

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

Specifikum péče o seniora s Alzheimerovou chorobou
bakalářská práce

Autor práce:	Martina Procházková
Studijní program:	Rehabilitace
Studijní obor:	Rehabilitace a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Jana Šemberová, CSc.
Datum odevzdání práce:	14. 8. 2013

ABSTRAKT

Klíčová slova – Alzheimerova choroba, demence, péče, stáří

V celosvětové populaci přibývá starších lidí, mění se tak složení celé společnosti. Díky kvalitnější zdravotní péči se prodlužuje délka lidského života, což s sebou přináší i nové úkoly pro společnost, neboť specifické potřeby seniorů je třeba zaopatřit nejen po zdravotní, ale i po sociální a ekonomické stránce. Do této sféry je nezbytné směřovat zájem odborníků i široké veřejnosti, aby tak byla starým lidem poskytnuta nutná pomoc s maximálním využitím jejich vlastní kapacity.

Stáří jako určitá část lidského života s sebou přináší i zvýšené procento nemocí. K častým onemocněním patří demence a jednou z nejčastějších je Alzheimerova choroba.

Alzheimerova choroba je choroba mozku, která patří do skupiny neurodegenerativních onemocnění. Z počátku se projevuje velmi nenápadně poruchami paměti, postupně progreduje, přibývají další příznaky a mění se celá osobnost. Jedinci ztrácejí schopnost komunikovat, nezvládají sebeobsluhu a v konečném stadiu jsou plně odkázáni na ošetrovatelskou péči.

Bakalářská práce je zaměřena na specifika péče, s kterými se potýkají rodinní příslušníci pečující o seniora s Alzheimerovou chorobou.

První část teorie je věnována etapě stáří, neboť s ním je ponejvíce Alzheimerova choroba spojována. Seznamuje s vymezením pojmu stáří, se změnami a chorobami, jež jej provázejí, a také upozorňuje na to, aby se příznaky Alzheimerovy choroby nepodceňovaly a nezaměňovaly za obvyklé projevy stáří, neboť Alzheimerova choroba není běžným příznakem stárnutí. Druhá kapitola představuje etiologii choroby, příznaky, diagnostiku a nastiňuje i možnosti terapie. Třetí kapitola se zaměřuje na péči o seniory s Alzheimerovou chorobou, její specifika, která se musí respektovat – např. změny kognitivních funkcí, poruchy soběstačnosti, spánkového cyklu, změny emocí. Popisuje také, jak se na péči může podílet rodina a jakými formami stát.

Na základě stanoveného cíle bakalářské práce: „*Charakterizovat specifikum péče o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácnosti i v institucionálním zařízení*“ byla vytvořena hlavní výzkumná otázka: „*Jakými změnami projde rodina seniora s Alzheimerovou chorobou?*“

Pro praktickou část byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu a využita metoda dotazování. Schéma polostrukturovaného rozhovoru je pak tvořeno devíti dílčími výzkumnými otázkami.

Výzkumný soubor devíti rodinných pečovatelů byl vytvořen pomocí metody účelového výběru, kdy byli cíleně vybíráni respondenti. Kritériem výběru bylo, že pečují přímo či nepřímo o seniora s Alzheimerovou chorobou. Rozhovory byly uskutečněny se třemi skupinami rodin – těmi rodinami, jež zajišťují péči o nemocného seniora samy, dále rodinami využívajícími při péči sociální služby a konečně rodinami, které předaly nemocného do péče státu. Záměrem bylo upozornit na specifika všech tří forem péče.

Z výzkumu vyplynulo, že péče o seniora s Alzheimerovou chorobou změnil život celé rodině a je potřeba se nemoci přizpůsobit. Zároveň je důležité, aby si pečovatel uvědomil, že se opravdu jedná o nemoc, neboť touto nemocí se změnil celá osobnost člověka do té doby jim důvěrně známého. Respondenti sami vnímají péči o seniora s Alzheimerovou chorobou jako namáhavou (ve většině případů zvláště po psychické stránce) čtyřicetihodinovou péči. Toto si nejčastěji uvědomují ti respondenti, kteří se o péči dokáží podělit s terénní službou, a zároveň ti, kdo tu největší odpovědnost předali do rukou pečovatelů profesionálů.

Dále z výzkumu vyplynulo, že informovanost široké veřejnosti, a mnohdy nejen veřejnosti, o Alzheimerově chorobě je na velmi nízké úrovni, a proto by bylo vhodné zaměřit pozornost právě na oblast šíření informací do této sféry obyvatelstva.

Práce zpracovává autentické zkušenosti rodinných pečovatelů, kteří se starají o seniora s Alzheimerovou chorobou. Informace mohou být užitečné pro širokou veřejnost a zejména pro rodinné příslušníky a přátele mající bližší zájem o problematiku této choroby. Zároveň by mohla pomoci lidem, kteří stojí na počátku péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. Bakalářská práce se může stát inspirací i pro účastníky svépomocné skupiny „Čaj o čtvrté“ při DpS v Třebíči.

ABSTRACT

Key words – Alzheimer's disease, dementia, care, old age

In the world population, a number of elderly people increases which has an impact on the structure of the whole society. Thanks to a high-quality nursing care, length of human life enhances which implies new duties for the society because specific needs of seniors must be provided not only from the medical but also social and economic aspects. Interest of specialists and of the wide public should be focused on this sphere and old people must be given assistance while using their own capacity to the utmost extent.

As a particular part of human life, old age brings about a higher percentage of diseases. Dementia belongs among the frequent diseases and Alzheimer's disease is one of its most common form. It is a brain disease which is ranked among a group of neurodegenerative diseases. Initially, it manifests itself very inconspicuously with memory disorders, then it is gradually progressing, other symptoms emerge and the whole personality changes. Individuals lose the ability to communicate, they do not manage to care for himself or herself independently and in the final stage they are fully dependant on nursing care.

My bachelor thesis is aimed at the specifics that the care for seniors suffering from Alzheimer's disease brings to family members or caregivers.

The first part of the thesis is devoted to the old age because Alzheimer's disease is mostly linked to it, and old age is defined in terms of changes and diseases that accompany it. Its theoretical part highlights that symptoms of Alzheimer's disease should not be underestimated and mistaken for manifestations of the old age because Alzheimer's disease is not a common sign of aging. The second chapter deals with etiology, symptoms, diagnosis, and it also outlines the possibilities of therapy. The third chapter concentrates on care for seniors suffering from Alzheimer's disease, its specifics that must be taken into account such as changes of cognition abilities, sleep

patterns and emotions. It also presents the way family and the state institutions can participate in it.

On the basis of the given goal of the bachelor thesis (to characterize specifics of the care for a senior suffering from Alzheimer's disease being cared for at home or an institutional facility), the main research question was established. "Which changes will a family which cares for a senior suffering from Alzheimer's disease go through?" For the practical part of the thesis a strategy of qualitative research and questionnaire method was used. The scheme of semi-structured interview consists of nine partial research questions.

The research group consists of nine family caregivers who take care for a senior suffering from Alzheimer's disease. I interviewed three groups of families: people who take care of Alzheimer patient within their own family, family using social services and family who use state long-term care facility. The aim was to draw attention to the specifics that this care brings from these three different points of view.

The research results turned out that care for a senior suffering from Alzheimer's disease changes life of the whole family and therefore it is necessary to adapt to this disease. At the same time, it is important for a caregiver to realize that it is serious illness because it changes the whole personality of a person known until that moment. The respondents perceive care for a senior suffering from Alzheimer's disease as demanding (in most cases mentally) twenty-four hour care. This is realized especially by those respondents who share their care with streetworkers and also by those who pass most of their responsibility to professional caregivers.

Another of my research outputs is the fact that awareness of the public, and often not only the public, about Alzheimer's disease is on a very low level and that is why it would be suitable to draw an attention to the issue of spreading information to this sphere of population.

The thesis discusses authentic experience of family caregivers who care for a senior suffering from Alzheimer's disease. Information can be useful for the wide public, especially for family caregivers and friends who are interested in the issues of this disease. At the same time, it could help people who find themselves at the beginning of

the care for a senior suffering Alzheimer's disease. The bachelor thesis may become an inspiration for the participants of the self-help support group "Čaj o čtvrté" which is in existence in The Retirement Home in Třebíč city.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/ 1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2013

Podpis

Martina Procházková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali při vypracování této bakalářské práce. Především veliké díky za trpělivost patří mé vedoucí práce doc. PhDr. Janě Šemberové, CSc. Dále si nesmírně vážím pomoci mé maminky, která mi je vždy velikou podporou. A zároveň bych chtěla poděkovat všem rodinám, které mě nechaly nahlédnout do jejich soukromého života a podělily se se mnou o jejich nelehkou životní situaci.

OBSAH

Úvod	11
1. SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Stáří	12
1.1.1 Vymezení pojmů	13
1.1.2 Změny ve stáří	14
1.1.3 Choroby ve stáří	18
1.2 Alzheimerova choroba	22
1.2.1 Demence	23
1.2.2 Etiologie ACH	24
1.2.3 Příznaky ACH	25
1.2.4 Diagnostika a terapie	27
1.3 Péče o člověka s ACH	29
1.3.1 Péče a podpora	30
1.3.2 Specifika péče o nemocné ACH	32
1.3.3 Úloha rodiny	34
1.3.4 Úloha státu	36
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38
3. METODIKA	39
3.1 Metodika práce	39
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	39
3.3 Realizace výzkumu	40
4. VÝSLEDKY	41
4.1 Případové studie	42
4.2 Prezentace výsledků	51
5. DISKUZE	61
6. ZÁVĚR	66

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8. KLÍČOVÁ SLOVA	71
9. PŘÍLOHY	72

ÚVOD

V celosvětové populaci můžeme sledovat demografický trend – stárnutí společnosti. Že lidé stárnou, je přirozenou součástí života. Staří a stárnoucí jedinci byli už od prvopočátku v každé lidské společnosti, i když jejich počet byl podstatně menší než v současnosti, kdy naopak dramaticky narůstá. Prodlužující se věk staví společnost před nové problémy, se kterými je nutno se vypořádat, a problematika stárnutí se dostává stále častěji do popředí zájmu. Sumace nepříznivých vlivů však vede k tomu, že ve stáří přibývá nemocných lidí. Jedním z častých onemocnění stárnoucí populace je demence, přičemž nejčastější je demence u Alzheimerovy choroby.

Tématem bakalářské práce je péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. K tomuto tématu mě zavedla má osobní zkušenost s péčí o rodinného příslušníka s touto diagnózou a především úskalí, která jsme jako neinformovaní v této oblasti museli překonávat. Dle mého názoru informace o Alzheimerově chorobě mezi veřejností (a nejen veřejností – mám na mysli i praktické lékaře) stále chybí. Vždyť v každé čekárně u lékaře najdete letáčky, kde se píše, jak předcházet obezitě, čím odlehčit unaveným nohám, jak pečovat o pleť proti stárnutí, čím snížit hladinu cholesterolu, které léky užívat na bolesti kloubů, a mohla bych takto pokračovat ještě hodně dlouho, ale ani v jedné čekárně nejsou informační letáčky, které by upozorňovaly na příznaky a projevy Alzheimerovy choroby. Tato nemoc se nedá vyléčit, ale při stanovení včasné diagnózy se mohou některé její projevy zmírnit a nemocným i pečujícím se tak může zkvalitnit život. Neboť péče o nemocného Alzheimerovou chorobou je během na dlouhou trať, je to nekončící, celodenní péče, která většinou pohltí celou rodinu a ovlivní její život.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, první se zabývá teorií stáří, změnami, které jej provází, ale i nemocemi. Hlavní část teorie je zaměřena na Alzheimerovu chorobu a na vše, co s ní souvisí.

Ve výzkumné části seznamuji s průběhem a výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na zkušenosti rodinných příslušníků, kteří pečují, případně již přímo nepečují o seniory s Alzheimerovou chorobou.

1. SOUČASNÝ STAV

*Motto: „Sestřičky, sestry, připadám Vám známě?
A co si myslíte, když díváte se na mě?
Protivná ženská stará, všeho se léká,
divně se chová a dívá se do daleka.
Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse,
sedí tu, mlčí, jen žmoulá něco v puse.
Zdá se, že nevnímá, jaká je to s ní dřina,
a nosit ponožky a boty, to věčně zapomíná.
Žije, či nežije, snad neví, co se děje,
koupat a křmit, den za dnem jde – a bez naděje.
To myslíte si, sestry, když na mne hledíte?
Otevřete oči, prosím! To nejsem já, koho tu vidíte!*

*Řeknu Vám, kdo jsem já, co dřepím tu bez hnutí
a spím a jím a žiju, kdo jak mne donutí.“*

„Báseň byla nalezena na geriatrickém oddělení jedné nemocnice ve Skotsku poté, co její autorka zemřela (23, s. 126).“ Celé znění básně viz příloha č. 1.

1.1 Stáří

Věci, zvířata, lidi, které známe nebo je máme okolo sebe, časem mění své vlastnosti, stárnou. Neboť stárnutí je přirozený proces, jenž představuje postupnou ztrátu původních vlastností (12).

Stárnutí u člověka je zároveň proces dlouhodobý, jenž má většinou pozvolný, plynulý, časově nepostřehnutelný počátek, nezačíná úderem některých narozenin. Ve své podstatě je tu od úplného počátku života, neboť člověk tráví dospíváním asi čtvrtinu života a po zbylé tři čtvrtiny stárne (9).

Stále častěji slyšíme z médií, že lidstvo stárne. Takovýto demografický trend můžeme sledovat v celém světě. Je nutno si ale uvědomit, že po staletí žili ve společnosti starší a staří lidé, i když jejich počet byl relativně malý. Naproti tomu v posledních šedesáti letech tento počet trvale a dramaticky narůstá.

V České republice je podle Haškovcové na počátku 21. století očekávaná délka života pro muže 74,2 a pro ženy 80,3 roku. Odhady předpokládají, že v roce 2065 bude střední délka života u mužů 86,5 a u žen 91 let. Česká republika nyní také uvádí cca 14 % osob

starších 65 let, odhaduje se ale, že v roce 2030 se toto číslo zvýší až na 23–25 % a v roce 2050 dokonce na 30 % (10).

Na tom, že průměrný věk se prodlužuje, mají podíl především lékařské diagnostické a léčebné metody, jež se neustále zdokonalují, dále snížení kojenecké úmrtnosti, zlepšení hygienických podmínek a téměř úplné vymizení úmrtnosti v důsledku infekčních chorob (8).

Výrazněji se prodlužující podzim života staví před společnost nové problémy, které je nutno řešit. Je třeba se učit uspokojovat specifické potřeby starších lidí, neboť stárnutí přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Je tedy nutné směřovat do této oblasti pozornost a zájem nejen odborníků, ale i veřejnosti a poskytnout jim tak nezbytnou pomoc s využitím jejich kapacity (17).

1.1.1 Vymezení pojmu

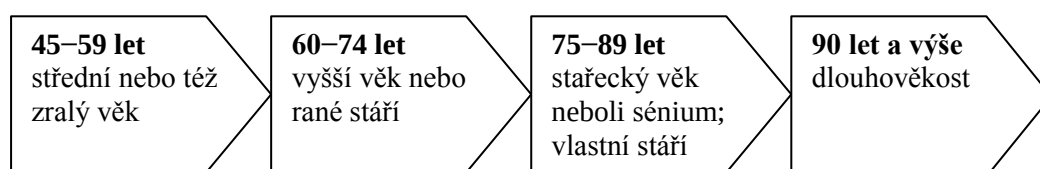
Stáří je úsek lidského života, který je považován spíše za období pasivní, jež nelze mnohdy příliš ovlivnit, neboť zde působí nepředvídatelné faktory jako nemoci, úrazy, smrt v blízkém okolí, ale mnohdy i politická a ekonomická situace. Z druhého pohledu je nutné si uvědomit, že stáří není nemoc, že je to jen určitá část lidského života se svými specifiky. Pod pojmem senior se tedy skrývá jakýkoli starý či starší člověk důchodového věku (22).

Pichaud uvádí Eriksonovu teorii stáří, podle níž je stáří obdobím, ve kterém se dovrší osobní vývoj moudrostí zakotvenou v přesvědčení, že vše, co člověk prožil, bylo pravou a dobrou součástí jeho života. Stáří jako takové tak přináší moudrost, shovívavost, humor, tichost, ale i schopnost vidět věci i lidi do hloubky, rozeznává pozitiva v samotě a hlavně nachází smysl života a smrti (29).

Stáří a stárnutí do jisté míry odpovídá stylu života, kterým jsme žili především ve středním věku. Je nutné si také uvědomit, že proces stárnutí je ovlivňován dvěma typy faktorů, jejichž vzájemná interakce se podílí na jedinečnosti a neopakovatelnosti každého jednotlivého člověka. Jedná se o genetické faktory, s kterými se člověk narodí, a faktory z okolního prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka v průběhu života nahromadily (9).

Haškovcová vymezuje stařecký věk podle definice Světové zdravotnické organizace jako období života, kdy poškození psychických i fyzických sil se stává manifestní v porovnání s předcházejícími životními obdobími. Je však třeba zdůraznit, že každý člověk stárne „jinak“, respektive stárne vlastním tempem a proces stárnutí je vždy diskontinuitní, neboť v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji v závislosti na individuálních dispozicích a prostředí, ve kterém žije. Z tohoto pohledu můžeme potkávat „*staré mladíky a mladé staříky*“ (10, s. 20).

Pro druhou polovinu lidského života se v současné době nejčastěji uvádí následující členění:



Zdroj: (10)

Krom výše uvedeného chronologického věku má svůj význam i tzv. funkční věk, jenž určuje samotnou kvalitu života. Subjektivně se na kvalitě života odráží i to, jak se člověk cítí, mluvíme o tzv. subjektivním věku (8).

O tom, jaký průběh stáří má nebo bude mít, rozhoduje řada faktorů, jak jsem zmínila již výše. V první řadě je to genetický program, který je prozatím nezměnitelný, svůj vliv mají rovněž prodělané choroby a stresy a vůbec způsob života, který jsme v dospělosti vedli. Každá životní etapa má své vlastní a jedinečné poslání a naší snahou by mělo být, aby stáří bylo tou nejšťastnější životní etapou s převahou radosti a klidu. Mělo by se stát samozřejmostí pečovat o tělesnou i duševní kondici, investovat do vlastního zdraví, udržovat společenské kontakty, styky s rodinou, dětmi a vnoučaty, zajímat se o vzdělávání a kulturní život (30).

