



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Pohledy rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerem

Bakalářská práce

Studijní program:

Rehabilitace

Autor: Kamila Šourková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Pohledy rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerem“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

;

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení mé práce a cenné rady a připomínky při zpracování. Dále bych chtěl poděkovat své rodině, která celé 3 roky studia stála při mně. Ráda bych poděkovala všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

Pohledy rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerem

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá pohledy rodinných příslušníků na péči o seniora, který trpí Alzheimerovou chorobou. Práce je rozdělená na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá pojmy souvisejícími s tématem bakalářské práce. První kapitola je zaměřena na stáří a typy demence. Druhá kapitola popisuje Alzheimerovu chorobu. Ve třetí kapitole se nachází charakteristika domácí péče poskytované rodinnými příslušníky a několik zásadních rad pro pečovatele. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na péči v domově se zvláštním režimem, na pečující a aktivity, které se mohou v domově uskutečnit.

Cílem práce bylo porovnat pohledy vybraných rodinných příslušníků na různé typy péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. Cíl práce spočívá v zodpovězení stanovených výzkumných otázek. První výzkumná otázka je zaměřena na to, které projevy Alzheimerovy choroby jsou pro rodinné příslušníky nejkomplicovanější. Druhá výzkumná otázka zkoumá, jak se liší názory rodinných příslušníků na péči, když se senior nachází v jejich domácí péči nebo v domovech se zvláštním režimem.

V empirické části bakalářské práce je využita metoda kvalitativního výzkumu ve formě dotazování v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří 8 respondentů pečujících o svého rodinného příslušníka s Alzheimerovou demencí. Výsledky jsou analyzovány pomocí otevřeného kódování.

Z výzkumu vyplývá, že pohledy rodinných příslušníků se příliš neliší. Pečující se shodují na tom, že pro svého rodinného příslušníka chtějí zajistit tu nejlepší péči, ať už v domácím prostředí, nebo v domově se zvláštním režimem. Co se týče vyhlídek do budoucnosti, lze v názorech respondentů nalézt jen drobné odlišnosti. I odpovědi na první výzkumnou otázku jsou téměř shodné. Respondenti uvádějí, že mezi nejkomplicovanější projevy nemoci patří nepoznávání, ztráta paměti, dezorientace a agrese.

Klíčová slova

Alzheimerova demence; rodinný příslušník; příznaky; domácí péče; domov se zvláštním režimem

The Views of family Members on Taking Care of seniors with Alzheimers

Abstract

The bachelor thesis deals with the views of family members on the care of the senior, who suffers with Alzheimer's disease. The thesis is divided into the theoretical and empirical part.

The theoretical part of the bachelor thesis deals with concepts related to the subject of bachelor thesis. The first chapter focuses on age and types of dementia. The second chapter describes Alzheimer's disease. In the third chapter there are a characteristic of home care provided by family members and several essential advice for carers. The fourth chapter focuses on care in a special home, caregivers, and activities that can take place in the home.

The aim of this work was to compare the views of selected family members on various types of senior care with Alzheimer's disease. The aim of the thesis is to answer the identified research questions. The first research question focuses on which of Alzheimer's manifestations are most complicated for family members. The second research question examines how the views of family members differ on care when a senior is in their home care or in special-purpose homes.

In the empirical part of the bachelor thesis is used the method of qualitative research in the form of questioning in a semi-structured interview. The research group consists of 8 respondents caring for their family member with Alzheimer's dementia. Results are analyzed using open encoding.

Research shows that the views of family members are not very different. Caregivers agree that they want to get the best care for their family member, whether in the home or in a home with a special regime. As far as prospects for the future are concerned, only minor differences can be found in the respondents' opinions. The answers to the first research question are almost identical. Respondents report that the most complicated manifestations of illness include non-recognition, loss of memory, disorientation and aggression.

Keywords

Alzheimer dementia; family member; sympoms; home care; Home with a special regime

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Stáří a stárnutí	9
1.1.1 Demence	9
1.1.2 Typy demencí	10
1.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby	10
1.2.1 Historie Alzheimerovy demence	11
1.2.2 Příčiny a rizikové faktory	11
1.2.3 Průběh nemoci	12
1.2.4 Symptomy	14
1.2.5 Diagnostická kritéria pro Alzheimerovu demenci	15
1.2.6 Terapie a léčba	16
1.3 Domácí péče.....	17
1.3.1 Prostředí domova nemocného s Alzheimerovou demencí.....	17
1.3.2 Péče o nemocného rodinnými příslušníky	18
1.3.3 Rady pro pečující	19
1.3.4 Zátěž pečujících	21
1.3.5 Výhody a nevýhody	22
1.4 Domov se zvláštním režimem.....	22
1.4.1 Péče o seniora s Alzheimerovou demencí	23
1.4.2 Komunikace	25
1.4.3 Aktivita v domově se zvláštním režimem	25
1.4.4 Pečující v domově se zvláštním režimem.....	26
1.4.5 Výhody a nevýhody	28
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 Cíl práce	29

2.2	Výzkumná otázka.....	29
2.3	Operacionalizace pojmů.....	29
3	METODIKA	30
3.1	Použitá metodika.....	30
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
3.3	Analýza dat.....	31
4	VÝSLEDKY	32
5	DISKUZE	38
6	ZÁVĚR	44
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	46
8	SEZNAM PŘÍLOH	51

Úvod

Téma bakalářské práce jsem zvolila proto, že sama mám rodinného příslušníka s Alzheimerovou demencí a osobně mě zajímal pohled jiných rodinných příslušníků na různé typy péče, které jsou v České republice k dispozici. Myslím si, že mě názory jiných lidí mohou velmi obohatit.

