být součástí komplexního přístupu k nemocnému Alzheimerovou chorobou - lze využít např. názorná a barevná označení prostor, místností a další různé prvky, zjednodušující nemocným vykonávání běžných denních činností a napomáhající k větší míře soběstačnosti (velký hodinový ciferník, dnešní datum velkým písmem na viditelném místě, nástěnka s přehledem ročních období, kalendář se svátky apod.). Pečující musí mít na paměti, že by neměl nemocného příliš poučovat,

⁶² JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3., str. 14-22

opravovat a necitlivě ho upozorňovat na chyby a omyly – je nutné za každou cenu zabránit negativnímu efektu v podobě úzkostí nemocného.⁶³

4.2 Zachování/zlepšení soběstačnosti při běžných denních aktivitách

Mezi nefarmakologické přístupy můžeme uvést i adaptaci prostředí pro osoby nemocné Alzheimerovou chorobou. Ve své práci jsem již zhruba popisovala, jak by mělo vypadat prostředí, ve kterém žije a pohybuje se nemocná osoba. Doplním tedy už jen, že by prostředí mělo být předvídatelné a snadno pochopitelné pro člověka, který trpí Alzheimerovou chorobou. V domácím prostředí lze toto zajistit snáze, ale platí to také pro instituce, kde nemocný tráví své dny, ať už krátkodobě nebo při dlouhodobém pobytu. Místnosti by měly být jasně označeny obrázky a popisky v dostatečné velikosti, prostředí by mělo být bezpečné a zároveň by nemocné osoby nemělo omezovat. V takovém zařízení by měl mít nemocný pocit soukromí, ale zároveň by personál měl mít dostatečný přehled o činnostech klienta, což někdy může být těžko splnitelné.⁶⁴

O podpoře a vedení k soběstačnosti jsem se již zmiňovala v souvislosti s péčí v domácím prostředí, kde je to snáze proveditelné než v institucích pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Proto je na místě podpora tohoto přístupu právě v institucích. Veškerý personál by měl být kvalifikovaný a trpělivý tak, aby dopomocí, návody a postupnými kroky dovedl klienta k tomu, že jednotlivé sebeobslužné činnosti nakonec vykoná sám klient. O tomto přístupu je nutné informovat i rodinné příslušníky - stává se, že je na personál nahlíženo jako na osoby neochotné, které klienta neobslouží a péči o něj zanedbávají; proto je velmi důležité okolí vysvětlit, že se jedná o jeden z důležitých prvků péče a vedení k samostatnosti. Také je samozřejmostí, že i tento přístup musí být vždy aplikován tak, že personál musí být znalý stavu a možností klienta. Opět je důležité přistupovat ke každému klientovi jako k jedinečné osobnosti a s citlivým přístupem.

Dalším přístupem, který můžeme zařadit mezi druhy nefarmakologické léčby a podpory při zachování soběstačnosti, je tzv. „lifestyle approach“. Jde o přístup, kdy se

⁶³ HOLMEROVÁ, Ph.Dr., MUDr. Iva, Ph.Dr. JANEČKOVÁ, H., Ph.Dr. MUDr. VAŇKOVÁ, H., Mgr. VELETA, P., Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005.

⁶⁴ Tamtéž

klade důraz na udržení dosavadního životního styl nemocného. Dalo by se říct, že se jedná o „návod k nemocnému“. Tento přístup se v praxi aplikuje převážně v pobytových zařízeních pro osoby nemocné Alzheimerovou chorobou. Jedná se o vzájemná sdělování mezi pečujícími o tom, na co je klient zvyklý – jaký je jeho denní režim, v kolik hodin přibližně vstává, zda se sám obléká, při jaké činnosti potřebuje pomoci, zda a jak se sám nají, zda je schopný jíst sám příborem, rukou nebo ho pečující musí krmit apod. Při prvním pohledu jde o drobnosti, které jsou však při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou dost zásadní, protože díky dodržování těchto detailů si pečující může často v mnohém usnadnit péči a může tak předejít neklidu, agresivitě a dezorientace na straně nemocného. Bohužel tento přístup v praxi nefunguje vždy tak, jak by fungovat měl.⁶⁵