1.1.2 Změny ve stáří

Gerontologická literatura, která se zabývá morfologickými a funkčními změnami organismu a psychiky, je popisuje jako změny postupné, jež provází stáří častěji než ostatní životní etapy a mohou vést až k erozi osobních zdrojů, což může nepříznivě

ovlivňovat schopnosti jedince udržet svoji soběstačnost a samostatnost v rozhodování (31).

I když každý člověk originálním způsobem prožívá svůj život, můžeme v určitých významných okamžicích najít shodu. Změny, které se u člověka odehrávají, sledujeme ve třech rovinách – tělesné, psychické i sociální (35).

Tabulka č. 1 Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
• změny vzhledu	• zhoršení paměti	• odchod do penze
• úbytek svalové hmoty	• obtížné osvojování nového	• změna životního stylu
• změny termoregulace	• nedůvěřivost	• stěhování
• změny činnosti smyslů	• snížená sebedůvěra	• ztráta blízkých lidí
• degenerativní změny kloubů	• emoční labilita	• osamělost
• kardiopulmonální změny	• změny vnímání	• finanční obtíže
• změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	• zhoršení úsudku	
• změny vylučování moči (častější nucení)	• sugestibilita	
• změny sexuální aktivity		

Zdroj: (35)

Involuční znaky se dostavují pozvolna a jsou individuálně variabilní, jak z hlediska času a rozsahu, tak i z hlediska závažnosti projevů (34).

Nepřehlédnutelné jsou změny zevnějšku, jež jsou čitelné ve tváři (změna výrazu, stírání se sexuální rozdíly), gestech, ale i v chůzi (krok se zkracuje a chůze se zpomaluje). Prodlužují se ušní lalůčky, klesají horní víčka, po ztrátě zubů dochází ke změně výrazu úst a poklesu dolní části obličeje. Vlasy mění barvu, šedivějí, řidnou, vypadávají. Přibývají vrásky, kůže je méně napjatá a pevná, vysušuje se, pigmentuje. Ochabuje svalstvo a zároveň klesá jeho pružnost, ubývá svalová síla a fyzická výkonnost. Pokles svalové síly však nepostihuje všechny svaly stejnoměrně, u trénovaných svalů je oslabení pomalejší. Nastává úbytek kostní hmoty (osteoporóza), pohyblivost páteře

a kloubů bývá obtížnější, někdy dokonce i bolestivá. Pohyby se zpomalují a postava se nachyluje, zmenšuje (10).

Snižuje se tělesná výška, zvyšuje se tělesná hmotnost. Mění se tělesné složení – ubývá tělesná hmota a naopak přibývá tuk a vazivo. Změna je patrná i u tělesných proporcí – mění se poměr šíře ramen a boků či pasu, ale také poměr výšky trupu a dolních končetin. V pokročilém stáří pak dochází k ubývání tělesné hmotnosti (19).

Mění se fyziologické funkce smyslových orgánů – uši obtížně vnímají vysoké tóny a citlivě reagují na šumy; zrak slábne, obsáhne menší šířku, starší člověk se pomaleji adaptuje na změny světla a na tmu. Čich je relativně nejstabilnější, rozlišování chuti bývá oslabeno a vyšší práh citlivosti byl pozorován v oblasti hmatu.

Při námaze se rychleji unaví i dýchací soustava, snižuje se vitální kapacita plic, slýcháme, že starší lidé mají tzv. „kratší dech“ (29).

Změny jsou patrné i v termoregulaci, pomalu a špatně se přizpůsobuje teplotním změnám, hůře se prokrvují končetiny (9).

Fenotypem stáří bývají označeny ty tělesné změny a projevy, kterými se odlišují staří lidé od mladých. Uvádí se, že mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální. Je patrná značná interindividuální variabilita. V dlouhodobém horizontu mají svůj význam i fylogenetické vlivy, jež způsobují, že nové generace stárnou v lepší tělesné kondici a lepším zdravotním stavu a zároveň jsou sociálně ambicióznější než předešlé generace (19).

Podle Pichauda přináší fyzické stárnutí primárně změny struktury a následně pak změny funkcí – zpomalování, úbytek. Některé vlastnosti těla se nemění, dokonce se zlepšují. Změny funkcí nejsou mnohdy fatální. Vhodnou duševní a tělesnou aktivitou se nástup funkčních změn může zpomalit, což vede k prodloužení aktivního života (29).

Involučnímu procesu je vystavena i psychika stárnoucího člověka. Člověk hůře vidí a slyší a to má vliv na jeho orientaci v praktickém životě. Má i pomalejší reakce na podněty, potřebuje delší dobu na rozhodování i na přípravu obvyklých denních činností. Zpomaluje se rychlost slovní reakce, k vyjádření je zapotřebí více slov (10).

Pokles psychické adaptační energie se projevuje především v tom, že staří lidé se hůře vyrovnávají se zátěžemi, jež přicházejí z vnějšího prostředí. Nechtějí se vzdát starých

návyků, neradi přijímají nové názory a s nelibostí nesou změny ve svém bezprostředním okolí.

Citový a intelektuální život se pro ně stává důležitějším, starší lidé jsou emočně zranitelnější, zvyšuje se potřeba citové náklonnosti a mnohdy očekávají ohledy a porozumění od svého okolí. Na druhé straně afektivní prožívání ztrácí intenzitu, nedochází k citovým výlevům, v některých situacích zůstávají neteční. Stávají se introvertní, soustředí se na sebe, na své problémy (9).

Změnou procházejí i kognitivní schopnosti – vnímání, paměť, představy, myšlení. V paměti se ožívují dávno minulé zážitky, hůře se udrží nové události, obtížněji se vybavují některé názvy nebo jména.

Na osobnosti starého člověka se odráží jeho způsob boje s obtížemi, jež s sebou pokročilý věk nezbytně přináší. A tak se někteří s problémy stárnutí vyrovnávají realisticky a přitom aktivně, jiní se mnohdy zbytečně stávají závislými na cizí pomoci a další ventilují své nepřátelské pocity vůči svému nejbližšímu okolí, celému světu i vůči sobě samému (21).

Ve stáří dochází k úbytku a proměně sociálních rolí. Typickým markerem stáří je stanovený věk odchodu do důchodu, kdy člověk ztrácí svou specifickou profesní roli. Stává se důchodcem a musí se naučit tuto roli přijmout, i když právě tato změna významně narušuje rovnováhu dosavadního systému všech rolí, neboť zasahuje všechny složky osobnosti, mění chování, uvažování, ale i prožívání. Chronologický věk pro odchod do důchodu mnohdy neodpovídá z biologického ani psychologického hlediska. Někteří senioři jej neakceptují jako skutečný práh vlastního stáří, za podstatné ale považují v prvé řadě svůj fyzický stav, teprve až potom kalendářní věk a jako další ukazatel udávají ztrátu duševní svěžesti a ztrátu autonomie (31).

Další změna rolí je podmíněna biologicky. Starý člověk může onemocnět a získá tak roli nemocného, nebo i bezmocného, ztratí partnera a získá roli vdovce. Zmenšuje se tak okruh blízkých přátel a příbuzných, může dojít k částečné či úplné izolaci starých lidí.

Sociální status člověka ale ovlivňuje i viditelná změna jeho zevnějšku, to, co způsobilo stárnutí organismu. Okolí jej v důsledku této změny vnímá jako starce a přizpůsobuje tomu i své chování. Starý člověk je většinou zaměřen do minulosti. Bilancuje svůj

postoj k sobě samému, ale i ke světu, nemůže změnit svůj život a nechce ani, aby se měnil okolní svět.

Než se člověk „stane“ starým, prožívá poměrně dlouhé období, ve kterém může řadu nedostatků úspěšně korigovat – opatří si brýle, naslouchadla, dokáže zhodnotit svoje fyzické síly, a tak si práci rozvrhne do delšího časového úseku – umí hospodařit s časem, případně se extrémní fyzické námaze vyhne (10).

Pro závěr tohoto období je charakteristické přijetí faktu stárnutí, což se projeví změnou vlastní identity. Pokud se senior sám začne považovat za starého, většinou to znamená, že si uvědomil výrazné zhoršení v oblasti smyslů, kognitivních schopností a také úbytek fyzických sil, jež je často spojen s únavou a ztrátou „chuti do života“. Adaptace na stáří tak začíná v okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne (34).

1.1.3 Choroby ve stáří

Člověk během svého života prodělá spoustu nemocí, jež ovlivní jeho somatické funkce, a mnohé z těchto nemocí mají chronický charakter. Ve stáří dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a tak přibývá nemocných lidí, avšak stáří samo o sobě není chorobným stavem.

Jak uvádí Vágnerová, zdraví má ve stáří jiné dimenze, za zdravého považujeme člověka, jenž netrpí žádnou zjevnou chorobou, sám se necítí nemocný, je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a vyvíjí věku přiměřené fyzické, psychické a sociální aktivity. Subjektivní postoj k vlastním potížím, s kterými se člověk v tomto věku setkává, má pro něj velký význam. Díky němu se lépe může přizpůsobit svým možnostem a akceptovat tak různá omezení, která samotné stáří přináší. Naopak zdůrazňování zdravotních komplikací, vynucování si pozornosti v důsledku somatických stesků, zvýšená koncentrovanost na své choroby může ohrozit sociální pozici starého člověka (34).

Prevalence chronických chorob ve vyšším věku je velmi vysoká. Ve věku nad šedesát let trpí chronickými chorobami 95 % mužů a 97 % žen. Typické pro stáří je také to, že u starého člověka se vyskytuje současně více různých, zpravidla chronických onemocnění, tzv. multimorbidita.

Nemoci, jež se vyskytují ve stáří nejčastěji, mohou být rozděleny do tří skupin:

- nemoci oběhové soustavy;
- nemoci pohybového ústrojí;
- nemoci endokrinní a poruchy výživy a přeměny látek.

Nemoci oběhové soustavy postihují 76,7 % osob starších šedesáti let. Nejčastěji se vyskytuje hypertenze (u 50,7 % všech osob nad šedesát let) – téměř rovnoměrně jak u mužů, tak u žen; následují ischemické choroby srdce (u 36,8 %) – častější u mužů – a nemoci žil (u 17,2 %) – častější u žen. 41,8 % osob nad šedesát let postihují nemoci pohybového ústrojí. Zde se nejčastěji jedná o dorzopatie (u 24,2 %) a osteoartrózy (u 20,4 % všech osob). Nemocemi pohybového ústrojí jsou častěji postiženy ženy. Ve skupině nemocí endokrinních a poruch výživy a přeměny látek, jež se vyskytují u 29,8 % všech osob starších šedesáti let, převažuje diabetes mellitus (u 16,8 %) (19).

Mezi další choroby, které se vyskytují u populace starší šedesáti let, patří nemoci trávicího ústrojí, nemoci respiračního ústrojí, nemoci močového a pohlavního ústrojí, poruchy kontinence, problémy s vyprazdňováním, poruchy smyslových orgánů a v neposlední řadě i psychické poruchy a poruchy chování.

Nemoci, které v současnosti nejčastěji ovlivňují funkční stav seniorů:

Hypertenze

Nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému. Spolu s diabetem mellitem, hyperlipidemií a chronickým nikotinismem je nejvýznamnějším rizikovým faktorem, který se podílí na vzniku ischemické choroby srdeční. Příčina je většinou neznámá, podílí se na ní genetické předpoklady, stres, nezdravé životní návyky. Menší procento je způsobeno konkrétními poruchami (onemocnění ledvin, hormonální poruchy...). Prevalence u této nemoci narůstá s věkem (19).

Ateroskleróza

Jedná se o degenerativní onemocnění cévních stěn. Postihuje cévy, ty ztrácejí pružnost a dochází ke kornatění jejich stěn. Je to způsobeno ukládáním tzv. aterogenních látek. Patologická ložiska v cévních stěnách (ateromy) způsobují zúžení průsvitu arterie a nedostatečné prokrvení orgánů, jež může vést k jejich selhávání (29).

Ke změnám dochází na věnčitých tepnách srdce ICHS, na tepnách dolních končetin ICHDK a mozkových tepnách COM. Ateroskleróza je nejčastější příčinou cévní mozkové příhody a infarktu myokardu. Tato nemoc souvisí s věkem a genetickou výbavou, s hladinou LDL cholesterolu v krvi, zvýšené riziko přináší diabetes mellitus, hypertenze, kouření (36).

Cévní mozková příhoda

Postihuje určitou část mozkové tkáně, je způsobena neprůchodností cév (trombem nebo embolem) nebo poruchou celistvosti cévní stěny, která následně vyvolá krvácení do mozku. Tyto příhody způsobují nedostatečné prokrvení mozku (ischemická CMP) nebo poškození struktury mozku (hemoragická CMP). Klinické projevy mohou být od dočasných poruch paměti, hybnosti a řeči, bolesti hlavy až po ztrátu vědomí, ochrnutí a smrt. Rizikovými faktory jsou hypertenze, fibrilace síní, ateroskleróza, obezita, kouření, diabetes mellitus (36).

Infarkt myokardu

Při infarktu je poškozena část srdečního svalu po přerušení krevního zásobení kyslíkem. Příčinou bývá ucpání některého úseku koronární tepny. Nemoc se projevuje silnou, svíravou bolestí na hrudi, bolest může vystřelovat do ramene, paže, krku, břicha; může ji doprovázet úzkost, pocení. Vyžaduje akutní lékařskou pomoc (36).

Osteoporóza

Pro toto onemocnění je charakteristický úbytek kostní hmoty, tzv. „řídnutí kostí“. Rozlišují se dva typy – postmenopauzální a senilní. Ve vyšším věku se nejčastěji jedná o zlomeniny krčku stehenní kosti. Příčinou může být genetika, dlouhodobá nehybnost, léčba kortikoidy nebo důsledek některé vzácné choroby, ovlivňuje ji i kouření a nadměrná konzumace kávy. Jejím následkem je křehkost, projevuje se bolestmi např. zad, zmenšením tělesné výšky. Léčba je dlouhodobá a spíše se jedná jen o zastavení dalšího vývoje onemocnění (36).

Osteoartróza

Degenerativní onemocnění kloubů, pro nějž je typická destrukce kloubní chrupavky. Zničení chrupavky omezuje funkci kloubu, jeho hybnost. Nemoc se projevuje bolestmi, které se stupňují. Nejčastěji jsou postiženy kyčelní a kolenní klouby. Příčina není

známa, rizikovými faktory jsou dědičnost, jednostranné přetěžování kloubů, prodělaná kloubní onemocnění. Léčba se zaměřuje na tlumení bolesti a zánětu, důležitá je rehabilitace, u vážných stavů se přistupuje k nahrazení kloubu protézou (36).

Diabetes mellitus

Porucha metabolismu způsobená nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností. U seniorů se většinou jedná o diabetes II. typu, jeho projevy jsou patrné ve středním až vyšším věku. Dochází k inzulínové rezistenci. Glukóza je špatně využívána v organismu, do buněk se dostává v nedostatečné míře a ty pak trpí nedostatkem energie. Pokud se neléčí nebo nejsou dodržovány zásady léčby, dochází ke vzniku a rozvoji dalších onemocnění akutních i chronických (diabetické kóma, častější infekce, diabetická nefropatie, oční katarakta, diabetická retinopatie...). Příznaky: žízeň, nechutenství, úbytek hmotnosti, únava, polyurie. Při léčbě je nutná úprava životního stylu, výživy, často je třeba snížit i tělesnou hmotnost (36).

Parkinsonova nemoc

Je chronické, progresivní onemocnění nervové soustavy, které vzniká na podkladě degenerativního zániku neuronů. Klinickým projevem je parkinsonský syndrom provázený třesem, rigiditou a akinezi (19).

Nepostihuje jen nervovou soustavu, ale může být přítomna i podkorová demence, deprese. Zvýšenou svalovou ztuhlost, pohybovou chudost, maskovitý obličej, změněnou řeč a chůzi bez souhybů horních končetin často doprovázejí vegetativní příznaky – zácpa, poruchy spánku nebo psychické obtíže. Příčina není známa (36).

Demence

Patří mezi nejzávažnější nemoci vyššího věku. Sice není specifická pro tuto životní etapu, ale s vyšším věkem se procento demencí zvyšuje. Postupně dochází k podstatnému snížení kognitivních funkcí. Je zasažena nejen paměť, ale i intelekt, motivace a výkonné funkce. Tyto funkce jsou omezeny tak podstatně, že člověk není schopen běžných aktivit (profesních ani sebeobslužných). Druhotně dochází i k poruchám nekognitivních funkcí – chování, spánku a emocí.

Za nejčastější demenci je považována **Alzheimerova nemoc** – choroba mozku, která tvoří asi 50 % demencí ve stáří. Patří do skupiny neurodegenerativních onemocnění.

Nejčastěji se jako první nenápadně projevují poruchy paměti, nemoc postupně progreduje, přidávají se další příznaky související se změnou osobnosti, ztrátou schopnosti komunikovat, jedinci nezvládají sebeobsluhu a v konečném stadiu nemoci jsou plně závislí na ošetrovatelské péči (19).

Ve stáří se často vyskytují i nespecifické příznaky, které jsou povšechné, závažné, ale mnohdy přehlížené či nedoceněné (únava, anorexie, hypobulie, spavost nebo naopak insomnie). Ani samotné objektivní nálezy nejsou vždy typické, neboť nemoci se mohou často kombinovat nebo maskovat. Může tak dojít k situaci, že některá méně nápadná onemocnění mohou být nedostatečně diagnostikována, týká se to např. demencí a depresí, nebo i chronických infekcí, osteoporóz, ale i inkontinence. Specifickému obrazu průběhu nemocí ve stáří je třeba věnovat náležitou pozornost (27).

Mnozí lidé dokáží i s přítomnými nemocemi být naprosto soběstační a nezávislí. Ale často právě v souvislosti se stářím směřují subjektivní obavy starších lidí k vlastní osamělosti a především k obavě z nízké kvality života, jež je zapříčiněna špatným zdravotním stavem.