Alzheimerova demence je neurodegenerativní onemocnění, při němž dochází k odumírání mozkových buněk, a tím dochází ke snížení kognitivních funkcí myšlení a paměti. Alzheimerova demence se v současné době nachází na 5. a 6. místě nejčastějších příčin úmrtí, tudíž spadá mezi závažná onemocnění. Alzheimerova demence je v současné době velmi diskutovaná problematika. Prevalence Alzheimerovy demence roste. Nemoc se objevuje okolo 65. roku života, ale výjimkou nejsou ani lidé mladšího věku, kterých bohužel přibývá. Zatím není jisté, jaké jsou přesné příčiny tohoto onemocnění, avšak mezi nejčastější příčiny se řadí genetická dispozice, kouření, věk, ale i pohlaví. Onemocnění je obrovskou zátěží jak pro nemocného, tak pro rodinné příslušníky. Nemocný si během nemoci prochází třemi fázemi: lehkou, střední a těžkou fází. Cílem mé bakalářské práce je porovnat pohledy vybraných rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerovou chorobou.

Ne všichni pečující volí péči v domácím prostředí. Mnozí preferují péči v domovech se zvláštním režimem, kde se ale těžko shání volné místo. Proto některé rodiny čekají na umístění i několik měsíců. V domovech se zvláštním režimem mají senioři s Alzheimerovou chorobou veškerou potřebnou péči. Probíhají zde veškeré aktivity, které napomáhají rozvoji seniora. V domovech se navíc nachází mnoho lidí, kteří mají stejné problémy jako nemocný.

Teoretická část práce se zabývá charakteristikou stáří a rozdělením demencí. Jedním typem demence je právě Alzheimerova choroba, které je věnována samostatná kapitola, která popisuje příznaky, příčiny, diagnostiku a možnosti terapie. Další samostatnou kapitolu tvoří téma domácí péče rodinných příslušníků. Tento způsob péče je v poslední době poměrně rozšířen, proto je důležité se problematikou zabývat podrobněji. Péče v domácím prostředí je pro seniora s Alzheimerovou chorobou nejlepší variantou péče, protože si senior nemusí zvykat na cizí prostředí. Poslední kapitola se zabývá domovy se zvláštním režimem, pečujícími a aktivitami, které v těchto domovech pravidelně probíhají.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří a stárnutí

Čeledová, Čevela a Kalvach (2016) vnímají stáří jako životní fázi, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických sil jedince. Stáří se řadí mezi poslední ontogenetické vývojové etapy a souvisí se všemi předchozími etapami vývoje (Čeledová, Čevele, Kalvach, 2016). Podle Grusse (2009) bývá stáří důsledkem a projevem genetických procesů modifikovaných dalšími faktory, především chorobami a životními podmínkami jedince, a proto je neoddělitelnou a přirozenou součástí našich životů. Dále autor popisuje, že stárnutí představuje souhrn změn ve funkci a struktuře organismu. Problematikou stáří a stárnutí se zabývá gerontologie (Gruss, 2009).

1.1.1 Demence

Dle Pidrmána (2007) má slovo demence původ ve dvou latinských slovech, *de* a *mens*. Autor dále uvádí, že latinské *de* v překladu znamená bez, *mens* má více významů, například rozum, vědomí, mysl. Při demenci dochází k narušení vyšších korových funkcí paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči a učení (Rektorová a kol., 2007). Dochází také ke zhoršení kognitivních funkcí a vzniká nevyhnutelná závislost na jiných lidech, jelikož se stav postupně zhoršuje a vytrácí se intelektuální, profesní i sociálních dovednosti (Kachaniuk, Wasilewski, 2016). Diagnóza se stanovuje dle Pidrmána (2007) na základě klinického obrazu a psychologického vyšetření. Gruss (2009) mezi obecná kritéria řadí zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Dále autor popisuje příznaky demence, které lze rozdělit na tři základní oblasti: narušení kognitivních funkcí, narušení aktivity denního života a poruchy chování. Demence zahrnuje i několik dalších symptomů, jako jsou poruchy intelektu, paměti, orientace, abstraktního myšlení, chápání, pozornosti a motivace korových funkcí, emotivity, chování, soběstačnosti a osobnosti (Pidrman, 2007).

Dle Grusse (2009) Alzheimerova demence vede ke ztrátě mnoha základních lidských vlastností. V současné době nejsou přesně známy žádné výzkumné výsledky, které by dokazovaly zpomalování prevalence Alzheimerovy choroby (Gruss, 2009).