4.3 Zlepšení kvality života osob s Alzheimerovou chorobou

Všechny metody a přístupy usilující o zlepšení kvality života osob s Alzheimerovou chorobou se shodují v základních principech, jako je individuální přístup, neverbální komunikace, přiměřené množství podnětů pro všechny smysly, laskavost, a v neposlední řadě je nutné si uvědomit, že nemocný vnímá často daleko více, než se může pečujícímu zdát.

4.3.1 Validace

Mezi jeden z prvních přístupů k lidem s demencí můžeme zařadit validaci, což je způsob komunikace, směřující ke vzájemnému sblížení. Jde o přijetí reality druhého. Validace chápe člověka jako hodnotnou bytost a přijímá ho i s jeho demencí a všemi zvláštnostmi, které s sebou toto onemocnění nese. Validace klade důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti, je založena na principech aktivního naslouchání a empatie. Terapeut nebo pečující je nemocnému nápomocný v přijetí a vyrovnání se s minulým životem. Snaží se orientovat ve světě nemocného, přijímá jeho realitu (nemusí se jednat o přítomnost) a komunikuje s ním o tématu, které nemocný otevře sám. Respektuje sdělení, pocity a myšlenky nemocného a snaží se jim porozumět a odhalit, co se za jeho chováním skrývá. Při validaci nejde o odstranění a změnu problematického chování, ale o pochopení a zmírnění příčin, které toto mohou vyvolat.

⁶⁵ HOLMEROVÁ, Ph.Dr., MUDr. Iva, Ph.Dr. JANEČKOVÁ, H., Ph.Dr. MUDr. VAŇKOVÁ, H., Mgr. VELETA, P., Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005. str.181

Při validační terapii je minulost vnímána, stejně jako u reminiscence, jako něco, co vstupuje do přítomnosti proto, aby se s tím klient vyrovnal a zrekapituloval tak svůj život, dosáhl klidu a smíření. To se může dít i prostřednictvím pláče, vyjádření bolesti, smutku.⁶⁶

Velmi podobnou metodou jako validace, je preterapie, sloužící k lepší komunikaci s lidmi, se kterými je obtížné se domluvit pomocí běžné komunikace. Tato terapie je založena na Rogersově přístupu orientovaném na člověka, na principu zrcadlení; nemocným pomáhá opět navázat kontakt s realitou a se sebou samým.⁶⁷

4.3.2 Rezoluční terapie

Další metodou, kterou lze využít pro zlepšení kvality života osob s Alzheimerovou chorobou, je rezoluční terapie, která přijímá realitu nemocného tak, jak je, což u nemocného může podpořit sebedůvěru a jeho důstojnost. Cokoliv nemocný řekne nebo udělá právě teď, je pro něj realitou a nemá smysl na tom nic měnit. Rezoluční terapie se aplikuje tehdy, kdy demence pokročila natolik, že obnovení vnímání reality je již naprosto bezúčelné a prakticky nemožné. Pečující přijímá zkreslenou realitu nemocného, hraje roli, kterou mu nemocný určí. Pokud se nemocný například chová jako dítě a chce si hrát s kostkami, pečující to přijímá a snaží se tomu přizpůsobit. V tu chvíli se pečující snaží o to, aby se nemocný cítil šťastně a měl pocit, že mu okolí rozumí. Chvilky, kdy má nemocný vhled do reálné situace a uvědomuje si beznadějnost své choroby, mohou být pro něj velice těžké a stresující. Proto se při aplikaci této terapie pečující snaží co nejvíce porozumět vnímání reality nemocným.⁶⁸

⁶⁶ JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3., str. 26-27

⁶⁷ Medicína. *Medicína* [online]. 2005 [cit. 2021-02-05]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/6475/34/G-Prouty-D-Van-Werde-M-Poertner-Preterapie/>

⁶⁸ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9., str. 115-116

4.4 Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou

Smysluplná aktivita je nedílnou součástí při komplexní péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Důležité je si uvědomit, že aktivity a řízený program nejsou jen snaha zabavit nemocné osoby nebo vyplnit jim volné chvíle, kdy jsou všechny prvky základní péče zajištěny. Jedná se o důležitý prvek při nefarmakologické léčbě.