Je nutné si uvědomit, že pro starého člověka není rozhodující přítomnost samotné nemoci, ale ztráta soběstačnosti a narůstání závislosti v důsledku stupně funkčního postižení, které nemoci způsobují. S věkem se však stupeň postižení funkcí velmi výrazně zvyšuje. A tak v pokročilém stáří je počet částečně nebo plně závislých až třikrát vyšší než ve stáří raném (19).

1.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je ve své podstatě velmi krutá nemoc, neboť lidem, kteří se s ní setkají, ať už na pozici nemocného či pečujícího, „krade“ život. Nemocní tak nejčastěji přichází o své vzpomínky, uzavírají se do sebe (1).

Pod pojmem Alzheimerova choroba (ACH) si lidé nejčastěji vybaví člověka, který zapomíná, ztrácí věci, nepoznává známé či nemůže najít cestu domů (17).

1.2.1 Demence

V důsledku stárnutí populace se demence stává jedním z nejčastějších onemocnění, dokonce převyšuje i výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod. Odhady hovoří až o 100 000 osobách. Hlavním rizikovým faktorem je věk, neboť počet demencí se s věkem zvyšuje. Pacienti, kteří trpí demencí, většinou procházejí na počátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy. Ta se vyskytuje u 1–5 % celkové populace a u 11 % populace starší devadesáti let. Demence představuje charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. S rozvojem demence jsou tak některé choroby spojeny (např. ACH), u jiných se demence může rozvíjet jen někdy (AIDS) (17).

Pidman vymezuje pojem demence jako syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Má obvykle chronický nebo progresivní, ale většinou nezvratný charakter a dochází při něm k narušení vyšších korových funkcí, nevyjímaje paměť (krátkodobou i dlouhodobou), myšlení, orientaci, schopnost řeči, učení a úsudku. Zhoršení kognitivních funkcí často doprovází i změny v emočním a sociálním chování. Zásadně ovlivňuje i další funkce a život pacienta (28).

Demence postihuje základní fungování, narušuje běžné denní aktivity a objevují se při ní tři okruhy poruch:

- *„porucha kognitivních funkcí;*
- *behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování, přidružené psychotické příznaky, poruchy emotivity včetně přidružené depresivní nebo úzkostné symptomatiky, poruchy spánku či posunutí cyklu spánků – bdění);*
- *poruchy aktivit denního života (poruchy profesních dovedností, poruchy schopnosti provádět základní životní aktivity, jako je např. schopnost starat se o osobní vzhled a hygienu, oblékat a svlékat se apod.).*

Tyto okruhy se navzájem prolínají (19, s. 547).“

Podle příčin se dělí demence do dvou skupin:

- Demence, jež mají za podklad **atroficko-degenerativní procesy** mozku; tzn. takové procesy, při kterých dochází ke snížení počtu nervových buněk,

počtu spoju nervových buněk, k poruše jejich funkce a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin (např. ACH).

- Demence **symptomatické**, jejichž podkladem je celkové onemocnění, infekce, intoxikace, nádory, cévní poruchy, úrazy, metabolické změny a jiné poruchy, které postihují mozek. Dělí se ještě do dvou podskupin:
 - demence vaskulární (na podkladě mozkových cév – např. mozkové infarkty);
 - ostatní symptomatické demence (např. infekční demence) (17).

1.2.2 Etiologie ACH

Největší procento demencí (60 %) tvoří demence ze skupiny atroficko-degenerativní, přičemž nejčastější z této skupiny je právě demence u ACH.

ACH je progredientní onemocnění vyznačující se charakteristickými klinickými a patologickými příznaky. Jako první ji popsal profesor Alois Alzheimer v roce 1906 při své přednášce na konferenci v Tübingenu jako „*neobvyklou poruchu cerebrálního kontextu*“ (28, s. 34). O rok později byl případ jeho pacientky, která trpěla příznaky, jejichž soubor se stal později nosologickou jednotkou pojmenovanou po přednášejícím, publikován a stal se tak základním kamenem ACH (28).

Tehdy se ale považovala za nemoc vzácnou, naopak v současnosti se více než u sedmi miliónů obyvatel Evropy nějaká forma demence vyskytuje (3).

ACH je podle Pidrmána primárním onemocněním šedé kůry mozkové, onemocnění trvá od objevení prvních příznaků až po exitus 2–12 let, ale byli popsáni pacienti, již žili s chorobou i více než 15 let. Nemoc se nejčastěji vyvíjí plíživě, ale přitom pomalu a trvale progreduje, má tři stadia – časné, střední a těžké. V důsledku pomalého a často nenápadného začátku si okolí prvních projevů demence ani nepovšimne (28).

ACH náleží mezi neurodegenerativní onemocnění. Jiráček též uvádí tři stadia nemoci – lehké, střední a těžké – a dělí ACH arbitrálně podle doby manifestace prvních klinických příznaků, a to na formu s časným začátkem (**presenilní**) – příznaky jsou patrné před 65. rokem života – a na častější formu s pozdním začátkem (**senilní**), kdy se klinické příznaky manifestují po 65. roce života.

Velmi vzácně a častěji v mladším věku se vyskytuje tzv. familiární forma, která je podmíněna geneticky a vyskytuje se u více členů pokrevního příbuzenstva.

Klinickou manifestací demence ve většině případů předchází stav, kterému se říká lehká porucha poznávacích funkcí. Vyznačuje se tím, že je přítomna subjektivní i objektivní porucha paměti, která je měřitelná psychometrickými testy, ale ještě nedosahuje stupně demence. V počátku nejsou narušeny ani běžné životní aktivity (19).

Doba, po kterou trvá preklinické stadium nemoci, není jasná, pravděpodobně se může jednat o 1–2 roky. V tomto období je nutné nezaměnit první příznaky nemoci s příznaky, jež doprovází klinicky normální stáří. Nejčastějším příznakem tohoto období jsou poruchy epizodické paměti s charakteristickým zapomínáním každodenních událostí (20).

Příčiny ACH jsou zatím neznámé, uvažuje se o genetických faktorech, vlivu věku, vzdělání, ale i pohlaví. Dále pak o vlivu tělesných i duševních aktivit, opakovaných stresů, různých infekcí a o řadě dalších faktorů, avšak zatím se jedná pouze o hypotézy (18).

Uvedené faktory mohou způsobovat onemocnění ve vzájemné součinnosti.

„Zhoršování funkce mozku je způsobeno dvěma hlavní procesy:

- *tvorbou látek, které doslova „dusí“ neurony čili nervové buňky mozku;*
- *poklesem tvorby mozkových neurotransmiterů (chemických posílů), což má za následek narušení a znemožnění normální „komunikace“ mezi jednotlivými neurony navzájem (14, s. 9).“*

ACH je výsledkem postupně se zhoršujícího chronického onemocnění mozku, jenž v konečné fázi znemožňuje pacientovi běžné vykonávání každodenních potřeb (14).

1.2.3 Příznaky ACH

Narušení mozku ACH způsobuje pokles kognitivních funkcí, zasažena bývá nejčastěji paměť a myšlení, mění se osobnost nemocného. Vede k jeho postupné závislosti na každodenní péči jiného člověka, neboť v posledních stádiích nemoci není schopen se o sebe postarat (3).

V průběhu onemocnění rozlišuje většina autorů tři stadia, jež mají charakteristické, specifické rysy, přičemž některá specifika se mohou objevit v kterémkoli stadiu, nebo nemusí nastat vůbec. Přejchod mezi jednotlivými stadii může trvat i několik let a může se objevit i fáze, kdy dojde k nápadnému zpomalení průběhu nemoci (14).

Tři stadia nemoci podle Mlýnkové:

- I. stadium – počínající a mírná demence – nejdříve dominují zejména změny kognitivních funkcí, poté pak poruchy chování;
- II. stadium – středně pokročilá demence – v tomto stadiu je již patrná porucha soběstačnosti, senior vyžaduje neustálý dohled;
- III. stadium – pokročilá forma demence – klient je trvale odkázán na kontinuální pomoc a ošetrovatelskou péči (27).

V prvním stadiu (*lehké*) Alzheimerovy demence dochází většinou k poruchám paměti ve všech jejích složkách. Časným příznakem je porucha prostorové a časové paměti. Pacienti ztrácejí soudnost a schopnost logicky uvažovat. Poruchy se dotýkají i běžných denních aktivit. Rozdíl od pacientů s ischemicko-vaskulárními demencemi je v tom, že u pacientů s ACH dochází poměrně brzy k degradaci osobnosti. K podstatnému zhoršení paměti dochází ve druhém (*středním*) stadiu, poruchy mohou vést až k amnestické dezorientaci. Bývá zaznamenána výrazná deteriorace intelektu. Zhoršují se řečové schopnosti typu afázií, agnózií nebo apraxií. Dochází k takovým poruchám denních aktivit, že nemocní přestávají být soběstační a začnou být odkázáni na péči svého okolí. V tomto stadiu se objevují příznaky behaviorální a psychologické demence – poruchy chování, změny emocí – afektivita, deprese, úzkosti, agresivita (verbální i nonverbální). Mohou se objevit bludy i přechodné poruchy vnímání. Může být porušen spánkový cyklus, časté bývají útoky a již v tomto stadiu je možno zaznamenat inkontinenci moči a někdy i stolice. Ve třetím (*těžkém*) stadiu mají nemocní již tak výrazné poruchy paměti, že dochází k dezorientaci časem i místem. Nepoznávají známé a s progresí demence ani své nejbližší příbuzné. Bez pomoci nejsou schopni vykonávat osobní hygienu ani další bazální aktivity denního života, běžná je inkontinence. Jsou plně odkázáni na péči okolí. Přestávají být schopni smysluplné

verbální komunikace, ztrácejí schopnost číst psát. U behaviorálních a psychických příznaků demence dochází též k progresi (19).

Ne všichni pacienti s ACH mají totožné příznaky, neboť konkrétní projevy nemoci jsou ovlivňovány mnoha faktory – předchozím tělesným a duševním stavem, stylem života a typem osobnosti (14).

1.2.4 Diagnostika a terapie

Diagnóza ACH se stanovuje na základě mnoha klinických a laboratorních dat, na nichž se podílí specialisté z oboru neuropsychologie, neurologie, psychiatrie a geriatrie, neboť zatím neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test. Nicméně níže uvedené testy umožňují stanovit diagnózu s velmi vysokou pravděpodobností (14).

Prvním krokem k určení diagnózy je u pacienta zjištění syndromu demence. Je třeba vyhodnotit anamnestické údaje, které poskytl i rodinní příslušníci či jiní pečovatelé pacienta, je nutno zhodnotit klinický obraz a průběh choroby. Pro pomocná vyšetření je např. používána řada testových metod včetně výkonnostních testů, např. MMSE (Mini- Mental State Examination), dále pak test kreslení hodin a mnohé další, avšak tyto testy nejsou specifické pro ACH. Pomocí zobrazovací metody (počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance) se zpravidla ukáže obraz kortikosubkortikální atrofie bez dalších změn (např. cévních). Též bývá zjišťována atrofie hipokampů. Vyloučit sekundární demence pomohou biochemické a hematologické testy; sérologické testy pomohou vyloučit demence na podkladě AIDS, luetického onemocnění nebo lymfské borreliózy. Vývoj mnohočetného kognitivního deficitu se projevuje postižením paměti (a to jak schopnosti učit se nové informace, tak i schopnosti vybavit si předchozí naučené informace) a současně i jedním nebo více dalšími znaky – afázií, apraxií, agnózií nebo narušením hodnotících funkcí (19).

Diagnóza demence se i v dnešní době významně podceňuje. Rodina a někdy i samotní lékaři nevěnují prvním příznakům demence zaslouženou pozornost, některé příznaky demence tak připsají na vrub stáří. Pokud si tedy okolí všimne změny stavu, zaznamená příznaky demence, je vhodné stav konzultovat s dobrým lékařem, případně se obrátit na specialistu. Diagnostika demence je proces, na kterém se podílí několik

rovnocenných složek – pacient a pečující osoba, somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí a zobrazovací techniky (17).

ACH patří do skupiny onemocnění, která současná medicína neumí vyléčit, neboť dosud nejsou přesně známy její příčiny. Nejobtížnější příznaky ACH jsou zmírňovány celou řadou léčiv – antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, antiparkinsonika, trankvilizéry, barbituráty. Ke komplexní léčbě patří i moderní nefarmakologické postupy. Mezi nejčastěji užívané patří terapie orientovaná na realitu a terapie validizační. Tyto postupy se snaží pacientům usnadnit komunikaci s vlastním utrpením a vedou k lepšímu pochopení choroby. Léky nové generace – inhibitory cholinesterázy – obnovují v mozku potřebnou rovnováhu, zmírňují tak příznaky ACH, pomáhají zachovávat kognitivní funkce co nejdéle a tím chrání soběstačnost pacienta (14).

Nejmodernější léčiva – kognitiva – ale mohou při včasné zahájení léčby zmírnit příznaky ACH, zpomalit nebo i přechodně pozastavit její postup a tím oddálit nejtěžší stadia nemoci. Jedná se o tzv. symptomatickou léčbu, která neléčí příčinu nemoci, ale pouze její důsledky. Franková uvádí, že „*kognitiva zlepšují přenos informací mezi mozkovými buňkami (inhibitory cholinesteráz: donepezil, rivastigmin, galantamin) nebo blokují škodlivý účinek chorobně zvýšené hladiny glutamátu v mozku (memantin)*“ (7, s. 17).“ O léčbě musí vždy rozhodnout lékař-specialista, neboť kognitiva nejsou vhodná pro všechny nemocné ACH (7).

Terapie ACH se zaměřuje na zlepšení kvality života nemocného, léčí se narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, korigují se patologické změny osobnosti. Očekává se stabilizace nemocného, oddálení progresu a přechodu nemoci do těžších stadií. Snahou je prodloužení období soběstačnosti nemocného a tím zároveň snížení potřeby a náročnosti pečovatelské služby.

Pidman shrnuje cíle léčby demence do tří bodů:

- snaha o zlepšení stavu pacienta;
- snaha o udržení dosavadního stavu;
- snaha o zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady (28).

Komplexní terapie ACH zahrnuje farmakoterapii, psychosocioterapii, léčbu interkurentních onemocnění a rehabilitaci tělesných funkcí. Nezapomíná ani na práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného (20).

Ve světě je výzkum ACH řazen mezi priority, zkoumány jsou především mechanismy neurodegenerace a z toho vyplývající možnosti jejího ovlivnění. Zájem směřuje do oblasti genetiky ACH, k mechanismům tvorby patologických bílkovin, k poruchám přenosu informací uvnitř buňky, zaměřuje se též na nervové růstové faktory a v neposlední řadě i na vývoj nových léčiv. Zkoumána je celá řada dalších mechanismů. Naděje jsou vkládány do použití kmenových buněk, vyvíjena jsou léčiva, která zamezí tvorbě a srážení *beta*-amyloidu (17).

1.3 Péče o člověka s ACH

Hovoříme-li o péči, máme na mysli všechny její formy – péči ošetrovatelskou, pečovatelskou, lékařskou, terapeutickou a nesmíme vynechat ani zákonodárnou, ekonomickou, neboť všechny tyto formy mají se seniory nejen s ACH cosi společného a je třeba je posuzovat v širších souvislostech. Samotnou péči pak vykonávají nejen odborníci, kteří pečují o klienty-pacienty, ale i laici – rodinní příslušníci, dobrovolníci a stát, který většinou pověřil vykonáním zákonodárné a ekonomické péče nižší složky – kraje a obce.

Všechny formy péče je nutné doplňovat a kombinovat tak, aby vyhovovaly klientům a zároveň jim přinášely možnost volby a výběru. Klientem se tak stává nejen senior, ale mnohdy jde i o jeho příbuzné. Péče je tak pojímána jako interakce mezi sociálním a materiálním systémem (7).

Při péči o klienty s ACH je třeba se obrnit velkou trpělivostí, neočekávat výrazné úspěchy za krátký čas. Zaměřit se na uchování běžných denních aktivit a návyků, udržovat a rozvíjet ty funkce, které nemocnému ještě zůstaly. Optimální je zachovat seniorovi původní prostředí, označit místnosti (záchod, koupelna), vhodně umístit dobře čitelné kalendáře, hodiny (20).

V souvislosti s péčí o seniory, obzvláště s ACH, nelze jednoznačně spoléhat na stát, ale zároveň se stát nesmí zbavovat povinnosti a delegovat veškerou péči na rodinu, aniž

by k tomu vytvořil podmínky (finanční a rámcové). Ideální situace nastává tehdy, pokud dochází k dělení odpovědnosti mezi všechny zainteresované (32).

Cílem péče o seniora s ACH je v první řadě jeho spokojenost. Nabízíme aktivity, které směřují ke kompenzaci ztrát mozkových funkcí, a přitom se snažíme maximálně využívat zachované schopnosti (dlouhodobá paměť, smyslové vjemy, zafixované vzorce chování) tak, abychom co nejdéle uchovali funkční dovednosti. Zajišťujeme seniorovi bezpečí a snažíme se o jeho sociální začlenění. V neposlední řadě je třeba zajistit pacientovi přiměřený příjem jídla a pití, přiměřenou teplotu, vhodné oblečení, dostatek světla. Je nutné též dbát o celkový tělesný stav, smyslové funkce (zajistit korekci zjištěných vad – brýle, naslouchadla) a léčit všechna přidružená onemocnění (7).

1.3.1 Péče a podpora

„V každém stadiu vývoje nemoci mají pečovatelé, rodinní příslušníci a osoby trpící Alzheimerovou nemocí nebo podobnou demencí dvě možnosti: mohou se soustředit na to, jaké schopnosti člověk ztrácí, nebo na to, jaké schopnosti mu ještě zůstávají (2, s. 9).“

Pro seniora s ACH a zároveň i pro jeho okolí se otevírá naprosto nový, neznámý svět. Je to podobné, jako kdybyste dali turistovi úplně čistou mapu a on sám si měl najít tu nejefektivnější cestu k cíli. Takovými turisty se stávají všichni pečovatelé, kteří hledají co nejlepší cestu k usnadnění života seniora s ACH (5).