1.1.2 Typy demencí

Rektorová a kol (2007) rozděluje typy demenci mnoha způsoby, například na primární, sekundární a smíšené. Primární degenerativní demence je nejčastějším typem demence, který zahrnuje i Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci (Rektorová, a kol., 2007). Docent Jirák (2009) popisuje sekundární demenci jako nesourodou skupinu nemocí, na jejichž vzniku se podílí mnoho příčin, například posttraumatické stavy, infekce, epilepsie, endokrinní onemocnění a mnohé další. Tentýž autor uvádí, že se vyskytuje až 70 skupin sekundárních demencí. Mezi nejčastější a nejzávažnější smíšené demence patří demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorobě, demence při nádorech, vaskulární, metabolická a toxická demence (Orel, 2016).

1.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby

Naj a Schellenberg, (2017) Alzheimerovu chorobu popisují jako nejčastější formu demence a dědičné onemocnění, které se geneticky předává z generace na generaci. Autoři uvádí, že výskyt nemoci se zvyšuje se zvyšujícím se stárnutím populace. Docent Jirák (2009) řadí Alzheimerovu chorobu mezi závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k syndromu demence a končí letálně. Nemoc patří do primárně atroficko-degenerativních onemocnění šedé kůry mozkové (Jirák, 2009). Dle Jiráka (2009) má vývoj nemoci plíživý průběh, ale přitom stále progreduje. Alzheimerovu chorobu stejně jako ostatní typy demence nejsou lékaři schopni vyléčit, neboť doposud není známá etiopatogeneze. (Naj, Schellenberg, 2017). Pouze pomocí včasné terapie lze průběh nemoci zmírnit (Naj, Schellenberg, 2017).

Pidrman (2007) tvrdí, že začátky klinických příznaků se projevují již okolo 40. roku života, ale i déle. Tentýž autor uvádí, že nejčastěji nemoc propuká okolo 65. roku života. V současné době se dle Jiráka a Holmerové (2009) dostala tato nemoc na čtvrtou až pátou pozici příčin úmrtí. Dochází při ní k postižení osobnostních rysů a u nemocných se objevuje i nezvládání běžných úkonů (Gruss, 2009). Dle Grusse (2009) se vytrácí ze života pacientů zájem a dochází k narušení dlouhodobých společenských vazeb a vztahů. Z poruch korových funkcí se uvádí nejčastěji afázie, apraxie a agnózie, v počátku nemoci se může vyskytnout deprese, zřídka i mánie, ale u všech nemocných nemusí mít nemoc stejný průběh a stejné příznaky (Callone, 2008).

1.2.1 Historie Alzheimerovy demence

Historie Alzheimerovy demence dle Pidrmána (2007) je spjata se jménem Aloise Alzheimer, který pocházel z Německa a profesně se věnoval neuropatologii a psychiatrii. Alois Alzheimer se narodil v oblasti Bavorska ve městě Marktbreit 14. 6. 1864 a zemřel v Polsku ve Vraclavi dne 19. 12. 1915 (Pidrman, 2007). Alois Alzheimer pracoval na klinice v Mnichově, kde měl během několika let možnost pozorovat projevy této choroby, kterou podrobně popsal a která získala jeho jméno (Pidrman, 2007). V roce 1906 poprvé přednesl na konferenci kazuistiku ženy ve věku 51 let, která měla zvláštní onemocnění mozkového kortexu (Česká Alzheimerova společnost, © 2014). U ženy se pět let před její smrtí začaly objevovat příznaky kognitivních deficitů, které měly progredující charakter (Pidrman, 2007; Konrád, 2015). Konrád (2015) popisuje, že se u ní objevil deficit paměti, obtíže se psaním a čtením a tyto příznaky se neustále zhoršovaly. Další kazuistiku publikoval Alzheimer roku 1911, v níž byly příznaky popsány podrobněji (Konrád, 2015). Dle Pidrmána (2008) se jednalo o 56letého muže, jehož symptomy se velmi podobaly první kazuistice ženy. Po vyšetřeních se u něj dala vystopovat vysoká genetická zátěž (Pidrman, 2007).

1.2.2 Příčiny a rizikové faktory

Čeledová, Čevela, Kalvach (2016) uvádějí, že příčiny Alzheimerovy choroby jsou různorodé. Tytéž autoři popisují, že mezi nejčastější se řadí poruchy paměti, a to nejprve s krátkodobou pamětí, později i s dlouhodobou pamětí, případně dochází k častým výpadkům vzpomínek na celé události. Závisí vždy na pokročilosti nemoci, komorbiditě přidružené nemoci a lécích, na vlivu prostředí a především na podpoře rodiny (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2016).

Sever Alzheimer centrum (©2014) na svých stránkách uvádí mnoho rizikových faktorů, z nichž nejvýznamnějším je jednoznačně věk. Nemoc se může vyskytnout před 65. rokem života, ale jen vzácně (Alzheimer centrum, 2014). Česká Alzheimerova společnost (©2014) také uvádí, že se zvyšujícím se věkem obyvatel se zvyšuje riziko vzniku nemoci, a to dvojnásobně přibližně každý pátý rok. Nejvíce se vyskytuje ve věku 65-74 let, po 85. roku života je riziko vzniku až 50 %, není ale zřejmé, zda samotný věk je rizikovým faktorem, neboť faktem zůstává, že s věkem se mohou objevit i další vlivy (Česká Alzheimerova společnost, ©2014).