Aktivity, pokud jsou aplikovány vhodně, dokážou uvolnit nervozitu a neklid, mohou rozptýlit deprese; během aktivizačních činností nemocný může nabýt znovu pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty.

Hlavním cílem aktivizace při péči o nemocné Alzheimerovou chorobou je obnovit v nemocném dobrý pocit ze sebe samého - ve smyslu vnímat se jako milovaný a milující, ceněný, zodpovědný. I zde, při plánování aktivit, je důležité přistupovat ke každému individuálně. Lidé nemocní touto chorobou jsou závislí nejen fyzicky, ale i emocionálně. Právě proto už sama aktivita, to, jakým způsobem je nabízena a dosažený výsledek, bude mít vliv na to, jaký ze sebe bude mít nemocný pocit. Ovlivňuje i to, jak je pečující vnímán nemocným a jaký má pocit z něj nemocný má. Nevhodně zvolená aktivita může mít za následek to, že nemocný zažívá pocity frustrace, ponížení a zklamání ze sebe samého. Smyslem aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou není snaha o zvrácení stavu, ale aktivity jsou zvolené tak, aby podporovaly nemocné osoby k dosažení úspěchu. Úspěch je následně hnací motor k tomu, aby nemocný zůstal stále aktivní a využíval plně zachovaných schopností.

Všechny činnosti a aktivity by měly být prováděny dobrovolně. Pečující může vynaložit hodně sil při motivaci k činnosti, povzbuzování a vysvětlování, ale nemocný se musí účastnit vždy dobrovolně. Pokud je činnost prováděna ze strany nemocného pouze proto, aby například vyhověl pečujícímu, postrádá smysl. Aktivita by osobám s kognitivní poruchou měla být vždy příjemná; pokud tomu tak není a nemocný vykazuje známky nespokojenosti, pak je vhodné aktivitu ukončit. Důležité je vnímat verbální projevy, ale i projevy neverbální, které mohou být někdy přesnější. Činnosti by také měly vždy vést k pozitivní zkušenosti a úspěchu, proto se aktivity musí pohybovat v rámci schopností nemocných.⁶⁹

⁶⁹ ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9., str. 148-

Většina těchto aktivit je skupinových, což v domácím prostředí není snadno proveditelné ale přesto přístupné prostřednictvím návštěvy denního stacionáře, kde má nemocný možnost se do těchto aktivit zapojit. Osoby s Alzheimerovou chorobou se mohou často cítit osamoceny a skupinová smysluplná činnost má na ně pozitivní vliv: najednou je nemocný součástí něčeho, a přesto jedná sám za sebe.

Nemocný, který se stane členem skupiny, získá možnost něco změnit, o něčem rozhodovat, v takové skupině nachází spojení a podporu. Skupina je i zdrojem zpětné vazby pro nemocného, přijetí, ale i odmítnutí - proto je také důležité, vybrat členy skupiny se stejnými potřebami.

4.4.1 Metody a techniky aktivizačních činností

Metody a techniky, které uvedu a popíšu níže, jsou běžně využívány v domovech pro seniory. Stejně uplatnění najdou i v domovech se zvláštním režimem, nicméně některé techniky lze aplikovat i při péči v domácím prostředí.