V současné době se často vedou diskuze nad pojmy péče a podpora: většina se přiklání k názoru, že spíše než péči bychom měli uživatelům poskytnout podporu. Mění se tak tradiční pojetí samotné péče, hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii klientů. Neboť je třeba ponechat na člověku vše, co zvládne sám, případně s malou dopomocí, a zastoupit ho pouze v těch situacích, kdy mu vlastní síly nestačí.

Rozdíl mezi péčí a podporou je tedy patrný už v samotných slovech. Pokud provádíme péči, při níž vykonáváme dohodnuté úkony za klienta, ten je jen pasivně přijímá. Mluvíme-li o podpoře, mluvíme především o aktivizaci klienta, přičemž mu poskytneme jen nezbytnou podporu při zajišťování těch úkonů, které opravdu nezvládá.

Optimální podpora by měla vyvažovat dva směry, v první řadě projevit zájem o člověka, ale zároveň mu ponechat jeho svobodu. To vše v dostatečné a vyvážené míře (11).

V péči o seniora s ACH mohou být rodině nápomocny tyto sociální služby:

- Pečovatelská služba – pečovatelé zajišťují základní úkony **péče** o člověka a jeho domácnost, mohou být nápomocni s hygienou, donáškou nebo přípravou jídla, úklidem, nákupy apod. Služba není zpravidla dostupná večer a o víkendech.
- Asistenční služba – sociální služba, která je nápomocna klientovi při běžných činnostech obdobně jako pečovatelská služba. Asistenti nabízejí klientům **podporu**, ale úkony za ně neprovádí. Služba je dostupná podle dohody.
- Domácí péče nebo také agentury Home care – tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění na základě předpisu praktického lékaře, za klientem dochází zdravotní sestra. Může být indikována i třikrát denně.
- Nemocnice následné péče – zdravotní služba. Vhodná pro umístění klientů na přechodnou dobu tří měsíců, kteří potřebují rekonvalescenci, než se mohou vrátit do domácího prostředí, či pro klienty, u nichž to vyžaduje změna jejich stavu, než se najde jiné řešení nebo umístění.
- Rehabilitační zařízení – zdravotnická zařízení, jež svou péči poskytují přechodnou dobu se zaměřením na rehabilitaci.
- Respitní či odlehčovací služby – tato služba je určena pečujícím, aby měli možnost si odpočinout, zpravidla ji poskytují sociální zařízení (domovy pro seniory) na přechodnou dobu pro osoby, které nejsou schopny zůstat bez pomoci.
- Denní centra, stacionáře – sociální služby zajišťující denní pobyt pro seniory v prostředí, které je aktivizuje. Současně je službou pro pečující, neboť zajišťuje dohled nad jejich blízkými, kteří bez něj nemohou zůstat.
- Domovy seniorů – pro osoby se sníženou soběstačností zajišťují ubytování, péči a s tím související služby.
- Domovy seniorů se zvláštním režimem (psychiatrická péče či péče o osoby s demencí) – obdobná sociální zařízení jako domovy pro seniory (někdy jsou

jejich součástí), se zaměřením na specifické potřeby osob, jež jsou jejich cílovou skupinou.

- Gerontopsychiatrická oddělení – zdravotnická zařízení, která mnohdy vzhledem k akutnosti nebo nedostatku míst přebírají péči o osoby se specifickými potřebami, často právě v souvislosti s demencí, a zajišťují pro ně sociální péči (22, s. 113–114).

Péče nebo podpora, takto na tyto pojmy nahlíží autorky knihy Alzheimerova choroba v rodině: *„Pomáhejte mu dělat věci, které nedovede dělat sám – nedělejte je za něj. Jen tak mu pomůžete zachovat určitý stupeň soběstačnosti. Jde o dospělého člověka, který se pouze (někdy) chová jako malé dítě – není však dítětem. Je to vždy dospělý člověk, to je velmi důležitý fakt, který si musíme stále uvědomovat (15, s. 24).“*

1.3.2 Specifika péče o nemocné ACH

Poruchy chování a některé další psychiatrické symptomy jsou vedle kognitivních poruch běžnou součástí demence a bývají též hlavním zdrojem zátěže pro pečující a zároveň také nejčastější příčinou institucionalizace nemocných. Pod problémovým chováním se často skrývá snaha nemocného sdělit svoji potřebu, nebo se může jednat o důsledek nudy, únavy nebo o důsledek psychiatrické poruchy. Je nezbytné si neustále uvědomovat, že jde výhradně o symptom demence, nikoliv o schválnost nebo zlý úmysl. Je třeba se naučit znát potřeby nemocného, uspokojovat je a tak těmto problémům předcházet. Jako nejčastější typy problémového chování se uvádí: bránění se péči, neklid, agresivitu, toulání se, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky (bludy, iluze, halucinace), záměny osob, deprese a úzkost. Problémem je též změna prostředí – stěhování, hospitalizace nebo situace jako úmrtí partnera, nemoc, změna pečujícího, ale i přítomnost návštěvy (17).

Za nejobtížnější při péči o člena rodiny, klienta s ACH, tak považují pečující to, že se s ním mnohdy nedá domluvit na spolupráci, zejména při každodenních činnostech, složité je zvládat situace, kdy se projevuje jeho agresivita (slovní, výjimečně i fyzická), neustálé opakování dotazů, jež souvisí se ztrátou krátkodobé paměti. Problémy s sebou

nese i narušený spánkový režim, bloudění a bezcílné popocházení, jež je projevem psychomotorického neklidu a zároveň odrazem dezorientace nemocného.

Fyzická zátěž pečovatелů, ač je mnohdy značná, se ve většině případů uvádí až na druhém místě za zátěží psychickou, jejíž zvládání považují pečovatелé za obtížnou (35).

Specifika péče pro lidi s ACH dělí nejen Mlýnková podle stadií nemoci. V prvním stadiu většina nemocných péči ještě nepotřebuje, neboť nejvíce je zasažena krátkodobá paměť, která je prozatím neomezuje v běžných denních aktivitách, případně si ještě dokáže vytvořit náhradní způsoby, jak se se ztrátami paměti vyrovnat.

Ale již ve druhém stadiu, kdy se odumírání mozkových buněk šíří do celého mozku, je třeba na nemocného dohlížet, pečovatel musí být připraven mu poskytnout pomoc, případně péči, a to téměř neustále, po celý den, neboť již bývá omezena soběstačnost, nemocný má potíže s oblékáním, ztrácí orientaci, mnohdy si nevybaví, nač se používají jednotlivé předměty denní potřeby. Toto období trvá ze všech tří období nejdéle (2–10 let), a tak je pro blízké, kteří pečují o seniora doma, vhodné využívat sociální služby (např. denní centra, stacionáře), případně krátkodobé pobyty v zařízeních, jež zajistí kvalitativní celodenní péči a odlehčí tak pečujícím.

Ve třetím stadiu nemoci již senioři potřebují kompletní ošetrovatelskou péči, neboť již nejsou schopni ani sebez péče. V tomto stadiu je velmi důležitý přístup pečujících osob, neboť ač se může zdát, že nemocný nic nepotřebuje, protože nekomunikuje a nic nepožaduje, je nezbytné jej podpořit kvalitním a láskyplným přístupem (27).

Základem specifického přístupu k lidem trpícím demencí je podle Venglářové uvědomění si toho, které oblasti jsou u nemocného demencí zasaženy, co činí seniorovi obtíže a zda je schopen je sám kompenzovat. Obtíže, jež ovlivňují průběh komunikace, souvisí především s nezapamatováním si informací, se stále opakovanými dotazy, ztrátou schopnosti porozumět významu slov, tvorbou nových slov, se zaměňováním výrazů, poruchami v oblasti vyjadřování, fabulací, vymýšlením si, netrpělivostí a v konečných fázích i mutismem. Abychom mohli být seniorovi nápomocni, je třeba se s ním naučit komunikovat.

- Napomáhá znalost seniora a způsob jeho komunikace, případně poruch řeči.

- Verbálním projevem nemocného s ACH může být užívání jednoho či jen několika slov, přičemž se mění pouze hlasitost či intonace. Úkolem pečujícího je, aby dokázal najít význam toho, co se snaží nemocný sdělit.
- Pro zahájení rozhovoru je nutné vytvořit prostředí, kdy nebude senior rušen jinými podněty (ztlumit rádio, televizi...).
- Je vhodné využívat všechny druhy komunikace, doplňovat slova příkladem, ukázkou věci. Pomáhá navázání očního kontaktu doprovázeného úsměvem. Kontakt podporuje i dotyková komunikace.
- Je důležité sledovat i neverbální projevy nemocného, které často mohou napovědět význam sdělení.
- Volit krátké, jednoduché věty, používat jeho výrazy, vyvarovat se příkazů. Slovník přizpůsobujeme tomu, co nemocný zná a přijímá.
- Je třeba si ověřit, zda rozuměl tomu, co jsme mu chtěli sdělit, ale příliš na to nespolehneme.
- V průběhu komunikace orientujeme nemocného v čase, prostředí i v osobách v jeho okolí.

Nejen senioři s ACH jsou velmi citliví na zájem svého okolí. Pokud mají pocit, že je nikdo neposlouchá, nebo vycítí jen předstíraný zájem, ztratí chuť pokračovat. A tak je třeba si uvědomit, že podpora dobré komunikace spočívá především v ochotě naslouchat (35). Jeden z nejnáročnějších úkolů – dlouhodobá, každodenní, řadu let trvající péče – čeká rodinu, u jejíhož člena se objeví demence jako projev ACH.

Pomoc v péči o nemocné s ACH nabízí Česká alzheimerovská společnost (ČASL), která má po celé ČR své pobočky. Ty působí jako informační a poradenská centra, poskytují písemné materiály, nabízí respitní asistenční službu a vytvářejí podmínky pro setkávání rodinných pečovatelů (24).

1.3.3 Úloha rodiny

Většina starších lidí upřednostňuje život v domácím prostředí, výjimkou nejsou tak ani pacienti s ACH, neboť u nich jsou vazby na domov mnohdy ještě silnější. V případě,

že nemají zajištěnou dostatečnou péči, jsou sami a často zmateni, může se pro ně stát i toto prostředí nebezpečné (16).

Pokud tedy péči o seniora zvládá rodina, je to většinou z jeho strany přijímáno pozitivně, neboť na „odchod“ do cizího prostředí často reaguje agresí či jinou nepříznivou reakcí.

Ale je nutné si uvědomit, že převzetí zodpovědnosti o seniora s ACH přináší také problémy, s kterými se musí rodina vyrovnat:

- Ke skrytým konfliktům ve vztazích může docházet při dlouhodobé péči, kdy mezi seniorem a pečujícím vznikne určitá závislost. Z tohoto důvodu je dobré, aby byl do péče zapojen ještě jiný člen rodiny, případně i někdo mimo okruh rodiny.
- Pokud rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztratí kontakty s okolním světem, může dojít k sociální izolaci.
- Je-li pečující osoba pod neustálým psychickým a fyzickým vypětím, bez možnosti snížení tohoto tlaku, může docházet k určité formě násilí vůči ošetřovanému nebo i rodině.

Z těchto důvodů je třeba, aby společnost dokázala v tomto smyslu rodině pomoci. Na druhou stranu je ale nutné, aby rodina pomoc hledala a dokázala ji využít (32).

Radu pro pečující nabízí autorky publikace „Alzheimerova choroba v rodině“ – je třeba si zjistit, jaké služby existují v nejbližším okolí, a využívat je. Požádat o příspěvek na péči, o přiznání výhod pro zdravotně postižené. Bude-li to třeba, nechat si předepsat od praktického lékaře absorpční pomůcky při inkontinenci. Obrátit se i na nejbližší pobočku alzheimerovské společnosti, která odpoví na případné dotazy (15).

V evropských zemích je v současné době tendence, aby zodpovědnost za péči nesla především rodina. Rodinní příslušníci, pokud nezajistí péči doma, se musí nejen finančně podílet na chodu zařízení, ve kterém mají umístěného člena rodiny. Jedná se nejen o partnera, ale i o děti, kteří spolufinancují pobyt rodičů. „*I tuto spoluzodpovědnost lze chápat jako formu role rodiny v péči o seniory* (32, s. 17).“

1.3.4 Úloha státu

Většina seniorů očekává, že se o ně ve stáří i nemoci rodina postará. Úkolem státu je tedy vytvořit takové podmínky a zázemí, aby rodina mohla tuto péči poskytnout, aby nemocný spolu se svou rodinou lépe zvládli projevy i dopady ACH a zároveň aby mohl senior s ACH zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Samotný stát tak vyjde tato péče několikanásobně levněji než ve státních institucích (6).

Osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem může požádat stát, potažmo obecní úřad s rozšířenou působností dle trvalého bydliště o **příspěvek na péči**, který lze použít pouze za účelem zajištění pomoci jiné fyzické osoby. Podle zákona o sociálních službách tuto pomoc může zajistit osoba blízká, která musí vyjádřit písemný souhlas na předepsaném formuláři úřadu nebo poskytovatel sociálních služeb. Je také možné a mnohdy vhodné využít kombinaci obou způsobů zajištění pomoci. Příspěvek ale nesmí být použit na úhradu za léky či nájemné nebo stravu (33).

Tabulka č. 2 Výše příspěvku u dospělé osoby

Měsíční výše příspěvku	Stupeň závislosti	Počet nezvládnutých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti (viz příloha č. 2)
800 Kč	Lehká závislost	Více než 12
4 000 Kč	Středně těžká závislost	Více než 18
8 000 Kč	Těžká závislost	Více než 24
12 000 Kč	Úplná závislost	Více než 30

Zdroj: (4)

Kromě příspěvku na péči lze také příslušný obecní úřad s rozšířenou pravomocí dle trvalého pobytu žadatele požádat o mimořádné výhody prvního až třetího stupně, které jsou přiznávány občanům podle druhu a stupně postižení. Tyto výhody lze přiznat i osobě, která nemá poruchu funkce nosného aparátu či funkce horních nebo dolních končetin v případě, že jiné postižení podstatně omezuje její pohybovou nebo orientační schopnost.

Přiznáním výhod prvního až třetího stupně a zároveň vystavením průkazů TP, ZTP, ZTP/P tak vzniká nárok mimo jiné: na vyhrazené místo k sezení v MHD, na přednost při osobním projednávání úředních záležitostí, na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji MHD, na slevu na jízdném, na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými

hromadnými prostředky, na slevy na vstupné; mimořádné výhody jsou současně i podmínkou pro přiznání některých jednorázových i opakujících se dávek sociální péče podle vyhlášky č.182/1991Sb (6).

U většiny rodin, které zajišťují péči o seniora s ACH, přijde chvíle, kdy už nebudou schopni se sami o něj postarat a budou jej muset umístit v domově se zvláštním režimem či v nemocničním zařízení, např. na gerontopsychiatrickém oddělení. Toto rozhodnutí po všech letech pečlivé a neobyčejně náročné péče je velice obtížné a těžko se dá označit ten skutečný a správný okamžik. Záleží to pouze na pečující rodině a seniorovi. Většinou to bývají situace, které již nelze zvládat v domácích podmínkách, jako např. určité zdravotní komplikace. Je tedy logické, že rodina může pocítit určitou úlevu, že toto břemeno čtyřicetihodinové péče převezme někdo jiný. A v této chvíli spočívá úloha státu právě v zajištění té péče, kterou senior potřebuje. Stát zároveň nezabývá rodinu spoluodpovědností za péči o svého příbuzného a vytváří podmínky, aby se rodina i nadále na péči mohla podílet (15).

Na doporučení Evropské unie by Česká republika měla mít zpracovaný tzv. „Plán Alzheimer“, který by měl analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby a jejich zajištění, včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Plán by měl též obsahovat opatření v oblasti poskytování zdravotní péče, sociálních služeb, vzdělávání a výzkumu. Součástí plánu by měla být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a k zajištění péče v domácím prostředí (25). Práva pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují, jsou uvedena v Evropské chartě pod názvem „*Deklarace Alzheimer Europe*“ (10, s. 267).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je charakterizovat specifikum péče o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácnosti i v institucionálním zařízení z pohledu rodinného pečovatele.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle byla vytvořena hlavní výzkumná otázka: Jakými změnami projde rodina seniora s Alzheimerovou chorobou?

Po uskutečnění prvního rozhovoru byly dílčí výzkumné otázky dále rozpracovány, aby bylo možno lépe zaznamenat autentické zkušenosti respondentů (viz příloha č. 3).

DVO 1: Kterých změn jste si všiml/a jako prvních a před kolika lety? Přisuzoval/a jste změny nemoci, či stáří?

DVO 2: Jaké jsou momentální projevy nemoci?

DVO 3: Napadla Vás možnost umístit maminku (tatínka, babičku, dědečka) do domova pro seniory a proč?

DVO 4: Musel/a jste opustit zaměstnání, abyste se mohl/a o maminku (tatínka, babičku, dědečka) starat?

DVO 5: Co je pro Vás v péči nejtěžší?

DVO 6: V jakých oblastech potřebuje v současnosti Váš/Vaše maminka (tatínek, babička, dědeček) péči, jakým způsobem se nejvíce podílíte?

DVO 7: Co bude signálem, že už péči nezvládáte?

DVO 8: Víte, jaké služby můžete při postupu nemoci využívat? Myslíte, že využití služeb Vám přináší výhody, či nevýhody?

DVO 9: Dokážete pojmenovat změny, které se odehrály v průběhu nemoci ve Vaší rodině?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro empirickou část bakalářské práce je zvolena podoba kvalitativního šetření, pomocí něhož je možné vyhledávat a analyzovat jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Výhodou tohoto přístupu je získávání hloubkového popisu případů, neboť respondenti autenticky vypovídají své osobní zkušenosti (13).

Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, tvořené metodou dotazování. Odpovědi byly získávány od rodinných příslušníků, kteří se o seniory s Alzheimerovou chorobou starají. Polostrukturovaný rozhovor je volen záměrně z důvodu navázání přímého kontaktu s dotazovanými osobami a také z důvodu, že při této technice lze volně, přirozeně a nenuceně komunikovat, přičemž je možné účastníka motivovat a využít jeho zájmu v místech vyšší strukturace (26).