Carperová (2011) považuje za další rizikový faktor pohlaví. V mnoha studiích se prokázalo, že Alzheimerova choroba postihuje více ženy než muže (Carperová, 2001). Autorka se domnívá, že za to podle všeho může rozdíl v hladině hormonů, především estrogen u žen po menopauze.

Genetika dle Carperové (2011) sehrává velkou roli, neboť nemoc se dědí z generace na generaci. Za původce se považuje ApoE4 Gen (Carperová, 2011). Autorka se domnívá, že to ale nemusí znamenat, že nemoc vždy u potomků propukne. Podle studií ústavu pro otázky stárnutí je asi okolo 40 % lidí léčících se z nemoci pozitivní na výskyt genu ApoE4 (Carperová, 2011). U nositelů se dá předpokládat, že budou mít časnější nástup a těžší formy mozkové atrofie, než tomu bývá u lidí, kteří nejsou nositeli genu ApoE4 (Carperová, 2011).

Nižší stupeň vzdělání přispívá ke vzniku demence, mozek u vzdělanějších lidí je vůči chorobě odolnější (Guľášová, 2011). Autorka se domnívá, že chránit nás může trvalá duševní aktivita, například čtení, luštění křížovek či návštěva divadla. Několik desítek studií ukazuje, že u lidí, kteří studovali méně než 6 let, hrozí vyšší riziko vzniku (Carperová, 2011). Dle autorky se zdá, že učení pro mozek představuje ochranný účinek. Autorka upozorňuje, že úrazy hlavy zvyšují riziko rozvoje demence, zejména u sportovců, kteří utrpěli opakované úrazy hlavy s následným bezvědomím - nejčastěji tedy boxeři (Guľášová, 2011).

Nedostatek živin se také dle Carperové (2011) řadí mezi rizikové faktory, neboť může zvýšit náchylnost k Alzheimerově demenci například narušením imunity, protože naše tělo potřebuje vitamíny, minerály, aminokyseliny a omega-3-mastné kyseliny, které zaručují optimální rozvoj mozku.

Kouření cigaret řadí Choi, Krishna, Smilin a Ruckmani (2017) taktéž mezi rizikové faktory. Dle autorů má kouření negativní vliv na zdraví a zapříčiňuje mnoho nemocí. Kouření se také považuje za hlavní příčinu úmrtí lidí po celém světě a má významný vliv na vznik Alzheimerovy choroby (Choi, Krishna, Smilin, Ruckmani 2017).

1.2.3 Průběh nemoci

Alzheimerovu demenci lze dle Orla (2016) rozdělit více způsoby. V této práci se budeme zabývat rozdělením podle doby vzniku na demenci s časným a pozdním začátkem (Orel, 2016). Autoři uvádí, že demence s časným začátkem, která by započala před 65. rokem života, se nevyskytuje příliš často. S pozdním začátkem je výskyt

nemoci mnohem častější, kdy onemocnění propuká až po 65. roku života (Pidrman, 2007). Tentýž autor uvádí, že onemocnění trvá 5 až 8 let. Orel (2016) tvrdí, že to bohužel není typ onemocnění, který lze léčit. Tentýž autor popisuje, že průběh nemoci je možné medikamenty zpomalit, ale nikoli úplně zastavit. Prognóza není příznivá a končí letálně (Orel, 2016). Dle Jelínkové (2013) dokáže nemocný v lehkém stádiu zvládat nástrahy běžného života. Dochází k obtížnému dorozumívání, časté podezíravosti, dezorientaci v čase, bezradnosti, projevují se známky deprese, úzkosti a často se objevují změny osobnosti, nemocný se stává sobeckým a egocentrickým (Jelínková, 2013). Autorka upozorňuje i na časté změny nálad, kdy úzkost, deprese i ztráta iniciativy je typický projev nemoci.

Ve středním stádiu nemocný potřebuje celodenní péči, kterou mu většinou v počátcích nemoci poskytuje rodina, ale později už není jednoduché starat se o nemocného doma dvacet čtyři hodin denně (Orel, 2016). Ve druhém stádiu neboli při středně těžké demenci dochází k poruchám soudnosti, k prohlubování změn osobnosti, neschopnosti vykonávat každodenní činnosti, ztrátě soběstačnosti při oblékání, obtížné komunikaci, kdy dotyční nejsou schopni pojmenovat věci, dochází i k poruchám chování, halucinacím a podezírání (Jelínková, 2013). Tatáž autorka doplňuje, že nemocnému ubývá slovní zásoba a ten není schopen pojmenovat věci, které každý den používá. Do popředí mohou vystoupit negativní rysy, jako je egocentrismus, silná podezíravost a věčný negativismus (Holmerová a Mátlová 2014).

Matějková a Kellnerová (2014) poslední stádium označují jako těžkou demenci. Nemocný už není schopen samostatného života a je plně odkázaný na pomoc okolí a rodinných příslušníků (Matějková, Kellnerová, 2014). Ztráta paměti je v pokročilém stádiu, dotyčný nepoznává své děti, vnoučata, ani svého partnera, nemůže si vzpomenout, kdo všichni jsou (server Alzheimer centrum, © 2014). Dle serveru dochází k závažné poruše řeči, slovní projev se stává nesrozumitelným, nikdo neví, co se dotyčný snaží říci. Nemocnému dochází síly, začíná být méně pohyblivý, až nakonec zůstane ležet na lůžku (Jelínková, 2013). Dle autorky nemocní postrádají schopnost kontroly močového měchýře a funkcí střev, proto nemocný v tomto stádiu používá inkontinenční pomůcky. Není ale nutné, aby se všechny jmenované příznaky objevily u všech nemocných, protože každý nemocný je jiný a i průběh nemoci se může vyvíjet různým směrem (Česká alzheimerovská společnost, © 2014).