Ergoterapie

Ergoterapií se rozumí komplexní proces, zahrnující mnoho složek, čímž se stává těžko definovatelnou a lidé mají často problém s pochopením smyslu terapie. Může to být tím, že ergoterapeut pomáhá klientovi vykonávat běžné činnosti, jako je oblékání, příprava jídla, doprovod do obchodu apod. a většinové společnosti se toto jeví jako pomoc, kterou zvládne každý. Česká asociace ergoterapeutů uvádí, že *„ergoterapie je profese, která pomocí smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopnosti jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity“*.⁷⁰ V souvislosti s osobami s Alzheimerovou chorobou je ergoterapie chápána jako posilování soběstačnosti a vedení k samoobslužným činnostem. Ergoterapeut, mimo jiné, může navrhnout pomoc formou kompenzační pomůcky a učí klienta a pečujícího, jak s nimi správně manipulovat. Avšak osoby s Alzheimerovou chorobou se obtížně učí novým věcem, proto zde

⁷⁰ JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7., str. 12-13

ergoterapeut navrhne spíše úpravu domácího prostředí tak, aby vyhovovalo požadavkům nemocného.⁷¹

Kinezioterapie

Kinezioterapie, jinými slovy pohybová terapie, může být další nedílnou součástí komplexní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Jak jsem již zmínila, pohybové schopnosti seniorů se s věkem a postupem nemoci snižují a je důležité motivovat nemocné ke cvičení, čímž mohou pozitivně ovlivnit nejen svoji soběstačnost, ale i myšlenky.

Jedná se o léčebnou metodu, při které je využíván aktivně prováděný pohyb; tím nemocný procvičuje tělo, pozná své možnosti a limity. Kinezioterapie pozitivně působí proti stresu, úzkostem, podněcuje nemocného k aktivitě, zlepšuje mentální funkce a důležité je i to vyvolání potřeby komunikace. Radost, kterou je pohyb provázen zlepšuje psychickou kondici a podporuje pocit sebejistoty.

Jako u většiny terapií je důležité respektovat nemocného, podporovat jeho sebeúctu a brát v úvahu všechny složky jeho osobnosti. Cvičení musí být uzpůsobeno možnostem a schopnostem nemocného, prováděno v adekvátní obtížnosti, snadno pochopitelné a vyhýbající se nestabilním pozicím (vhodné převážně v sedě).

Například cvičení, během něhož nemocný napodobuje činnosti, které zná z běžného života, je zábavnější než obyčejné cviky. Přínosem pro osoby s Alzheimerovou chorobou je bezpochyby trénink kognitivních funkcí během cvičení. Zapojí se zejména dlouhodobá paměť, kdy nemocný může sám vymýšlet jednotlivé činnosti, které jsou pak napodobovány. Napodobovat lze různé sporty – pádlování, vzpírání, boxování apod; domácí činnosti – míchání těsta, ždímání prádla, mytí oken apod; nebo hru na hudební nástroje. K dalším kinezioterapeutickým činnostem patří jednoznačně procházky, kdy se doporučuje brát nemocné osoby na procházky co nejčastěji. Chůze představuje komplexní pohyb, který má na fyzický stav podobný vliv jako cvičení. Pobyt na čerstvém vzduchu přispěje k lepšímu spánku, se kterým mají osoby nemocné Alzheimerovou chorobou často problémy.

⁷¹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4., str.143-147

Můžeme zmínit i práci na zahradě - stereotypní činnosti, mezi které patří například hrabání listů nebo plení záhonů, může mít pozitivní vliv pro vědomí vlastní užitečnosti a zároveň se opět jedná o komplexní pohyb na čerstvém vzduchu.