V úvodu každého rozhovoru byly zaznamenány podklady pro kazuistiku rodiny, rozhovory byly strukturovány na základě šestnácti otázek (viz příloha č. 3) tak, aby odpovědi vypovídaly o jejich zkušenostech s péčí o seniora s Alzheimerovou chorobou. Rozhovory byly dále zpracovány do devíti případových studií, výsledky jsou pro názornost umístěny do tabulek, přičemž z důvodu přehlednosti jsou otázky zpracovány vždy samostatně, do jedné tabulky.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor kvalitativního šetření je vytvořen pomocí metody účelového výběru, kdy byli cíleně vyhledáváni účastníci – rodinní příslušníci – a kdy kritériem výběru bylo, že pečují přímo nebo nepřímo o seniora s Alzheimerovou chorobou (26). Účastníky rozhovorů byly jak rodiny, jež pečují o seniora samy v rámci svých možností a v domácím prostředí, tak rodiny, které využívají terénních služeb, a rodiny, které péči o seniora předaly instituci.

Využila jsem svých kontaktů mezi pracovníky přímé obslužné péče, dále jsem navštívila svépomocnou skupinu „Čaj o čtvrté“ při DpS v Třebíči a též jsem využila svou osobní zkušenost s péčí o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou.

3.3 Realizace výzkumu

Před zahájením výzkumu byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu a ujištění o zachování jejich anonymity. Požádala jsem též o jejich pasivní souhlas se zapojením se do výzkumu. Z důvodů zachování anonymity jsou respondenti ve výsledcích práce označeni jako rodiny 1–9.

Rozhovory byly realizovány v období únor–březen 2013 a v průměru trvaly 45 minut.

Odpovědi na doplňující otázky byly dobrovolné a z důvodu přirozenosti a reálnosti byly zaznamenávány pouze písemně.

Rozhovory se uskutečnily v prostředí přijatelném zejména pro respondenty. V přirozeném domácím prostředí rozhovory probíhaly s respondenty od rodin 1, 4, 6 a 7, v klubovně svépomocné skupiny při DpS byly uskutečněny s respondenty rodin 3 a 5, v kavárně pak s respondenty rodin 2 a 9 a ve společenské místnosti DpS s respondentem rodiny 8.

4. VÝSLEDKY

Z důvodů přehlednosti a prvotní orientace ve zkoumaném souboru byla vytvořena tabulka č. 3 a č. 4 s identifikačními údaji rodin.

Tabulka č. 3 Identifikační údaje I.

	Odpovídá	Věk seniora	Pohlaví	Vzdělání	Povolání	Náročná životní událost
Rodina 1	dcera	91	žena	hospodářská škola	prodavačka, později mzdová účetní	úmrtí manžela
Rodina 2	syn	85	muž	vyučen	tkadlec	úmrtí manželky
Rodina 3	dcera	80	žena	základní	dělnice	autonehoda
Rodina 4	dcera	69	muž	vyučen	zámečník	krach v podnikání
Rodina 5	vnučka	86	muž	vysokoškolské	učitel ZŠ	úmrtí manželky
Rodina 6	dcera	69	žena	vyučena – obuvnice	dělnice v kravíně	operace trojitého bájpasu
Rodina 7	vnučka	94	žena	základní	prodavačka	úmrtí manžela
Rodina 8	dcera	83	žena	středoškolské	zubní laborant	úmrtí vnučky
Rodina 9	syn	76	muž	obchodní škola	technicko-administrativní pracovník	ztráta zaměstnání

Zdroj: vlastní zdroj

Tabulka č. 4 Identifikační údaje II.

	Sourozenci	V rodině též ACH	Stadium ACH	Stupeň závislosti	Doma Doma s p. s. V DpS
Rodina 1	2 sestry	neví	těžké	4	doma
Rodina 2	sestra	ne	střední	nemá	doma
Rodina 3	ne	neví	střední	2	doma
Rodina 4	sestra	matka i sestra	střední	2	doma s p. s.
Rodina 5	sestra	ne	střední	3	doma s p. s.
Rodina 6	2 bratři	-----	lehká	1	doma s p. s.
Rodina 7	čtyři	ne	střední	3	V DpS
Rodina 8	sestra	-----	střední	2	V DpS
Rodina 9	nemá	ne	střední	2	V DpS

Zdroj: vlastní zdroj Doma s p. s. = doma s pečovatelskou službou

4.1 Případové studie

Rodina 1

V rodině 1 mi odpovídala dcera, která o maminku pečuje už více než 15 let, i když zpočátku šlo jen o to, aby měla uvařeno a nejedla sama. Nikdy toho prý moc nenamluvila, ale velmi ráda a rychle uměla luštit křížovky, pracovala na zahradě, v televizi sledovala všelijaké soutěže. Nevyhledávala společnost, ale návštěvy (vnoučat a pravnoučat) ji těšily. „*Maminka nedává najevo žádné pocity, na otázku, jestli ji něco bolí, odpoví, že ne. Je uzavřená, málo komunikuje.*“

U maminky se střídají dny, kdy si nevšímá okolí, se dny, kdy reaguje i na nové věci (např. všimla si kvetoucích tulipánů u domu). Nemá potřebu jíst ani pít. Tekutiny přijímá opravdu jen po kapičkách a dcera jí musí dopomáhat při podávání stravy. Má inkontinenci moči. Špatně reaguje na změny prostředí (rodina jezdí na víkendy na chatu). Odmítá polykat prášky, po dohodě s lékařem tedy přešly na tekutou formu léků. Bez pomoci se neumyje ani neobleče. Nepamatuje si události, jež se staly před chvílí, ale dokáže se rozpomenout na německá slovíčka, která se učila v dětství. Bývá zlostná, sprostá až slovně agresivní. Často usíná během dne, v noci bdí a chodí po bytě. „*Neumím si vysvětlit situaci, kdy maminka bývala pečlivá k čistotě, a v dnešní době je schopná stolicí roznosit po celém bytě včetně postele. Maminka si nikdy nestěžuje, ba naopak u pana doktora vždy tvrdí, že je vše v naprostém pořádku, usmívá se.*“ Většinu dne tráví na židli v kuchyni, často předstírá četbu novin (noviny jsou obráceně) a pospává. Ze židle se zvedne jedině, pokud jí někdo řekne. Nemá zájem se pohybovat. Pokud zůstane sama, je schopná se přemístit, ale když se někdo vrátí, sedí zase na stejném místě a dělá, že čte.

Změn si dcera začala všimnat asi před 18 lety, po úmrtí maminčina manžela, kdy maminka přestala dbát o svou čistotu, nejedla a uzavírala se do sebe. Po jejím odjezdu za sestrou u ní doma našla několik měsíců nevyprané prádlo a kupy použitých toaletních papírů poschovaných na různých místech. „*To byl pro mě zlomový moment, kdy jsem si uvědomila, že maminka nemůže zůstat v baráku sama, a po dohodě s manželem jsme ji vzali k nám do bytu.*“

V žádném případě si tyto projevy nedokázala vysvětlit, nespojovala je s nemocí, ale dávala si je do souvislosti s úmrtím jejího manžela.

O Alzheimerově chorobě měla zpočátku jen málo informací a i to málo jí praktický lékař vyvracel. Vždy když se na něj obrátila s nějakým problémem, který měla s maminkou, neustále ji uklidňoval, že maminka je naprosto v pořádku a tyto příznaky patří k běžnému stáří (a to trvalo téměř deset let!).

Maminku k odborníkovi dovedla až na popud její vnučky, která se při své praxi setkala s lidmi s Alzheimerovou chorobou a přinesla kontakt na paní doktorku, která se péčí o tyto lidi zabývá. První informace k této chorobě jí sdělila právě paní doktorka-neuroložka, která jí dala domů na přečtení několik příruček, jež typické situace osvětlovaly. Další informace čerpala z praktických zkušeností vnučky, která jí byla nápomocna v péči o maminku. *„Paní doktorka pomohla radami, jak zvládat péči a jak mamince co nejlépe porozumět. Moje dcera zajistila příspěvek na péči, neboť pomůcky (plíny, podložky, léky), které jsme pro maminku potřebovali, byly pro mě finančně náročné, byla jsem již bez manžela.“*

V té době nevnímala, nebo lépe řečeno vůbec si neuvědomovala, že z této nemoci mohou plynout nějaká rizika. Rodině přišlo přirozené se o maminku postarat a nad možností umístit ji do domova nikdy nepřemýšleli. *„Možná je to dáno tím, že moje maminka dochovala u nás doma maminku svého manžela. Byla jsem již v důchodu, takže jsem otázku opuštění zaměstnání nemusela řešit a mohla jsem se o maminku starat.“*

V poslední době maminka nezvládá bez pomoci vůbec nic, potřebuje péči téměř po celých 24 hodin. Dceru nejvíce trápí maminčina inkontinence, neboť často ji musí po noci celou převlékat včetně postele. Nedokáže pochopit, proč maminka odmítá jíst a pít, a neumí se vyrovnat s její zlobou vůči ní. Pravděpodobně pouze zdravotní stav maminky, který by doma nezvládli, by byl pro ně problémem, na který by nestačili, ale možná by se to pokusili řešit pomocí nějaké služby. *„Už i teď jsem několikrát uvažovala o využití pomoci pečovatelek, ale zatím se nám vždy podařilo situaci zvládnout v rodině.“* Největší změnou pro rodinu je pochopení nemoci, uvědomění si toho, že maminka to nedělá úmyslně a že je potřeba se ji naučit přijímat se vším,

co k této nemoci patří. „*Rozhodně je třeba mít od samého počátku co nejvíc informací o této nemoci!*“

Rodina 2

Za rodinu 2 odpovídal syn. V době, kdy jeho otec ještě chodil do práce a podílel se i na společenském životě ve vsi, si nevšimli, jak ho zasáhlo úmrtí manželky. Až později, v době, kdy odešel do důchodu, začali pozorovat, že bývá občas zmatený, neustále se dokola na něco ptá, např. kolik je hodin, kdy přijde vnuk ze školy apod. Tyto situace se začaly objevovat zhruba před 15 lety, v té době si otce přestěhovali k nim do domu. Tehdy si opakované dotazy dávali do souvislosti se stářím a jeho samotou, která byla dána i odchodem ze zaměstnání. Otec prý býval dlouhé chvíle zamlklý, často nevrlý, nestál o společnost a postupně se začaly přidružovat i další problémy – stále větší zapomínání (neustále hledali po domě i zahradě věci, které otec přemístil) a časté odchody ze současného bydliště, kam se však nedokázal vrátit. Tyto situace je vedly k návštěvě lékaře. „*Ten nám jako jediné řešení navrhl ‚upínací‘ postel. Toto řešení jsme nepřijali a začali si vyhledávat informace na internetu. Ty nás přivedli k porovnávání problémů a dovedli nás k úvahám, že se může jednat o Alzheimerovu chorobu.*“ V současné době otec nepoznává svoji rodinu, nepamatuje si své jméno a je jakoby v neustálém stresu, má strach z čehokoliv, nečte ani nepíše, neumí pojmenovat předměty a v podstatě si ani nedokáže říct, co vlastně chce. Jediné, co si dokáže vyžádat, je přítomnost vnuka. Někdy je lítostivý, jindy je agresivní. Neustále jim utíká do svého rodiště, z tohoto důvodu ho nenechávají samotného, střídavě zajišťují, aby s ním byl někdo doma. „*Výhodou pro nás je, že můžeme pracovat z domu. O možnosti umístit otce do DpS jsme zatím neuvažovali, protože máme obavy, že vzhledem k jeho stavu by byl buď v kleci, nebo připoután k lůžku. Pokud to jen trochu půjde, bude otec doma. Péči musíme zajišťovat absolutně ve všem. Zatím si nedokáží představit, že bychom péči nezvládli.*“ Služby, by jim dle jejich názoru stejně nepomohly (narážím tím na přístup obvodního lékaře). Nemají s nimi doteď žádnou zkušenost.

„*Zpětně si uvědomuji, že nemoc nastupuje velmi nenápadně, pomalu a stejně tak i její celý průběh. Když se o nemocného staráte, zhoršení stavu si téměř neuvědomujete. Jen pokud se zastavíte a zavzpomínáte, tak si uvědomíte, že například před sedmi lety jsme*

ještě mohli odjet na dovolenou, před čtyřmi lety absolvovat celodenní výlet a před dvěma lety být mimo domov celé odpoledne. V současné době již otce nelze opustit ani na chvíli. Uvědomuji si, že žijeme život, který nám otec mění z minuty na minutu. Je to velice náročné, sám někdy padám do depresí z neustálého napětí.“

Rodina 3

Za rodinu 3 se mnou hovořila dcera, která zajišťuje především tu „fyzickou“ péči o maminku. *„Rodiče spolu žijí ve své domácnosti v našem společném domě. Tatínek (86 let) byl vždy víceméně závislý na péči maminky. Zhruba před šesti lety začalo docházet k situacím - maminka neuvařila oběd či zapomněla nakoupit. Toto se stávalo čím dál častěji, a tak jsem pojala podezření, že asi není s maminkou vše v pořádku. Začínala jsem tušit, že musíme vyhledat lékařskou pomoc, neboť jsem měla z předchozího zaměstnání informace o stařecké demenci.“* V počátcích jí nejvíce pomohl obvodní lékař, poslal je k dalším specialistům a ti určili diagnózu. Vzhledem k situaci (maminčina nemoc + věk tatínka) musela opustit zaměstnání a začala se za podpory manžela na plný úvazek věnovat péči o rodiče. Maminka je v současné době nesamostatná, potřebuje pomoc při osobní hygieně, oblékání, je náladová, často se opakovaně ptá, potíže má i s chůzí, neustále zakopává. *„Nejtěžší pro mě je vyrovnat se s neustálými, opakovanými dotazy, ubíjí mě odpovídat na stále stejné otázky, i když vím, že za to maminka nemůže. Do domova bych ji nikdy neumístila, chci se o ni postarat doma.“* Pokud bude nemoc dále postupovat, je rozhodnuta vyžádat si pomoc pečovatelské služby. Velkou změnou pro ně bylo rozhodnutí, že ona opustí zaměstnání a manžel se bude snažit rodinu finančně zabezpečit.

Rodina 4

Za rodinu 4 mi rozhovor poskytla dcera. *„V rodině mého otce se Alzheimerova choroba vyskytla již u jeho matky i jeho starší sestry. Obě již na tuto nemoc zemřely. A tak když se objevily první příznaky (léto 2008) – roztržitost, zapomínání, např. vypnout vařič, zapnout mobil apod., okamžitě nás napadla souvislost s nemocí. Protože jsme již měli základní informace o Alzheimerově chorobě, nechali jsme tatínka vyšetřit odborníkem, neboť zapomínání již bylo neúměrné věku a komplikovalo život nejen jemu, ale i jeho okolí.“* V současné době její tatínek není schopen se rozhodnout, co a kam si má obléci,

málo komunikuje – těžko hledá slova, v noci se často pomočí, není schopen si nachystat jídlo, ale najíst se zatím zvládne bez pomoci. „*Nejobtížnější a vyčerpávající je pro mě být otci neustále k dispozici a dokázat se ovládnout, neztrácet trpělivost a klid.*“ Tatínek si po předchozí rodinné zkušenosti svou nemoc do jisté míry uvědomuje. Jeho přání nejčastěji směřují k vyhledávání klidu a odpočinku. Péči o něj zatím rodina zvládá doma za pomoci pečovatelky a dvakrát v týdnu tatínek navštěvuje denní stacionář – Domovinka. Rozhodně, v tom, že mohou využívat pečovatelskou službu, spatřují pozitiva, neboť v době, kdy je s tátou pečovatelka, případně je tatínek ve stacionáři, maminka, která s ním tráví nejvíce času, má volno pro sebe, může se sejít s kamarádkou a nemusí mít starost o tatínka. Zatím o jeho umístění do domova pro seniory neuvažovali, ale jsou si vědomi toho, že mohou nastat situace, kdy budou vyčerpaní, nebo se může zhoršit tatínkův psychický stav a pak bude vhodné tatínka do domova umístit. Za největší změnu považuje zorganizování chodu domácnosti rodičů „*Bylo potřeba se sejít s celou rodinou, domluvit se, kdo může s čím pomoci, aby péče nezůstávala jen na mamince, prostě jsme si rozdělili úkoly.*“ Dcera nejčastěji pomáhá s doprovodem otce do stacionáře, snaží se mu poskytnout i kulturní vyžití, navštěvují výstavy, zámky, i přes to, že občas má pocit, že tatínek asi nevnímá, spíš projevuje obavy z neznámého prostředí.

Rodina 5

O zkušenosti s péčí o dědečka s Alzheimerovou chorobou se se mnou podělila vnučka. Asi před deseti lety si u dědečka začala všimnout změn v chování, uzavíral se před světem, byl samotářský, k tomu se začaly přidávat potíže s výslovností, těžko hledal slova, opomíjel osobní hygienu a neustále hledal věci. Z počátku toto chování přisuzovala věku a také ke smutku po úmrtí jeho ženy. „*Potíže s komunikací se neustále zhoršovaly a začaly se k tomu přidávat i opakující se obavy a strach ze tmy. Dostala jsem doporučení na psychiatrické vyšetření, přes které jsme se postupně dopracovali k diagnóze Alzheimerovy choroby.*“ První informace vstřebávala přes média, pak postupně od lékařů. V současné době je dědeček zcela nesoběstačný, dezorientovaný – neorientuje se mimo svůj pokoj, nepoznává své blízké, pomočuje se, je zcela odkázán na její péči (z tohoto důvodu musela požádat o zkrácení pracovního úvazku) či na péči

docházejících pečovatelek. Často vyžaduje pozornost, tichou společnost a v noci potřebuje rozsvícené světlo. „*Myšlenka umístit dědečka do domova pro seniory mě už sice napadla, ale zatím se mi daří společně s pečovatelkami se o dědečka postarat. Svědomí mi zatím brání, abych péči předala do cizích rukou, i když je pro mě velmi těžké si uvědomit, jakými změnami dědeček prošel, a mnohdy je pro mě i velmi náročné obstarání osobní hygieny, zvláště pak v době nepřítomnosti pečovatelky. Neumím si představit, jak bych tuto péči zvládala, kdyby dědeček zůstal jen ležet. To by asi byl důvod umístit ho do domova.*“ Velké plus v péči spatřuje ve svépomocné skupině, která pracuje v našem městě, kde se dozvídá nejnovější informace a rady a také oceňuje podporu, které se jí tam dostává. „*Jsem vděčná za pocit, že v tom nejsem sama.*“ Největší změnou v jejím životě po zjištění dědečkovy diagnózy bylo vyřešení společného bydlení a zajištění péče o něj. Dědeček potřebuje obslužnou péči.