1.2.4 *Symptomy*

Pro Alzheimerovu demenci je typický pomalý a mnohdy nenápadný začátek. (Jiráček a kol., 2009). Dle téhož autora si ani okolí nemusí všimnout, že se s osobou něco děje. Tentýž autor vysvětluje, že postupný vývoj má progresivní charakter, výkyvy se příliš často nevyskytují. Prvními příznaky bývají jen nepatrné změny chování i osobnostních rysů (Rektorová, a kol., 2007). Poruchy kognitivních funkcí mohou být zřejmé hned v začátku nemoci, ale ne vždy tomu tak bývá, někdy se projeví až v průběhu progresu (Rektorová a kol., 2007). Nemocný dokáže tyto příznaky docela dobře maskovat, ale ne dlouho (Callone et. al., 2008).

Jiráček a kol. (2009) uvádí, že orientace v prostoru a čase se zhoršuje hned v počátcích, kdy se nemocný ztrácí i v místech, která mu jsou velmi dobře známá a blízká. Autoři se dále domnívají, že se ztrácí schopnost abstrakce, a proto nám nemocný nedokáže objasnit banální přísloví. Poruchy paměti jsou typické pro začátek nemoci (Jiráček a kol., 2009). Nejvíce bývá narušena zejména krátkodobá paměť, kdy si dotyčný není schopen zapamatovat nové informace (Callone et. al., 2008). Dle autorů je dlouhodobá paměť naopak dlouho zachována a k jejímu narušení dochází až v pozdních stádiích nemoci.

Myšlení se zjednodušuje a ztrácí pružnost (Pidrman, 2007). Dotyčný není schopen jakékoliv syntézy a analýzy či logických úvah (Alzheimer centrum, 2014). Dále se na serveru uvádí, že se ze slovní zásoby postupně vytrácí běžná slova. Objevuje se apraxie, afázie a agnózie (Rektorová a kol., 2007; Pidrman, 2007). Autoři se shodují, že dochází k perservaci neboli ulpívání na jednom tématu. Nemocní neustále opakuji ta samá slova, dochází k tzv. verbigeraci (Rektorová a kol., 2007). Někdy se objevují bludy, které jsou nejčastěji paranoidní (Pidrman, 2007). V terminálních stádiích se často vyskytují halucinace a dochází k postupnému emočnímu zploštění. (Alzheimer centrum, 2014).

Callone et al. (2008) uvádí, že osobnost nemocného se mění prakticky ihned, což se je jeden z klinických příznaků odlišujících Alzheimerovu demenci od vaskulární demence. Bohužel u Alzheimerovy demence se projevují negativní rysy osobnosti, a to zejména egocentrismus, sobeckost ale, i podezíravost (Callone et al., 2008). Dle autorů se nemocný o sebe přestává starat, protože to pro něj není důležité, a ztrácí motivaci k jakékoliv aktivitě i běžným činnostem.

1.2.5 Diagnostická kritéria pro Alzheimerovu demenci

Jiráček (2011) používá diferenciální diagnózu demence při posuzování pacienta a zjišťování, zda dotyčný trpí či netrpí demencí. Dle docenta Jiráčka (2011) se vždy musí postupovat velmi opatrně, neboť stavy připomínající demenci nemusí nutně být projevem nemoci, ale jen zpomalením psychomotorického tempa. V prvním kroku je nutné vyloučit aktivní poruchy, a to především delirium (Jiráček, 2011).

Diagnostika Alzheimerovy demence se provádí pomocí klinického vyšetření, kterým lze objevit organické poškození mozku Jiráček (2011). Je ale důležité, aby toto vyšetření bylo doplněné neurologickým vyšetřením (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2013). Autoři se shodují v tom, že v počátku nemoci lze ověřit úbytky paměťových a intelektových funkcí pomocí psychologického vyšetření a z pomocných vyšetření vychází elektroencefalografie, která poskytuje difúzně abnormní záznam.

Jiráček (2011) uvádí, že k diagnostice Alzheimerovy demence lze využívat mnoha zobrazovacích metod, nejčastěji se používá magnetická rezonance a tomografie. Dle Jiráčka (2011) počítačová tomografie mozku prokáže nespecifickou mozkovou atrofii nebo intracerebrální léze. Pokud lékař použije metodu SPECT neboli jednofotonovou emisní výpočetní tomografii, získá informace o snížení perfúze mediálních částí v temporálním laloku (Jiráček, 2011). Dle autora vyšetření mozkomíšního moku dokáže ukázat větší obsah tau-proteinu a beta-amyloidu. Amyloid zobrazovací metodu zmiňují Anand a Sabbagh (2017) jako první zobrazovací metodu, která se ale vzhledem k vysoké citlivosti amyloidu v běžné klinické praxi nepoužívá.