Při docházení do denního stacionáře se nemocný může zapojit do taneční terapie, což je další z možností aktivizace, která probíhá nejlépe v kruhu, aby na sebe a terapeuta účastníci dobře viděli. Tento prostor dodává všem odvalu, pocit jistoty, pomáhá k vyjádření a předávání emocí. Nejlepším hudebním doprovodem je hudba ve středně rychlém tempu, se zpěvem a textem, který je účastníkům známý. Rytmus musí být zřetelný, aby je motivoval; opět je hlavním cílem relaxace, socializace a komunikace, ať už verbální či neverbální.⁷²

Arteterapie

V užším slova smyslu můžeme arteterapii chápat jako léčbu výtvarným uměním. Cílem této terapie je zvýšit sebevědomí, integrovat osobnost nemocného a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Výsledný produkt není tak podstatný jako proces tvorby. Arteterapie pomáhá seniorům během přizpůsobování se nové situaci, poklesu fyzických sil a jiným specifikům seniorského věku. Ideálním obdobím pro arteterapii jsou Velikonoce a Vánoce, kdy motivací může být výzdoba bytu nebo domu. Existuje mnoho výtvarných technik, které můžeme využít při arteterapii s osobami nemocnými Alzheimerovou chorobou, jako je například malování velkých ploch, malování na porcelán, ubrousková technika, malování na hedvábí a výroba šátků, malování na textil, vyškrabování, textilní koláže, batikování, aranžování přírodnin a řada dalších.

Terapeutické vaření nebo pečení

Další činností, ke které není potřeba nijak velká motivace, je vaření nebo pečení. Jedná se o běžnou činnost, kdy nemocný může využít dávno získané dovednosti a tím získává pocit normality. Odměnou je nemocnému nejen radost z vydařeného díla, ale i chuť a vůně pokrmu. Nemocní běžně zvládají krájení, loupání, strouhání brambor nebo jablek, louskání ořechů, hnětení a míchání těsta, vyvalování a vykrajování těsta apod.

⁷² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4., str.189-206

Muzikoterapie

Mezi další metody aktivizačních činností patří bezpochyby muzikoterapie. Tato terapie napomáhá k celkové psychické pohodě nemocného - texty písní a známé melodie zůstávají uloženy v dlouhodobé paměti, která je u osob s Alzheimerovou chorobou zachována, proto muzikoterapie posiluje sebevědomí.

Mezi techniky muzikoterapie patří zpěv nebo poslech lidových písní, předvádění hry na různé nástroje, hudební kvíz, rytmická cvičení, poslech vážné hudby s předcítáním o jejím autorovi apod.

Pet-terapie

Při léčbě pet-terapií se využívají zvířata - kontakt s nimi má blahodárné účinky na psychiku seniorů, snižuje stres, úzkosti, pomáhá při poruchách spánku, pomáhá zvyšovat sebevědomí. Během hlazení zvířat dochází k poklesu krevního tlaku a celkově se člověk uvolní. Zvíře je jedním z dobrých témat ke komunikaci, při péči o něj (pod dozorem pečujícího) se posiluje sebevědomí – nemocný může zvíře krmit, česat apod.⁷³

Metody a techniky, které jsem uvedla, jsou takto popisovány odbornou literaturou. Podle mého názoru je lze snadno aplikovat i při péči v domácím prostředí jako formu aktivizace. Pečující je může - dle možností a aktuálního rozpoložení nemocného a svého - zařadit do denního režimu zcela nenásilnou formou. Uvedené metody nechci rozhodně nijak snižovat, naopak chci poukázat na možnost jejich využití i při péči v domácím prostředí.

Za muzikoterapií se skrývá představa poslechu hudby, v oblíbeném křesle s šálkem čaje. Kinezioterapie v domácím prostředí může znamenat procházku nebo ranní protažení. Aranžování vánočních dekorací v bytě nebo v pokoji nemocného může být považováno za arteterapii. Terapeutické vaření a pečení je prakticky zapojení se do běžných denních činností, spojených s chodem domácnosti a přípravou jídla. Ergoterapie v domácím prostředí může vypadat i tak, že pečující chová kočku nebo psa, se kterým běžně přichází do kontaktu i nemocný apod.