Rodina 6

Za rodinu 6 se mnou hovořila dcera. „*U maminky se změny v chování začaly projevovat zhruba před třemi lety, krátce po operaci trojitého bájpasu srdce. Nejdříve jsme si všimli, že neustále hledá věci, zapomíná, kam si co dala, těžko hledá slova, často se střídaly nálady až k výbuchům hněvu. Nerada chodila, a když už, tak šontala nohama.*“ Z počátku si mysleli, že je to důsledek operace vzhledem k jejímu věku. Tehdy je vůbec nenapadla souvislost s Alzheimerovou chorobou. Protože se ale její stav nelepšil, spíše naopak, zapomínání se velmi zhoršovalo, přibývaly i prudké změny nálad, navštívili obvodního lékaře, který je odeslal na vyšetření k neurologovi. Ten zhruba před rokem potvrdil diagnózu začínající Alzheimerovy choroby. Doporučil, kam se mohou obrátit o radu, jaké služby mají možnost využívat. „*Vzhledem k tomu, že umístění maminky do domova pro seniory pro nás bylo nereálné a oba s manželem dojíždíme do práce mimo naše bydliště, přivítali jsme využití pečovatelských služeb.*“ Maminka v té době již nemohla zůstat celý den sama doma, potřebovala dopomoc s hygienou a přivést jídlo. Dcera si nedokáže uvědomit, že by maminka projevovala nějaká přání, pokud má dobrou náladu, je prý spokojená. Dcera rovněž oceňuje, že jí pečovatelka pomáhá pochopit situace, do kterých se s maminkou obzvláště při konfliktech dostávají. Momentálně neumí říct, zda se vyskytnou situace, kdy už péči nebudou zvládat.

Prozatím vždy, pokud si nevěděla rady, poradila se s pečovatelkou. Nejzásadnější změnou, kterou si rodina prošla, bylo pro ně uvědomění si, že maminka potřebuje jejich pomoc. Jelikož jsou teprve v počátcích nemoci, zatím stačí mamince dopomoc s hygienou, především při koupání, a zajistili jí, aby ji během dopoledne navštívila pečovatelka a donesla jí oběd z místní školy.

Rodina 7

Situaci v rodině 7 mi popsala vnučka. *„Třináct let jsem pracovala v LDN na pozici zdravotní sestry, a tak jsem se s lidmi s Alzheimerovou chorobou setkávala pracovní. Péče byla náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce. Ale v zaměstnání máte jednu jistotu, že po u končení pracovní doby můžete jít domů. Bohužel to nejde doma, kde s člověkem s Alzheimerovou chorobou žijete. A když se Alzheimerova choroba projevila i u mé babičky, tak jsem vlastně z práce odcházela do další práce.“* Z počátku o babičku pečovali její rodiče, kteří současně ještě chodili do zaměstnání. Prvních změn si u babičky všimli asi před devíti lety, neboť s ní bydleli ve společném domě. Nemoc se začala projevovat pomalu a nenápadně – výpadky paměti, problémy s osobní hygienou, změny chování, pomočování. Po čase si vnučka uvědomila, že se opravdu nejedná o příznaky stárnutí, ale že se jedná o nemoc. Když došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu – dezorientace, agrese, noční halucinace, navštívili s babičkou lékaře a ten po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby nasadil léky. *„Ale i tak se u babičky střídalo období klidu a relativní pohody s tzv., jak jsem si já říkala, ‚obdobím domácích nočních služeb‘. Babička bloudila v noci po domě i zahradě, byla dezorientovaná v čase i prostoru, nepoznávala nás.“* Díky svému zaměstnání v LDN neměla vnučka problém při výrazném zhoršení babiččina stavu ji umístit na oddělení. Za dobu pěti let tuto pomoc využili 2krát a bylo zajímavé, že pobyt v LDN babičku nijak nestresoval. Možná to bylo i tím, že tam vnučka docházela na služby. Postupem času se situace čím dál více zhoršovala. Podle jejího názoru bylo velice těžké si při péči o babičku zachovat zdravý rozum a rozvahu, neboť nebyla schopna bez pomoci druhých zvládat péči o sebe, velkým problémem byla inkontinence. *„Odmítala používat plenkové kalhotky, takže jsme po bytě neustále nacházeli špinavé, zapáchající hadříky. Při vaření či ohřívání jídla se opakovaně stávalo, že na jídlo na sporáku zapomněla a jídlo připálila. Řešili*

jsme tuto skutečnost donáškou obědů. Tato situace však vyvrcholila tím, že se pokusila rozebrat plynový sporák, a tak z důvodu její i naší bezpečnosti jsme jej museli nechat odinstalovat.“ Přibývaly i agresivní a zlostné projevy, obviňování z krádeží. Byla přesvědčená, že ti, co se o ni doma starají, jí nejvíce škodí a chtějí se jí zbavit, protože jim jde jen o peníze. Vzhledem k tomu, že došlo i ke zhoršení mobility a opakovaným pádům, začali zvažovat umístění do DpS. Babičku se podařilo umístit v blízkém domově pro seniory, kde mají i speciální oddělení se zvláštním režimem, tzv. „Vážku“. Babička tam žije již čtvrtým rokem. Ale i zde prožívá své problémy, např. se spolubydlicími, personál údajně krade, nikdo si jí nevšímá, ponechají ji celý den bez jídla atd. „Kde je ta laskavá babička mého dětství, která mi při žádné mojí návštěvě neřekla, že na mě nemá čas. Vždy se mi věnovala, četla, kreslila a povídala své zážitky z dětství. Ještě že mám vzpomínky. Je strašné a smutné, jak nemoc člověka změní. Chtěla bych jí odpustit všechna ta hrozná, zlá slova, která mi ve zlosti říkala, ale pořád je to ve mně a stále se nemohu zbavit pocitu křivdy. Rozum mi říká, ona za to přeci nemohla, ale v srdci to stále ještě bolí.“ Poté, co rodina předala babičku do DpS, se zapojuje do péče především tím, že se snaží babičku pravidelně navštěvovat, chodí s ní na procházky a spolupracují s domovem při organizování kulturních akcí.

Rodina 8

Za rodinu 8 se mnou komunikovala dcera. Příznaky, které považovaly za příznaky stáří, se u maminky začaly objevovat asi před sedmi lety. Nedokázala uspořádat myšlenky a začínaly i problémy s osobní hygienou. Protože se tyto problémy zhoršovaly, přidal se k tomu ještě noční neklid, podřimování přes den, navštívili obvodního lékaře. Po stanovení diagnózy a po nasazení léků se v první fázi maminka začala mírně lépit. Zhruba před třemi lety došlo k velkému zlomu, zdravotní stav se zhoršoval až k pozvolné „degradaci“ osobnosti. Maminka začala opouštět domov a nevracela se zpět, nezvládala péči o sebe. Protože nebyli schopni zajistit ochrannou péči, nemohli si maminku vzít k sobě, umístili ji do domova pro seniory. V současné době již potřebuje celodenní péči a není schopna vyjádřit ani své potřeby, natož přání. „Velmi těžké je pro nás zjištění, že není schopna rozpoznávat členy rodiny. Když se u maminky nemoc projevila, neměla jsem dostatek informací, ale v průběhu postupu nemoci jsem

informace sbírala jak od známých, tak z internetu. Nejtěžší pro mě bylo vyrovnat se s tím, že umístím maminku do domova. Snažila jsem se před sebou ospravedlnit alespoň tím, že jsme dle mého názoru vybrali domov, kde je mamince poskytnutá odborná pomoc, neboť je na oddělení specializované pro osoby s Alzheimerovou chorobou.“ Často za ní chodí na návštěvy, doprovází ji na lékařská vyšetření a podílí se i finančně: mamince přispívá na pobyt v DpS.

Rodina 9

Za rodinu 9 si se mnou povídal syn. Asi před pěti lety stále častěji řešil situace, kdy tatínek odešel z domu a nedokázal se vrátit zpět. V té době si myslel, že se jedná „jen“ o stařeckou demenci. Ale když se tyto situace opakovaly stále častěji a přidávalo se k nim i bloudění po sídlišti, byl nucen vyhledat pomoc lékaře. Obvodní lékař doporučil, buď ať si tatínka vezme k sobě domů a zajistí mu dohled, anebo ať ho umístí do domova pro seniory. Z počátku zamítl řešení umístit tatínka do domova a vzal si ho k sobě. V té době ale nemohl opustit zaměstnání ani on, ani manželka, a tak se pokoušeli doma střídat tak, aby s tatínkem neustále někdo byl. Bohužel vždy se to nepodařilo a tatínek opět využíval situací, kdy zůstával byt na malou chvíli sám, a domov opouštěl. Využít v této fázi pečovatelských služeb je nenapadlo. Situace se komplikovala i častým nočním blouděním otce po bytě. Když syn jednou odjel na služební cestu a manželce tatínka přivezli policisté, došli k názoru, že situaci musí řešit jinak. *„Přemýšlel jsem nad ukončením pracovního poměru ženy, ale vzhledem k tomu, že jsou děti ještě na studiích, tak nám finanční stránka nedovolila tuto možnost dále zvažovat. Usoudili jsme tedy, že nejsme schopni zajistit jeho bezpečnost a dohled nad jeho samovolnými odchody, a že bude proto pro nás i pro něj bezpečnější jeho umístění do domova pro seniory.“*

V současné době je tatínek v domově pro seniory již více než rok, bohužel si tam zatím příliš nezvykl, i přesto, že mu do DpS přestěhovali některé osobní věci – křeslo, nástěnné hodiny, obrázky zvířat. Chtěl by se vrátit domů, ale vzhledem k tomu, že u něj byla potvrzena diagnóza Alzheimerovy choroby a přidaly se další potíže, jako jsou problémy s osobní hygienou, s oblékáním, konflikty se spolubydlicím, stále se opakující dotazy na personál, rodina nemá možnost mu zajistit odpovídající péči doma. *„Ač jsme*

to znovu zvažovali, hledali možnosti, jiné řešení jsme nenašli. Tato současná situace mi připadá výhodná pro mě, o otce je postaráno, má zajištěn veškerý servis, ale já občas pochybuji, zvláště při častých dotazech tatínka, kdy se vrátí domů, zda jsem učinil správně. “ Syn si dělá výčitky, že se nedokázal o tatínka postarat, a tak se snaží mu to co nejvíce vynahradit společně strávenými chvílkami, chodí s tatínkem na procházky, vyplňuje mu volný čas např. čtením z Bible. S péčí v DpS je spokojen, z jeho pohledu je o tatínka postaráno dobře, tatínek je pod celodenním dohledem, domov prozatím neopustil.

4.2 Prezentace výsledků

DVO 1: Kterých změn jste si všiml/a jako prvních a před kolika lety? Přisuzoval/a jste změny nemoci, či stáří?

Tabulka č. 5 První změny

	První změny	Kdy
Rodina 1	Přestala dbát o svou čistotu, nejedla, uzavírala se do sebe.	Před 15 lety, po úmrtí manžela.
Rodina 2	Stále stejné otázky, zmatenost.	Před 15 lety.
Rodina 3	Neuměla uvařit oběd či zapomněla nakoupit.	Před 6 lety.
Rodina 4	Roztržitost, zapomínání (vypnout vařič, zapnout mobil).	Před necelými 5 lety.
Rodina 5	Potíže s výslovností, těžko hledal slova, opomíjel osobní hygienu.	Po úmrtí manželky před 10 lety.
Rodina 6	Zapomínání, prudké změny nálad, nejistá chůze.	Po operaci trojitého bajpasu srdce před 3 roky.
Rodina 7	Změna chování, poruchy chování, inkontinence.	Před 9 lety.
Rodina 8	Problém s osobní hygienou, neschopnost uspořádat myšlenky.	Před 7 lety.
Rodina 9	Časté odchody z domova a nedokázal se vrátit zpět.	Před 5 lety.

Zdroj: vlastní zdroj

Jako prvních příznaků si rodiny většinou všimly poruch paměti, nezvládání sebeobsluhy, potíží v komunikaci, změn nálad, roztržitosti – zmatenosti.

Dvě rodiny se už o maminku a tatínka s ACH starají 15 let, jedna rodina téměř 10 a jedna necelých 9 let (ale ti už před 4 lety předali babičku do péče DpS). Rodina 8 změny zaznamenala před 7 lety (z toho je ale už téměř 3 roky maminka v péči DpS), rodina 3 se stará 6 let, rodina 9 změny zaznamenala před 5 lety (1 rok je tatínek v DpS). Rodina 6 se stará nejkratší dobu, cca 3 roky.

Tabulka č. 6 Změny přisuzované nemoci, stáří

	Změny přisuzované nemoci	Změny přisuzované stáří
Rodina 1		Přisuzované stáří – úmrtí manžela.
Rodina 2		Přisuzované stáří.
Rodina 3	Přisuzované stařecké demenci.	
Rodina 4	Přisuzované ACH – jeho matka měla také ACH.	
Rodina 5		Přisuzované stáří.
Rodina 6	Přisuzované operaci srdce.	
Rodina 7		Přisuzované stáří.
Rodina 8		Přisuzované stáří.
Rodina 9	Ano, ale myslel si, že jde o stařeckou demenci.	

Zdroj: vlastní zdroj

Pouze 1 rodina tušila správnou diagnózu, neboť již měli s touto nemocí zkušenost. 2 rodiny předpokládaly demenci, ale ne v souvislosti s Alzheimerovou chorobou, 1 rodina si myslela, že je to důsledek anestézie po operaci, zbylých 5 příznaky spojovalo se stářím.

DVO 2: Jaké jsou momentální projevy nemoci?

Tabulka č. 7 Momentální projevy nemoci

	Momentální projevy
Rodina 1	Naprosto nesoběstačná, nepoznává blízké, inkontinence, téměř nepije, je třeba ji krmit, změny nálad, bývá zlostná, pospává ve dne, v noci nespí, nechce chodit.
Rodina 2	Nepoznává svoji rodinu, nepamatuje si své jméno, neustálý stres, stálý strach z čehokoliv, nečte, nepíše, neumí pojmenovat předměty ani si říct, co vlastně chce, někdy je lítostivý, jindy agresivní, neustále utíká do svého rodiště.
Rodina 3	Nesamostatná, potřebuje pomoc při osobní hygieně, oblékání, je náladová, často se opakovaně ptá, potíže s chůzí.
Rodina 4	Není schopen rozhodnout, co a kam si obléct – mikinu obléká na nohy, málo komunikuje – těžko hledá slova, často se v noci pomočuje, není schopen nachystat si jídlo – ale umí se najíst bez pomoci.
Rodina 5	Čím dál více se zhoršují potíže s komunikací, opakující se obavy a strach ze tmy, inkontinence, nesoběstačnost, dezorientace – neorientuje se mimo svůj pokoj, nepoznává své blízké.
Rodina 6	Zapomínání, změny nálad, špatná komunikace, potíže s chůzí.
Rodina 7	Porucha mobility, občasné pády, změny chování, inkontinence.
Rodina 8	Potíže se sebeobsluhou, dezorientace, obrácený denní režim, zapomínání.
Rodina 9	Problémy s oblékáním, osobní hygienou, opakované dotazy, neshody se spolubydlicím.

Zdroj: vlastní zdroj

Momentální projevy jsou odvislé od stadia Alzheimerovy choroby, ve kterém se senior právě nachází.

DVO 3: Napadla Vás možnost umístit maminku (tatínka, babičku, dědečka) do domova pro seniory a proč?

Tabulka č. 8 Zvažování umístění do DpS

	Zvažování umístění do DpS a proč
Rodina 1	Ne, přišlo jim přirozené se o maminku postarat doma.
Rodina 2	Pokud to trochu půjde, bude otec doma. Syn si myslí, že vzhledem k otcovu stavu by byl buď v kleci, nebo připoután k lůžku.
Rodina 3	Do domova by ji nikdy neumístila, chce se o ni postarat doma.
Rodina 4	Spíše ne, zatím péči zvládá rodina.
Rodina 5	Ano, ale zatím se daří o dědečka starat za pomoci pečovatelek. Nedovoluje jí to svědomí.
Rodina 6	Umístění maminky do domova bylo pro tuto rodinu nereálné.
Rodina 7	Ano, zhoršení stavu babičky.
Rodina 8	Ano, neschopnost zajistit ochrannou péči.
Rodina 9	Ano, neměl možnost zajistit potřebnou péči.

Zdroj: vlastní zdroj

Z rodin, které pečují samy o seniora doma, zvažuje případné umístění, ale až v krajním případě, pouze jedna rodina. Rodiny, které při péči využívají pečovatelské služby, jsou prozatím rozhodnuty pokračovat v péči stejným způsobem. Pro poslední trojici rodin to bylo východisko z jejich situace.

DVO 4: Musel/a jste opustit zaměstnání, abyste se mohl/a o maminku (tatínka, babičku, dědečka) starat?

Tabulka č. 9 Ztráta zaměstnání

	Ztráta zaměstnání – ne	Ztráta zaměstnání – ano
Rodina 1	Ne. (Je v důchodu.)	
Rodina 2	Mají práci doma, a proto se mohou u otce střídat.	
Rodina 3		Opustila zaměstnání.
Rodina 4	Ne.	
Rodina 5	Zatím ne, pouze zažádala o zkrácení pracovního úvazku.	
Rodina 6	Ne.	
Rodina 7	Ne.	
Rodina 8	Ne.	
Rodina 9	Ne.	

Zdroj: vlastní zdroj

Pouze jedna rodinná pečující z důvodů péče o maminku ukončila zaměstnání a jedna si mohla dovolit právě díky využití sociálních služeb pouze zkrácení úvazku. Ve dvou rodinách to řeší důchodový věk (dcery - 1; manželky - 4) a v rodině 2 pracují z domu.

DVO 5: Co je pro Vás v péči nejtěžší?