Server Alzheimercentrum (©2014) popisuje, jak se v rámci diagnostiky provádí krevní testy, oční fluorescenční test, lumbální test a test kognitivních funkcí. Dále server popisuje krevní testy, které dokáží odhalit začátek nemoci. Dle Ananda a Sabbaghy (2017) je lumbální test velmi propracovaná metoda, a to hlavně díky kombinaci testu a snímku mozku. Výstupem testu je potom pravděpodobná hodnota vzniku nemoci (Rektorová, a kol., 2007; Pidrman, 2007). Oba zmínění autoři popisují testování kognitivních funkcí za pomoci mezinárodních škál MMSE - Mini-Mental State Examination, které zjišťují úroveň paměťových funkcí, které bývají postiženy.

Poměrně jednoduchým testem je test hodin (viz. Příloha 1), pacientovi dáme zadání nakreslit hodiny a znázornit čas, který řekneme (Pidrman, 2007). Server Alzheimercentrum (© 2014) popisuje, že když pacient nakreslí vše správně, není žádný problém, ale pokud nakreslí kruh, ve kterém jsou rozházená čísla nebo ručičky

neukazují přesně zadaný čas, můžeme se domnívat, že autor takto nakreslených hodin je nemocný a potřebuje odbornou pomoc.

1.2.6 *Terapie a léčba*

Jiráček (2009) ve své studii uvádí, že demence, která má neurodegenerativní původ, je bez pochyby velkým terapeutickým problémem, zejména pro svou četnost. Tentýž autor řadí do neurodegenerativních onemocnění Alzheimerovu demenci. Symptomatická terapie se využívá k ovlivnění psychologických příznaků demence. Při psychotických stavech a neklidech se používají antipsychotika, k utlumení těžkého neklidu lze použít Haloperidol, ale pouze jednorázově (Jiráček, 2009). Pokud se v průběhu nemoci objeví deprese, používají se zejména antidepresiva, při poruše spánku se podávají hypnotika (Drinkenburg, Walsch, Ahnaou, 2017).

Navzdory velkému množství výzkumů Alzheimerovy choroby za posledních 20 let se stále nepodařilo objevit účinná léčba, která by onemocnění dokázala zastavit (Drinkenburg, Walsch, Ahnaou, 2017). Dle autorů lze pouze zpomalit průběh nemoci. Tytéž autoři upozorňují, že vědci se spíše v současné době zaměřují na snížení beta amyloidu v mozku. Neexistuje lék, který by léčil onemocnění, pouze lze pomocí medikamentů zmírnit projevy nemoci, což vede ke zlepšení kvality života nemocného (Drinkenburg, Walsch, Ahnaou, 2017).

Z terapií Alzheimerovy demence dle Kalnické, Vališe (2011), ale i ostatních typů demence, se nabízí pouze symptomatická léčba, zaměřená především na ovlivnění kognitivních a behaviorálních příznaků. Tytéž autoři popisují, že standardem pro léčbu jsou inhibitory acetylcholinesterázy a antagonisté N-acetyl-M-aspartových receptorů. V současné době se vědci snaží o vytvoření nových lékových norem (Jiráček 2009). Inhibitory acetylcholin esterázy ovlivňují především porušenou acetylcholinergní transmisí, avšak nejvíce ovlivňují tvorbu β - amyloidu, na jehož tvorbě se také podílí cholinesterázy mozku (Jiráček 2009).

U nefarmakologické léčby je důležitá včasná diagnóza, neboť zahájení léčby v počátečním stádiu vede k zachování funkčního stavu (Kalnická, Vališ, 2011; Jiráček, 2009). Pro zachování kognitivních funkcí slouží trénování paměti. Pro tyto účely se vytvořilo mnoho materiálů na cvičení paměti (Kalnická, Vališ, 2011). Reminiscenční terapie dle autorů využívá vzpomínek a jejich vybavování za použití různých podnětů, což je důležité u pacientů, kteří mají problém s krátkodobou pamětí (Jiráček, 2009). Dle

Docenta Jiráka (2009) se u nemocného s demencí uvádí jako jeden z příznaků špatná orientace v již známém prostředí, proto by se terapie měla zaměřit i na tuto oblast.

1.3 Domácí péče

Domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou péčí, která napomáhá zkrátit seniorovi pobyt v zdravotnických zařízeních na dobu nezbytně nutnou (Holmerová a kol., 2015). WHO popisuje domácí péči jako typ péče, která se realizuje u klienta doma a jejímž cílem je snaha předcházet hospitalizaci a následnému umístění nemocného do pobytových zdravotnických zařízení (Holmerová a kol., 2015). Autoři dále popisují, že cílem péče je uspokojit všechny potřeby člověka, a to jak fyzické, tak psychické.

1.3.1 Prostředí domova nemocného s Alzheimerovou demencí

Rodina tvoří dle Klimové a kol. (2016) základní článek společnosti a zároveň představuje pro seniora bezpečné prostředí. Dle autorů zabraňuje mezigenerační solidarita izolaci seniora. Kdyby tato solidarita ale nefungovala, péče v domácím prostředí by ztrácela svůj smysl (Klimová a kol., 2016). Dle autorů pro pacienta postiženého jakýmkoliv druhem demence je nejdůležitější zachování schopnosti žít doma. K životu doma musí být dotyčný soběstačný a schopný se postarat o své základní životní potřeby, a přitom neohrožovat sebe ani své okolí (Holmerová, Nováková, Jarolímková, 2008).