⁷³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4., str.212-230

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo teoreticky popsat sociální práci v kontextu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

Ve čtyřech kapitolách, které na sebe plynule navazují, jsem shrnula komplexní péči a možnosti poskytování pomoci a podpory ze strany sociální práce nemocným osobám Alzheimerovou chorobou i pečujícím osobám tak, jak je to podchyceno odbornou literaturou. Dle mého názoru jsem cíle dosáhla a během psaní práce si stále více uvědomovala, jak křehký je lidský život, jak snadno se může člověku otočit svět vzhůru nohama – a to nejen člověku, který si vyslechne diagnózu, jakou je Alzheimerova choroba, ale i člověku, který ho při tomto verdiktu drží za ruku. Moje práce by mohla být základním průvodcem pečujícím i široké veřejnosti v pochopení pocitů a potřeb nemocných s touto chorobou (a sloužit jako stručný přehled poskytování podpory ze strany sociální práce).

Když jsem s psáním práce začínala, nedokázala jsem si představit náročnost práce s lidmi, kteří trpí Alzheimerovu chorobu - všechna úskalí, která pečujícího i nemocného potkají. Díky odborné literatuře a hlavně literatuře, kde jsou uváděna svědectví a výpovědi rodinných pečujících, mám alespoň hrubou představu o tom, jak vyčerpávající je toto poslání pro člověka, na kterém je nemocný zcela závislý. Pro pečujícího je tedy velikou pomocí a odlehčením, že sociální práce nabízí podporu v podobě terénních a respitních služeb; pečující se díky této podpoře může udržovat v dobré psychické kondici, neztratí sociální kontakty, získá pocit jistoty, že je o nemocného postaráno a neleží na něm veškerá zátěž. Ač jsem tedy zastánce domácí péče, rozhodně chápu, jak je nutná a důležitá provázanost a spolupráce s péčí institucionální. To mě přivádí k porovnání péče o nemocného v domácím prostředí a péči v institucích.

Jsem přesvědčená o tom, že péči, které se nemocnému dostává v rodinném, domácím prostředí, od milujících rodinných příslušníků, se nic nevyrovná. Rozhodně nechci snižovat význam institucionální péče, ale i v odborné literatuře je uváděno, že domácí péče zachovává kvalitu života nemocného a prodlužuje i aktivitu a jeho soběstačnost. Nemocný, který zůstává v domácím prostředí, nemusí také čelit životní změně v podobě opuštění domova a přesunu do neznámého prostředí, což bývá těžké i pro seniory, kteří jsou zcela zdraví, natož pro nemocné osoby s Alzheimerovou

chorobou. Jistou výhodou poskytování péče v institucích vidím v socializaci nemocného, kdy žije ve společnosti lidí se stejnou nemocí a dochází tak ke vzájemným interakcím. Další výhodou pro pobyt v některém z domovů se zvláštním režimem vidím v podpoře ze strany ergoterapie a aktivizačních činností. Ty jsou, dle mého názoru, nezbytnou součástí komplexní péče o nemocné osoby s Alzheimerovou chorobou. V domácím prostředí jsou tyto terapie zastoupeny běžnými činnostmi v domácnosti nebo nemocný může navštěvovat denní stacionář s nabídkou aktivizačních činností. Nicméně si myslím, že lepší dostupnost a četnost těchto aktivit je v péči institucionální.

Při psaní práce mi v hlavě běželo tolik myšlenek. Jak bych se zachovala já? Jak bych přijala situaci, kdy by onemocněli moji nejbližší? Každý se zachová tak, jak uzná za vhodné, ale i podle toho, jaké jsou jeho možnosti: někdo se vzdá všeho proto, aby mohl pečovat o své nejbližší doma, někdo zvolí jinou cestu a rozhodne se pro péči institucionální. Nedá se říct, že jedna nebo druhá možnost je ta správná. Z mého pohledu je rozhodně důležité podporovat péči v domácím prostředí.