Tabulka č. 10 Nejtěžší situace v péči

	Nejtěžší situace v péči
Rodina 1	Pochopit, že změny maminky způsobuje nemoc, dlouho si myslela, že jí věci dělá naschvál. (Zdlouhavé podávání stravy – nechápe, proč odmítá pít a jíst.)
Rodina 2	Sám někdy padá do deprese z neustálého napětí.
Rodina 3	Vyrovnat se s neustálými, opakovanými dotazy, rodinu ubíjí odpovídat na stále stejné otázky.
Rodina 4	Být neustále k dispozici a dokázat se ovládat, neztrácet trpělivost a klid.
Rodina 5	Velmi těžké je pro vnučku obstarání osobní hygieny.
Rodina 6	Pro rodinu je náročné se s maminkou domluvit, nechápou její prudké změny nálad.
Rodina 7	Zachovat si zdravý rozum a rozvahu.
Rodina 8	Nechápou, že je maminka nepoznává.
Rodina 9	Umístit tatínka do domova.

Zdroj: vlastní zdroj

Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti mají málo informací o nemoci, neboť se těžko vyrovnávají právě s jejími projevy, nejvíce vadí změna osobnosti nemocného člověka, těžko zvládají psychické vypětí, které s sebou péče o člověka s Alzheimerovou chorobou přináší.

DVO 6: V jakých oblastech potřebuje v současnosti Váš/Vaše maminka (tatínek, babička) péči, jakým způsobem se nejvíce podílíte?

Tabulka č. 11 Oblasti péče

	Oblasti péče	Způsob
Rodina 1	Vše, celková péče.	Obslužná péče.
Rodina 2	Absolutně ve všem.	Obslužná péče.
Rodina 3	Pomoc při osobní hygieně, oblékání, doprovod při vycházkách.	Péče v oblasti sebeobsluhy + dopomoc při chůzi.
Rodina 4	Oblékání, dodržování hygieny, nezvládne být sám doma.	Péče v oblasti sebeobsluhy, celodenní dohled, o péči se dělí s pečovatelskou službou.
Rodina 5	Pomoc při hygieně, inkontinenci, oblékání, podávání stravy.	O péči se dělí s pečovatelskou službou.
Rodina 6	Dopomoc s hygienou, s přípravou jídla, nezvládá být sama doma.	Péče v oblasti sebeobsluhy, celodenní dohled, o péči se dělí s pečovatelskou službou.
Rodina 7	Pomoc s oblékáním, hygienou, používáním inkontinenčních pomůcek, dopomoc při chůzi.	Pravidelné návštěvy, vycházky a podílí se na organizování kulturních akcí.
Rodina 8	Pomoc při sebeobsluze, zajištění dohledu při samovolných odchodech.	Pravidelné návštěvy, doprovod k lékaři, finančně přispívá.
Rodina 9	Pomoc při hygieně, oblékání, zajištění dohledu při samovolných odchodech.	Přizpůsobení pokoje domácímu prostředí, vyplnění volného času, vycházky, čtení.

Zdroj: vlastní zdroj

Téměř všem seniorům je třeba pomáhat v sebeobslužných činnostech a též s hygienou. Rodina 1, 2, 3 a 7 poskytuje seniorům podporu při chůzi. Senior v rodině 2, 4, 6, 8 a 9 nemůže z důvodů nemoci zůstat doma sám – zapomínají např. zapnuté spotřebiče, případně opouští domov a nedokáží se vrátit zpět.

Rodiny 1 a 2 tak zajišťují plně obslužnou péči o maminku a tatínka, rodina 3 pomáhá mamince se sebeobsluhou a doprovod potřebuje i při chůzi. Rodiny 4, 5, a 6 předaly část péče o tatínka, dědečka a maminku pečovatelkám, které jim především pomáhají v oblasti sebeobsluhy, se zajištěním péče o seniora v době jejich nepřítomnosti (aby např. nedošlo k poranění nebo opuštění domu), s přípravou a podáváním stravy.

Rodina 7 předala babičku již do péče DpS, kde zajišťují její komplexní zaopatření, rodina pomáhá s organizováním akcí v DpS, babičce věnuje péči především v oblasti mobility. Rodina 8 má též zajištěnu péči v domově. Mamince na pobyt v zařízení přispívá a pomáhá DpS tím, že maminku vozí na lékařská vyšetření. Za rodinu 9 převzal též větší podíl péče DpS, syn se snažil, aby otcí co nejvíce přizpůsobil prostředí jeho předchozímu bydlišti, a stará se o vyplnění jeho volného času vycházkami, čtením.

DVO 7: Co bude signálem, že už péči nezvládáte?

Tabulka č. 12 Signál pro nezvládnutí domácí péče

	Signál pro nezvládnutí domácí péče
Rodina 1	Pouze zdravotní stav maminky.
Rodina 2	Na to zatím neumí odpovědět.
Rodina 3	Nic. Chce se o ni postarat sama.
Rodina 4	Vyčerpání rodiny, tatínkův špatný psychický stav.
Rodina 5	Neumí si představit, že by dědeček zůstal jen ležet.
Rodina 6	Neví.
Rodina 7	Opakované pády babičky.
Rodina 8	Opouštěla domov a nevracela se zpět; zajištění základních potřeb.
Rodina 9	Nedokázali zabránit jeho odchodům z domu.

Zdroj: vlastní zdroj

Rodiny 2 a 6 na tuto otázku neuměly odpovědět, rodina 3 je rozhodnuta, že péči bude zvládat i při postupu nemoci, rodina 1 uvádí, že by péči zřejmě nezvládla při zhoršeném zdravotním stavu maminky, rodina 5 má obavy ze ztráty mobility. U rodiny 7 to byl zhoršený zdravotní stav babičky, který je vedl k umístění do domova. Rodina 8 a 9 nedokázala zajistit bezpečnost maminky a tatínka, nedokázali zabránit jejich odchodům z domu a právě z tohoto důvodu je umístili do DpS. Rodina 4, která již má předchozí zkušenost s Alzheimerovou chorobou, uvažuje, že kromě zhoršení zdravotního stavu tatínka by důvodem umístění do DpS mohlo být i psychické vyčerpání rodiny.

DVO 8: Víte, jaké služby můžete při postupu nemoci využívat? Myslíte, že využití služeb Vám přináší výhody, či nevýhody?

Tabulka č. 13 Informovanost o službách

	Informovanost o dalších službách	Výhody/nevýhody při využívání služeb
Rodina 1	Později ano, od vnučky.	Neumí posoudit, má spíše obavy.
Rodina 2	Neví.	Neví.
Rodina 3	Ví, vyžádá si pomoc pečovatelské služby.	I přesto, že služby zatím nevyužívá, domnívá se, že je to pro rodinu pomoc.
Rodina 4	Ano.	Jednoznačně výhodné, předáním části péče si uleví rodina.
Rodina 5	Ano, navštěvuje svépomocnou skupinu.	Vidí pozitiva především v tom, že zatím nemusela opustit zaměstnání.
Rodina 6	Pokud bude potřebovat, poradí se s pečovatelkou.	Služby jsou pro rodinu přínosem, dcera hlavně vyzdvihuje, že má možnost se o potížích s maminkou s někým poradit.
Rodina 7	Ano, ví a zná.	Využití pečovatelské služby je určitě výhodné, ale nesmí být překážkou špatný zdravotní stav seniora.
Rodina 8	Dnes již ano.	Podle dcery asi ano, ale jejich situaci by to neřešilo, jsou spokojeni s DpS.
Rodina 9	Nezajímal se.	Nezajímal se.

Zdroj: vlastní zdroj

Rodina 2 neví, jaké služby se dají používat, rodina 9 se o tuto oblast nezajímal. Rodina 1 a 8 se o nabízených službách dověděla až po několika letech péče, dcera (rodina 1) spíše projevovala obavy ze spolupráce s pečovatelkami. Pět rodin o službách, které jsou poskytovány v jejich okolí, ví a vesměs se shodují, že je to v každém případě pro rodinu přínosné.

DVO 9: Dokážete si uvědomit, pojmenovat změny, které se odehrály v průběhu nemoci ve Vaší rodině?

Tabulka č. 14 Změny v rodině seniora s ACH

	Změny v rodině seniora s ACH
Rodina 1	Největší změnou pro dceru je pochopení nemoci, uvědomění si toho, že maminka to nedělá úmyslně a že je potřeba se ji naučit přijímat se vším, co k této nemoci patří.
Rodina 2	Markantní změnou je podřízení se celé rodiny otcovu stavu.
Rodina 3	Velkou změnou pro ně bylo rozhodnutí, že dcera opustí zaměstnání a její manžel se bude snažit rodinu finančně zabezpečit.
Rodina 4	Bylo potřeba se sejít s celou rodinou, domluvit se, kdo může s čím pomoci, aby péče nezůstávala jen na mamince.
Rodina 5	Největší změnou v životě vnučky po zjištění dědečkovy diagnózy bylo vyřešení společného bydlení a zajištění péče o něj.
Rodina 6	Uvědomit si, že maminka potřebuje pomoc.
Rodina 7	<i>„Je strašné a smutné, jak nemoc člověka změní. Chtěla bych jí odpustit ta hrozná a zlá slova, která mi ve zlosti říkala, ale pořád je to ve mně a stále se nemohu zbavit pocitu křivdy. Rozum mi říká, ona za to přeci nemohla, ale v srdci to stále ještě bolí.“</i>
Rodina 8	Vyrovnat se s vlastním svědomím.
Rodina 9	Zvažoval, zda opustit zaměstnání a starat se 24 hodin o tatínka, nebo ho umístit do zařízení a věnovat se mu ve chvíli po práci. Tato současná situace synovi připadá výhodná pro něj, ale občas pochybuje, zvláště při častých dotazech tatínka, kdy se vrátí domů, zda učinil správně.

Zdroj: vlastní zdroj

Rodiny si většinou dokáží uvědomit, že nemoc je změnila. Nejlépe to vystihují ti, co s nemocí zápasí už delší čas, ale každý dokázal najít oblast, která jej zasahuje nejvíce.

5. DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá Alzheimerovou chorobou, cílem bylo upozornit na specifika, která se při péči o seniora s ACH nejčastěji vyskytují, a to jak v domácím, tak v institucionálním zařízení. Diagnóza je stále častější a je vysoce pravděpodobné, že vzhledem k stárnutí populace jí bude přibývat. V literatuře se udává, že ACH převyšuje i výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod (17).

Alzheimerovská společnost na svých stránkách uvádí, že v současnosti se více než u sedmi miliónů obyvatel Evropy nějaká forma demence vyskytuje (3).

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že rodiny si mnohdy prvních příznaků nemoci nevšímalý, což potvrzuje např. Pidrman, kde se můžeme dočíst, že v důsledku pomalého a často nenápadného začátku si okolí prvních projevů demence ani nepovšimne (28). Mnohdy příznaky spojovaly se stářím, na což upozorňuje Koukolík, který pojmenovává „*preklinické stadium*“ ACH, kdy je nutné nezaměnit příznaky klinicky normálního stáří s příznaky nemoci (20, s. 89). Případně si je dávali do souvislostí s nějakou nepříznivou životní situací, ale to jsou zatím pouze hypotézy, neboť jak se v literatuře uvádí, příčiny ACH jsou zatím neznámé, uvažuje se o genetických faktorech, vlivu věku, vzdělání, ale i pohlaví. Dále pak o vlivu tělesných i duševních aktivit i opakovaných stresů (18).

Diagnóza demence se i v dnešní době významně podceňuje. Rodina a někdy i samotní lékaři nevěnují prvním příznakům demence zaslouženou pozornost, některé příznaky demence tak připíší na vrub stáří. Pokud si tedy okolí všimne změny stavu, zaznamená příznaky demence, je vhodné stav konzultovat s dobrým lékařem, případně se obrátit na specialistu (17).

Respondenty popisované projevy ACH – zapomínání, změny nálad, chování, potíže v oblasti sebeobsluhy, v komunikaci, dezorientace v prostoru i čase, inkontinence, převrácený denní režim, útky – naprosto korespondují s literaturou. Např. demence postihuje základní fungování, narušuje běžné denní aktivity a objevují se při ní tři okruhy poruch:

- „*porucha kognitivních funkcí*;

- *behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování, přidružené psychotické příznaky, poruchy emotivity včetně přidružené depresivní nebo úzkostné symptomatiky, poruchy spánku či posunutí cyklu spánek – bdění);*
- *poruchy aktivit denního života (poruchy profesních dovedností, poruchy schopnosti provádět základní životní aktivity, jako je např. schopnost starat se o osobní vzhled a hygienu, oblékat a svlékat se apod.).*

Tyto okruhy se navzájem prolínají (19, s. 547).“

Nelze nalézt u všech nemocných totožné příznaky, neboť konkrétní projevy nemoci jsou ovlivňovány mnoha faktory – předchozím tělesným a duševním stavem, stylem života a typem osobnosti (14).

Překvapilo mě, že se mi snáze hledali respondenti pečující o seniora s ACH doma než respondenti, kteří se na péči o seniora podílí jen částečně, neboť již umístili babičku, maminku či tatínka do DpS. Možná je to způsobeno i tím, jak se mi potvrdilo ze dvou rozhovorů, že to rodinní pečující považují až téměř za své selhání. Domnívám se však, že pokud rodina usoudí, že takto náročnou péči nedokáže zajistit, je pro nemocného výhodnější umístění v DpS, kde je mu poskytnuta profesionální péče. Mnohdy si naopak rodiny nedokáží uvědomit, že i přes sebevětší snahu zajistit péči doma dochází k hraničním situacím, a jediným signálem pro nezvládnutí péče se stává špatný zdravotní stav jejich příbuzného.

Mezi problémy, s kterými se musí rodina vyrovnat, patří také tzv. skryté konflikty ve vztazích, ke kterým může docházet v důsledku dlouhodobé péče, kdy mezi seniorem a pečujícím vznikne určitá závislost. Z tohoto důvodu je dobré, aby do péče byl zapojen ještě jiný člen rodiny, případně i někdo mimo okruh rodiny. Také není dobré, pokud rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztratí kontakty s okolním světem, může tak dojít až k sociální izolaci. V krajním případě, je-li pečující osoba pod neustálým psychickým a fyzickým vypětím bez možnosti snížení tohoto tlaku, může docházet k určité formě násilí vůči ošetřovanému nebo i rodině. Z těchto důvodů je třeba, aby společnost dokázala v tomto smyslu rodině pomoci. Na druhou stranu je ale nutné, aby rodina pomoc hledala a dokázala ji využít (32). Z devíti respondentů jen

jedna z důvodu péče o maminku musela opustit zaměstnání. Možná ještě nejsou úplně správně nastaveny podmínky pro rodinné pečující. V médiích jsme četla článek, že by pro takovéto případy měla existovat alternativa místo mateřské dovolené, tzv. pečovatelská dovolená, kterou by rodinný pečující mohl čerpat po dobu péče o svého příbuzného. Snad se někdy v blízké budoucnosti stát bude touto otázkou zaobírat.

Situace, které rodinní pečující považují za nejtěžší ve své péči o seniora s ACH, můžeme dohledat v literatuře. Neboť mezi nejčastější typy specifického chování je uváděno – bránění se péči, neklid, agresivita, toulání se, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky (bludy, iluze, halucinace), záměny osob, deprese a úzkost (17). Mě u této otázky nejvíce překvapilo, že pouze jedna respondentka uvedla, že k nejtěžším situacím v péči patří obstarání osobní hygieny. Mám opačnou zkušenost, neboť se v zaměstnání často setkávám u příbuzných našich klientů s tím, že právě obstarání osobní hygieny je pro ně velmi těžké.

Respondenti dále uvádějí, že poskytují nemocným takovou péči, která je adekvátní zdravotnímu stavu jejich maminky, tatínka, babičky a dědečka a zároveň možnostem pečujících. Aby tuto péči mohli poskytovat, je třeba respektovat právě specifické potřeby, které většinou korespondují se stadii nemoci, a je jedno, zda je senior v domácím prostředí či v institucionálním zařízení. V prvním stadiu zpravidla nemocní péči ještě nepotřebují, neboť nejvíce je zasažena krátkodobá paměť, která je prozatím příliš neomezuje v běžných denních aktivitách. Ale již ve druhém stadiu, kdy se odumírání mozkových buněk šíří do celého mozku, je třeba na nemocného dohlížet, pečovatel musí být připraven mu poskytnout pomoc, případně péči, a to téměř neustále, po celý rok, neboť již bývá omezena soběstačnost, nemocný má potíže s oblékáním, ztrácí orientaci, mnohdy si nevybaví, na co se používají jednotlivé předměty denní potřeby. Toto období trvá ze všech tří období nejdéle (2–10 let), a tak je pro blízké, kteří pečují o seniora doma vhodné využívat sociální služby (např. denní centra, stacionáře), případně krátkodobé pobyty v zařízeních, jež zajistí kvalitativní celodenní péči, s odlehčením pro pečující. Ve třetím stadiu nemoci již senioři potřebují kompletní ošetrovatelskou péči, neboť již nejsou schopni ani sebez péče. V tomto stadiu je velmi důležitý přístup pečujících osob, neboť ač se může zdát, že nemocný nic nepotřebuje,

protože nekomunikuje, nic nepožaduje, je nezbytné jej podpořit kvalitním a láskyplným přístupem (27). I tady se nabízí možnosti péče těm respondentům, kteří již umístili svou babičku, maminku a tatínka do DpS – i oni se mohou zapojit do chodu domova a s nemocnými rodiči a prarodiči trávit volné chvíle. V evropských zemích je v současné době tendence, aby zodpovědnost za péči nesla především rodina. Rodinní příslušníci, pokud nezajistí péči doma, se musí nejen finančně podílet na chodu zařízení, ve kterém mají člena rodiny umístěného. „*I tuto spoluzodpovědnost lze chápat jako formu role rodiny v péči o seniory* (32, s. 17).“

Z výzkumu vyplynulo, že respondentům v některých případech informace o tom, jaké služby mohou při péči o nemocného s ACH využívat, chyběly, obzvláště na počátcích péče. Tady opravdu vidím prostor pro širší osvětu, zejména u praktických lékařů, kde by v čekárnách mezi ostatními letáčky měly být i letáčky s informacemi o Alzheimerově chorobě a možnostech, které lze při péči o nemocného využívat. Mám opět osobní zkušenost, že mnohdy se rodinní pečující o možnostech péče dozvídají až v době, kdy svého příbuzného již umístili u nás v domově. Naopak respondenti, jež služby využívají, umí ocenit, že profesionálové jim nejlépe dokáží poradit právě se specifickými situacemi, se kterými se při péči o nemocného setkávají.