Rodina může zastávat funkci ochrannou, kterou plní především ošetřovatel, zejména tedy rodinní příslušníci, manžel/ka a děti (Ondřiová a kol., 2016). Autorky upozorňují, že nemocný by si neměl svoji závislost na rodině uvědomovat, jelikož takové zjištění by pro něj bylo frustrujícím. Preventivní funkci potom autoři popisují jako úpravu léčebného procesu a snahu upravit domácnost tak, aby nedocházelo ke komplikacím a ke zhoršování zdravotního stavu (Klimová, a kol., 2016). Velmi náročné ale je dlouhodobě pečovat o imobilního a inkontinentního seniora či seniora trpícího intelektovými poruchami (Klimová a kol., 2016).

Callone et al. (2008) upozorňuje, že prostředí domova by se mělo po diagnostikování Alzheimerovy nemoci co nejvíce přizpůsobit potřebám nemocného. Dle autorů Jestliže je dům velký, není pro nemocného příliš vhodné, aby se pohyboval po celém domě, neboť velký prostor je pro něj o to víc matoucí. Dle Vančurové (2015) a Callone et al. (2008) je vhodné, pakliže to situace umožňuje, se pokusit alespoň část

domu uzavřít. Autoři popisují, že taktéž uspořádání pokoje by nemělo působit chaoticky, proto je potřeba odebrat z místnosti přebytečný nábytek, který by nemocnému mohl překážet a zvýšit riziko pádu. Vančurová (2015) radí také odstranit koberce, po kterých by mohl nemocný uklouznout, dále odstranit prahy nebo raději použít nízké prahové lišty a po domě rozmístit židle, aby si nemocný mohl během svého bloudění odpočinout.

1.3.2 Péče o nemocného rodinnými příslušníky

V rámci rodiny dle Čeledové, Čevely a Kalvacha (2016) poskytují péči nejčastěji vlastní děti nemocného a jejich partneři, menší zastoupení mají vnuci, vnučky a snachy. Jelínková (2013) píše, že až z 90 procent se o nemocného stará rodina, většinou ženy. Autorka dále uvádí i případy, kdy senioři jsou schopni se o sebe ve větší míře postarat sami a rodinní příslušníci jim poskytují jenom částečnou podporu a pomoc. V péči o seniora vykonávají pečující nejvíce úkony spojené s každodenními pracemi a mnohdy vozí seniora k doktorovi, na nákupy či mu pomáhají s obsluhou při hygieně (Jelínková, 2013). Bartůněk a Ptáček (2011) považují spolupráci pečujícího s ošetřujícím lékařem za důležitou, protože péče o seniora s Alzheimerovou demencí je složitá a specifická a východiskem správné spolupráce je uspokojivá komunikace. V péči o nemocné popisuje Kurucová (2016) nový trend domácí péče, který souvisí s přáním nemocného, aby se o něj staral jeho blízký v domácím prostředí.

Pečovatelem se většinou stává rodinný příslušník (Kurucová, 2016). Autorka se domnívá, že rozhodující roli přebírá jeden člověk, který nemocného zná a péče o nemocného ho uspokojuje. V péči by měl být podporován celou rodinou a měl by mít možnost zastoupení (Ondřiová a kol., 2016). Autorky nedoporučují péči jenom jednoho člověka, protože člověk není stroj, který by pro svůj život nepotřeboval chvíli volna. Člověk, který přebere veškerou péči o chorého, se potom označuje jako primární pečovatel (Kurucová, 2016).

Ondřiová, Klímová a Majerníková (2014) popisují, že role rodiny v životě nemocného je nenahraditelná. Pro autorky rodina představuje zdroj informací, který dokáže ovlivnit péči. Joy, Glenner a kol. (2012) popisují faktory, které ovlivňují rozhodnutí rodinného příslušníka starat se o nemocného v prostředí domova. Dle autorů mezi ně patří materiální stránka rodiny, a to především zaměstnání, vhodné bydlení a finance, neboť rozhodnutí ponechat seniora doma vyžaduje mnohdy úpravy stávajícího

bydlení, které vyžadují investici. Autoři kladou důraz na duševní stránku rodiny, která hraje důležitou roli. Pokud rodina není vyrovnána se stavem nemocného, není dobré, aby se o nemocného starala (Joy, Glenner a kol, 2012). V péči o nemocného rozlišují Ondriová, Klímová a Majerníková (2014) tři stupně péče:

- 1) Podpůrná péče znamená, že rodinný příslušník pomáhá nemocnému finančně nebo ho doprovází na nákupy či k lékaři. Tato forma péče není pro pečujícího ještě namáhavá a nepůsobí na jeho psychický a fyzický stav.
- 2) Druhý stupeň se označuje pojmem neosobní péče. Zahrnuje převážně péči o domácnost, vaření, úklid, praní, žehlení. Není to péče psychicky náročná, ale časově zabere poměrně hodně času.
- 3) Osobní péči řadíme do třetího stupně. Tato fáze už působí na psychický a fyzický stav rodinného příslušníka. Ošetřovatel pečuje o seniora 24 hodin denně a pomáhá mu se vším. Senior většinou už nežije sám, ale u pečujícího, pokud tedy pečující nebydlí trvale se seniorem.