Seznam použitých zdrojů


- BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-500-4.
- CALLONE P. R. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4
- FRANKOVÁ, V. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. 2.* Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8
- HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HOLMEROVÁ I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám, Česká Alzheimerovská společnost*, o. p. s., Praha 2014
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ H., *Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: 2008. ISBN 80-85800-96-9.
- HOLMEROVÁ, Ph.Dr., MUDr. Iva, Ph.Dr. JANEČKOVÁ, H., Ph.Dr, MUDr. VAŇKOVÁ, H., Mgr. VELETA, P., *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. Psychiatrie pro praxi*. 2005.
- HORT, J., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALÁBOVÁ, M., *Rady pro komunikaci*. Vydání druhé. [Praha]: Diakonie ČCE, 2017. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-19-8.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie. 2.*, Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
- MÁTL O. a kol. zpráva o stavu demence 2016, Česká alzheimerská společnost, o. p. s., Praha 2016
- MOJŽÍŠOVÁ, A., ed. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-761-3.
- NOVÁK, T., BEASTESS. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4.
- PACOVSKÝ, V., *Gerontologické minimum*. Praha: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1988. Knižnice Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze.
- PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0.
- PRŮŠA L. *Respitní péče*, Diakonie ČCE 201
- VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
- ZGOLA, J, M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9
- ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*. Praha: Grada 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.
- *Testovník: soubor testů pro gerontologii*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8.
- https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf
- Česká alzheimerská společnost, o.p.s. *Alzheimer.cz* [online]. Praha 8 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/konzultace/>
- Česká alzheimerská společnost, o.p.s. *Alzheimer.cz* [online]. Praha 8 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/osobni-asistence/>

- *Medicína* [online]. 2005 [cit. 2021-02-05]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/6475/34/G-Prouty-D-Van-Werde-M-Poertner-Preterapie/>
- *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>
- *Sociální politika EU* [online]. [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/11/na-co-maji-pecujici-osoby-narok/>
- Sociální práce. *Sociální práce* [online]. Brno: ASVSP [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>
- Sociální práce. *Sociální práce* [online]. Brno: ASVSP [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/odlehcovaci-sluzba-pro-rodiny-pecujici-o-cloveka-s-demenci/>

Příloha I. – Test kognitivních funkcí-MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápísem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: Domov se zvláštním režimem, Albrechtice nad Orlicí

Abstrakt

ŠIMEČKOVÁ, V. *Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice 2021. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra oddělení praxe. Vedoucí práce H. Machulová

Klíčová slova: sociální práce, senioři, Alzheimerova choroba, demence, domácí péče, podpora pečujících v domácím prostředí, poradenství, stacionář, svépomocné skupiny, nefarmakologická léčba, aktivizace seniorů

Práce si klade za cíl teoreticky popsat sociální práci v kontextu péče o lidi s Alzheimerovou chorobou primárně v domácím prostředí a poukázat na specifika, která s sebou práce s touto cílovou skupinou přináší. V práci je charakterizována Alzheimerova choroba tak, jak je to podchyceno v odborné literatuře. Dále je popsána péče o nemocného v domácím prostředí, specifika komunikace s nemocným a zátěž pečujícího. V práci je uvedeno, jaké jsou možnosti pomoci a podpory ze strany sociální práce vůči nemocnému i pečující osobě a teoreticky popsány možnosti nefarmakologické léčby.

Abstract

SIMECKOVA, V. *Social work with people Alzheimer's disease* České Budějovice 2021. Undergraduate thesis. University of South Bohemia. Faculty of Theology. Department of Practise. Supervisor: H. Machulová

Keywords: social work, senior citizens, *Alzheimer's disease*, dementia, in-home care, in-home care support, consulting, stationary, self-help groups, nonpharmacologic treatment, activation of senior citizens

The object of this undergraduate thesis is to theoretically describe social work focused on in-home care for patients with Alzheimer's disease and to highlight specific features of this target group. This work contains characteristics of Alzheimer's disease as described in academic literature. Also, it covers the topic of in-home care, specific features of communication with the patient and the strain laid on the social worker. Finally, this thesis lists the options of help and support of social work towards both the patient and the social worker and focuses on possibilities of nonpharmacologic treatment.