Základní postupy pro pečující nabízí autorky v publikaci „Alzheimerova choroba v rodině“ – zde nabádají, že nejdříve je třeba si zjistit, jaké služby existují v nejbližším okolí, a využívat je. Požádat o příspěvek na péči i o přiznání výhod pro zdravotně postižené. Bude-li to třeba, nechat si předepsat od praktického lékaře absorpční pomůcky při inkontinenci. Obrátit se i na nejbližší pobočku alzheimerovské společnosti, která odpoví na případné dotazy (15).

Poslední dílčí výzkumná otázka úzce korespondovala s hlavní výzkumnou otázkou a pomocí této jsem se snažila respondenty dovést k uvědomění si specifik péče o seniora s Alzheimerovou chorobou, neboť to, čím si rodina při této péči „projde“, právě z těchto specifik vychází.

Respondenti po krátkém zamyšlení dokázali pojmenovat změny, které jim způsobilo to, že do života jejich maminky, tatínka, babičky či dědečka vstoupila Alzheimerova choroba. Jak se těžko vyrovnávali s touto nemocí, s tím, že se jim ten „jejich“ člověk

mění přímo před očima, že už to není ten, kterého znávali. Při této nemoci je třeba mít neustále na paměti, že pod problémovým chováním se často skrývá snaha nemocného sdělit svoji potřebu, nebo se může jednat o důsledek nudy, únavy nebo o důsledek psychiatrické poruchy. Je nezbytné si neustále uvědomovat, že jde výhradně o specifické symptomy demence, nikoliv o schválnost nebo zlý úmysl. Je třeba se naučit znát potřeby nemocného, uspokojovat je a tak těmto problémům předcházet (17). Neboť cílem péče o seniora s ACH by měla být v první řadě jeho spokojenost.

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti mají na počátku nemoci jen chabé informace, kromě rodiny, která již měla s nemocí předchozí zkušenost, a rodin, kde měly respondentky zkušenosti s touto nemocí ze svého zaměstnání (v příloze č. 4 uvádím zařízení, kam se mohou na Třebíčsku zájemci obrátit o radu či pomoc). Dále jsem vypožadovala, že v některých případech informace o specifických projevech chyběla i praktickým lékařům. Pozitivně na mě působila snaha pečujících postarat se o jejich maminku, babičku, tatínka či dědečka v domácím prostředí, i když se v některých případech zdálo, že si rodina neuvědomuje rizika, která tato péče přináší. Ocenila jsem, že se respondenti se mnou dokázali „zastavit“ a uvědomit si situace, které v každodenním shonu nevnímají, ale pro život s jejich seniorem jsou důležité.

6. ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je závažné onemocnění, které zasáhne do života nejen nemocnému, ale i jeho nejbližšímu okolí. Cílem teoretické části bylo popsat změny samotného stáří, neboť právě s ním je ponejvíce Alzheimerova choroba spojována, její příznaky, průběh, diagnostiku, léčbu a zvláště pak specifika péče.

Pro praktickou část, jejímž cílem bylo charakterizovat specifikum péče o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácnosti i v institucionálním zařízení z pohledu rodinného pečovatele, bylo použito kvalitativní šetření. Účastníky tohoto šetření, uskutečněného polostrukturovanými rozhovory, bylo devět respondentů, rodinných příslušníků seniorů s Alzheimerovou chorobou. Byli vybíráni respondenti, kteří se starají o seniora s ACH doma, respondenti, kteří zajišťují péči doma ve spolupráci s pečovatelskou službou, a respondenti, již předali péči profesionálům do DpS.

Pro zpracování cíle byla vytvořena hlavní výzkumná otázka: Jakými změnami projde rodina seniora s Alzheimerovou chorobou?

Účastníci odpovídali, že péče o seniora změnil život celé rodině. Specifikům této nemoci je třeba se přizpůsobit. Rodiny tak musely ve většině případů upravit bydlení, zajistit péči v průběhu celého dne, což znamenalo změnit, případně přerušit zaměstnání vzhledem ke stadiu nemoci. Vyrovnat se s psychickou zátěží, kterou způsobuje deteriorace intelektu nemocného seniora. Uvědomit si také, že se opravdu jedná o nemoc, neboť touto nemocí se změní celá osobnost jim do té doby známého člověka. Respondenti sami vnímají péči o seniora s Alzheimerovou chorobou jako celodenní, čtyřiaadvacetihodinovou péči. Toto si zvláště uvědomují ti, kteří se o péči dokáží podělit s terénní službou, a zároveň i ti, již tu největší odpovědnost předali do rukou pečovatelů profesionálů.

Dále z výzkumu vyplynulo, že informovanost široké veřejnosti a mnohdy nejen veřejnosti o Alzheimerově chorobě je na velmi nízké úrovni. Ve dvou případech byla podceněna včasná diagnóza nemoci. Někteří respondenti vůbec netušili, jaké služby mohou při postupu nemoci využívat. Bylo by tedy vhodné nasměrovat pozornost právě na oblast šíření informací do veřejné sféry.

Bakalářskou prací jsem především chtěla zprostředkovat autentické zkušenosti pečujících o seniora s ACH a poukázat na to, jak důležité je pro nemocného, aby mu byla věnována odborná péče, byť v domácím prostředí. Jistě by se dalo ještě zapracovat na lepších podmínkách, které by stát mohl připravit pečujícím o nemocné seniory.

Výsledky tohoto výzkumu zaznamenávají pouze mé zkušenosti a zkušenosti dotazovaných respondentů, a nelze je tedy zobecnit úplně pro všechny pečující, jež se starají o seniora s Alzheimerovou chorobou.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. BRILL, Targ M. *Alzheimer's Disease*. New York: Marshall Cavendish Corporation, 2005. ISBN 0-7614-1799-0.
2. CALLONE, R. Patrica at al. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320.
3. Česká Alzheimerovská společnost. *Alzheimerova choroba* [online]. 2003 [cit. 2013-06-30]. Dostupné z: <<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>>.
4. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
5. DENING, Tom a Alisoun MILNE. *Mental Health and Care Homes*. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-95-9363-7.
6. DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Pfizer, 2010.
7. FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-635-5.
8. GREGOR, Ota. *Muži nestárnou? Ale ženy žijí déle*. Kladno: Delta Macek, 1998. ISBN 80-86091-07-4
9. GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. Praha: Olympia, 1990. ISBN 80-7033-040-6
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2, Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
12. HAYFLICK, Leonard. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-85928-97-3.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
14. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
15. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.

16. HUGHES, Julian, Lloyd Mari WILLIAMS a Greg SACHS. *Supportive Care for the Person with Dementia*. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-955413-13.
17. JIRÁK, Roman at al. *Dementia a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
18. JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.
19. KALVACH, Zdeněk at al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
20. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
21. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
22. MÁHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ at al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
23. MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Radosti a strasti prarodičů, aneb když máme vnoučata*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-455-X.
24. MATOUŠEK, Oldřich at al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
25. MPSV. *Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer* [online]. 2010 [cit. 2013-06-30]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/10044>>.
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
27. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
28. PIDRMAN, Vladimír. *Dementia*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
29. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
30. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.

31. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontopsychologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
32. ŠELNER, Ivo. Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognóza. *Sociální práce*, 2004, č. 2., s. 12. ISSN 1213-624.
33. TOŠNEROVÁ, Tamara a Kateřina DUŠKOVÁ. *Staráte se o pacienta s Alzheimerovou nemocí?* Praha: Pfizer, 2007
34. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
35. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematická situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
36. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. Vyd.10. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-262-9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba

Demence

Péče

Stáří

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Motto

Příloha č. 2 – Oblasti k posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Příloha č. 3 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 4 – Konkrétní služby pro seniory s ACH na Třebíčsku

Příloha č. 1 – Motto:

*„Sestřičky, sestry, připadám Vám známě?
A co si myslíte, když díváte se na mě?
Protivná ženská stará, všeho se leká,
dívně se chová a dívá se do daleka.
Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse,
sedí tu, mlčí, jen žmoulá něco v puse.
Zdá se, že nevnímá, jaká je to s ní dřina,
a nosit ponožky a boty, to věčně zapomíná.
Žije, či nežije, snad neví, co se děje,
koupat a krmit, den za dnem jde – a bez naděje.
To myslíte si, sestry, když na mne hledíte?
Otevřete oči, prosím! To nejsem já, koho tu vidíte!*

*Řeknu Vám, kdo jsem já, co dřepím tu bez hnutí
a spím a jím a žiju, kdo jak mne donutí.*

*Zas malá holka jsem, tak asi deset je mi,
máme se rádi s rodiči a sourozenci všemi.
Dívka jsem, šestnáct, křídla mám na nohou
a sním, že princ můj tam čeká za horou.
Nevěsta šťastná. Ten, o kterém jsem snila,
můj přijal slib, já nikdy nezhadila.
Už děti mám a domov, tam, kde se nebrečí,
o jejich radost dbám, o jejich bezpečí.
Už třicítka je tu a čas tak děsně pádí,
synové rostou, jen kéž se mají rádi!
Čtyřicet – a synáčkové velcí už z domu odcházejí,
však se mnou je můj muž, ve dvou je veseleji.
Padesát přešlo, zas děti batolí se kolem,
ach, vnoučkové mí milí za babiččiným stolem.*

*Pak přišla temnota, vzala mi manžela.
Co bude dál? Hruža mnou zachvěla.
Mé děti pečují teď o tu svoji chásku,
já myslím dozadu, co poznala jsem, ach, lásku!
Stará jsem ženská a příroda moc zlá je
a s námi starými teď na blázna si hraje.
Tělo se drobí, pryč je síla, i krása oněměla
a kámen mám, kde dřív jsem srdce měla.
V té staré zdechlině však mladá jsem co kdysi
a srdce ubité přec občas poskočí si.
Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám
a miluju a žiju, jak milovati znám.
Na pár těch přelých let já pamatuji vděčně
a velmi dobře vím, nejsme tu nekonečně.
Sestřičky, sestry, já nejsem tam, kam pohled Váš se nese,
ta stará protiva! Otevřete oči!
A na mé JÁ teď zblízka dívejte se!“*

Báseň byla nalezena na geriatrickém oddělení jedné nemocnice ve Skotsku poté, co její autorka zemřela (22, s. 126).

Příloha č. 2 – Oblasti k posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Míra závislosti na pomoci jiné osoby se určuje podle počtu nezvládnutých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. Nezvládnutí úkonu znamená, že osoba není schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně úkon provést, ale také rozpoznat potřebu úkonu a zkontrolovat správnost jeho provedení.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- I. a) příprava stravy;
- b) podávání, porcování stravy;
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu;
- d) mytí těla;
- e) koupání nebo sprchování;
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení;
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny;
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh;
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě;
- j) stání, schopnost vydržet stát;
- k) přemísťování předmětů denní potřeby;
- l) chůze po rovině;
- m) chůze po schodech nahoru a dolů;
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení;
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání;
- p) orientace v přirozeném prostředí;
- q) provedení si jednoduchého ošetření;
- r) dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- II. a) komunikace slovní, písemná, neverbální;

- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí;
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi;
- d) obstarávání osobních záležitostí;
- e) uspořádání času, plánování života;
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku;
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování);
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla;
- i) mytí nádobí;
- j) běžný úklid v domácnosti;
- k) péče o prádlo;
- l) přepírání drobného prádla;
- m) péče o lůžko;
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů;
- o) manipulace s kohouty a vypínači;
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří;
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady;
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Příloha č. 3 – Otázky k rozhovoru

- 1. Vzpomínáte si, před kolika lety se u Vaší (Vašeho) maminky, babičky, manželky, (tatínka, dědečka, manžela) začaly projevovat změny v chování?**
- 2. Kterých změn jste si všiml/a jako prvních?**
- 3. Napadl/a Vás souvislost s nemocí, či jste projevy přisuzoval/a stáří?**
- 4. Měl/a jste informace o ACH ještě předtím, než byla diagnostikována?**
- 5. Co bylo impulsem k tomu, že jste nechal/a ... vyšetřit odborníkem?**
- 6. Jaké jsou momentální projevy nemoci?**
- 7. Jaká přání, potřeby Váš/e ... nejčastěji projevuje?**
- 8. Kdo Vám v prvních dnech pomohl v praktických záležitostech (péče, pomůcky, příspěvek na péči)?**
- 9. Kdy už jste si řekl/a, že to sám/a doma nemůžete zvládnout?**
- 10. Napadl/a Vás možnost umístit ... do domova pro seniory? Proč?**
- 11. Musel/a jste opustit zaměstnání, abyste se mohl/a o ni/něj starat?**
- 12. V jakých oblastech potřebuje péči (najíst, obléknout, dodržovat hygienu, sám/a doma, sám/a ven)?**
- 13. Co je pro Vás v péči nejtěžší?**
- 14. Co bude/bylo signálem, že už péči nezvládáte?**
- 15. Víte, jaké služby můžete při postupu nemoci využívat?**
- 16. Dokážete si uvědomit, pojmenovat změny, které se odehrály v průběhu nemoci ve Vaší rodině?**

Příloha č. 4 – Konkrétní služby pro seniory s ACH na Třebíčsku

Agentura domácí zdravotní péče Třebíč, s.r.o.

- služby: zdravotní a ošetrovatelské terénní služby;
- kontakt: Hladíkova 32, 674 01 Třebíč, tel.: 568 845 607, mob.: 608 233 267
web: www.adptrebic.cz

Diakonie ČCE – středisko v Myslivořicích

- služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby;
- kontakt: 675 60 Myslivořice, mob.: 568 834 931,
web: www.domovmysliborice.cz

DIANA Třebíč, o.p.s.

- služby: terénní pečovatelská služba;
- kontakt: POLIKLINIKA - LÉKAŘSKÝ DŮM, Vltavínská 1289/10, 674 01 Třebíč, tel.: 568 808 228, mob.: 728 168 40, web: www.domacipomoc-diana.cz

Dobrovolnické centrum a sousedská pomoc

- služba: sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby zdravotně postižené;
- kontakt: L. Pokorného 15, 674 01 Třebíč, tel.: 568 408 482, mob.: 775 179 314,
web: trebic.charita.cz/strediska/dobrovolnicke-centrum-a-sousedska-pomoc

Domácí hospicová péče Třebíč

- služba: hospicová péče;
- kontakt: Karlovo nám. 41/30, 674 01 Třebíč, mob.: 608 860 175,
web: trebic.charita.cz/strediska/domaci-hospicova-pece

Domov pro seniory Třebíč, Koutkova – Kubešova

- služba: domov pro seniory, čaj o čtvrté (svépomocná skupina);

- kontakt: Koutkova 302, 674 01 Třebíč, tel.: 568 821 301,
web: <http://www.dpstrebic.cz>

Domov pro seniory Třebíč – Manželů Curieových

- služba: domov pro seniory;
- kontakt: Manželů Curieových 603, 674 01 Třebíč, tel.: 568858926,
web: www.ddtrebic.cz

Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou

- služba: domov pro seniory;
- kontakt: Husova 971, 675 71 Náměšť nad Oslavou, tel.: 568 620 435,
web: <http://www.ddnamest.cz>

Domov důchodců Velký Újezd

- služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem;
- Kojatice, Velký Újezd 7, 675 32 Třebelovice, tel.: 568 443 017,
web: <http://www.dsvanezky.cz>

Domovinka Třebíč

- služba: denní stacionář;
- kontakt: Gen. Sochora 705, 674 01 Třebíč, tel.: 568 851 146, mob.: 604 583 529,
web: <http://trebic.charita.cz/strediska/domovinka-trebic>

Dům sv. Antonína Moravské Budějovice

- služby: domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, odlehčovací služby;
- kontakt: Komenského 907, 676 02 Moravské Budějovice, tel.: 568 423 705,
web: <http://www.dsvamb.cz>

Charitní ošetrovatelská služba v rodinách Třebíč

- služba: ošetrovatelská terénní služba;
- kontakt: Karlovo nám. 41/30, 674 01 Třebíč, tel.: 568 420 002, mob.: 608 860 175, web: <http://trebic.charita.cz/strediska/charitni-osetrovatelska-sluzba-v-rodinach-trebic>

Charitní pečovatelská služba Třebíč

- služba: pečovatelská služba;
- kontakt: Karlovo nám. 41/30, 67401 Třebíč, tel.: 568 420 200, mob.: 734 435 207, web: <http://trebic.charita.cz/strediska/charitni-pecovatelska-sluzba-trebic>

JUDr. Božena Dolejská - Pečovatelská služba

- služba: pečovatelská služba;
- kontakt: Kaunicova 1125, 675 51 Jaroměřice n.R., web: www.dolejska.com

Občanská poradna Třebíč, o.s.

- služba: poradenství;
- kontakt: Přerovského 126/6, 674 01 Třebíč, tel.: 568 845 348, mob.: 724 304 718, web: www.obcanskeporadny.cz

Občanské sdružení ŽIVOT 90 Jihlava – tísňová péče

- služby: osobní asistence, tísňová péče;
- kontakt: Žižkova 98, 586 01 Jihlava, tel.: 567 211 695, web: www.zivot90-jihlava.cz

Osobní asistence Třebíč

- služba: osobní asistence;
- kontakt: Karlovo nám. 41/30, 674 01 Třebíč, mob.: 775 613 621, web: trebic.charita.cz/strediska/osobni-asistence-trebic

Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč

- služba: centrum služeb, terénní služba;
- kontakt: L. Pokorného 15, 674 01 Třebíč, tel.: 568 408479, mob.: 733 676764,
web: trebic.charita.cz/strediska/paprsek-nadeje

Střed, o.s. – dobrovolnické centrum

- služba: sociálně aktivizační služba pro seniory a zdravotně postižené;
- kontakt: Mládežnická 229, 674 01 Třebíč, tel.: 568 843 732,
web: www.stred.info/cze