1.3.3 Rady pro pečující

Callone et al., (2008), Holmerová, Nováková a Jarolímková (2008) upozorňují, že péče o osobu s demencí není jednoduchá, ba naopak je často velmi vysilující. Autoři se domnívají, že v péči o nemocného by se pečující měl řídit několika radami. Pečující by měl nemocného přijmout, měl by respektovat jeho pořád a vnímat nemocného jako tu samou osobu, kterou tolik let znal a měl ho rád (Callone et al., 2008). Dále by si měl pečující uvědomit, že senior je pouze nemocný, a proto by měl mít na paměti, že se s člověkem s demencí musí jednat stejně jako před propuknutím nemoci (Holmerová, Nováková, Jarolímková, 2008).

Nasloucháním nemocnému se dotyčnému dostane pocitu, že nám na něm záleží (Holmerová, Mátlová, 2014). Vždyť právě naslouchání patří mezi nejdůležitější prvky komunikace (Holmerová, Mátlová, 2014). Ač není jednoduché plnit všechna přání nemocného, důležitá je snaha splnit toho co možná nejvíce (Callone et al., 2008). Nedá se ale říct, že bychom měli plnit každé přání, s kterým nemocný přijde (Holmerová, Mátlová, 2014). Důležité také je s nemocným mluvit o tom, co všechno může nastat, neboť není nic horšího než nevědomí (Callone et al., 2008). Budoucnost je vždy nejistá, ale nemocný by na ní měl být připravený (Callone et al., 2008).

;

Holmerová a Mátlová (2014) upozorňují, že by pečující měl pravidelně s nemocným provádět jeho každodenní návyky. Dle autorek totiž činnosti, které nemocný vykonával před onemocněním, pro něj mají svůj význam a nemocný je potřebuje i nadále mít ve svém životě. Nesnažme se proto vytrhnout nemocného z jeho původního života, spíše se pokusme o co největší ztotožnění s jeho životem před nemocí (Ondriová a kol., 2016). Důležité dle autorek je, aby nemocný zůstal co nejdéle samostatný, neboť soběstačnost výrazně usnadňuje péči pečujícího. Všem, co s nemocným děláme, musíme dát dostatek času a být nesmírně trpěliví, protože pokud se na nemocného spěchá, vytváří to stres, ze kterého může vzniknout až deprese (Holmerová, Mátlová, 2014). Tytéž autorky upozorňují, že důležité je umožnit nemocnému opakování úkonu. Pokud se nebude spěchat, nemocný dokáže většinu úkonů vykonat sám (Ondriová a kol., 2016). Ulehčí tím práci jak pečujícímu, tak sám sobě, nebude potřebovat pomoc ve všech úkonech, a navíc si bude připadat ještě důležitý (Holmerová a Mátlová 2014).

Pečující by se měl snažit nevyvolávat konflikt, protože konflikty člověka s demencí velmi vyčerpávají a nejen na něj, ale i na pečujícího nemají dobrý vliv (Ondriová a kol., 2016). Dle autorek člověk s Alzheimerovou nemocí nemá rád spěch a nechce, aby na něj někdo tlačil. Ve všem je nutné hledat to lepší a brát v potaz i malé úspěchy, které potom dokáží vytvořit jeden velký úspěch, proto nedostatky není potřeba řešit (Holmerová, Mátlová, Jarolímková, 2008). Dle autorek je potřeba sledovat, na co nemocný ještě stačí, co ještě zvládne sám, a všechny aktivity přizpůsobit jeho zdravotnímu stavu.

Holmerová a Mátlová (2014) doporučují, abychom ve vztahu s nemocným udržovali dobrou náladu, která pozitivně působí proti stresu a únavě. Mějme na paměti, že i lidé s demencí se rádi baví a smějí se (Ondriová, Klimová, Majerníková, 2014). Dle autorek ztráta paměti a zhoršená koordinace zvyšují riziko zranění, proto se musí dbát na bezpečnost nemocného. Výběr pohybu se vždy doporučuje konzultovat s lékařem, popřípadě s fyzioterapeutem, zejména pak v případě, když člověk s demencí trpí dalšími závažnými přidruženými nemocemi (Ondriová a kol., 2016). Stále se s nemocným snažme komunikovat, i přestože nemocný občas nemluví srozumitelně a komunikace se pak zdá být zbytečná (Botíková, Martínková, 2012).

1.3.4 Zátěž pečujících

Holmerová a Matlová (2014) upozorňují, že poskytování každodenní péče má dopad na fyzickou i duševní stránku pečujícího, protože Alzheimerova nemoc se netýká jenom člověka samotného, ale celé rodiny. Zvěřová (2015) považuje za největší zátěž to, že vše leží na bedrech pečujícího. Pokročilosti nemoci pak způsobuje větší psychickou zátěž pro pečovatele (Zvěřová, 2015). Dle Holmerové a Matlové (2014) by se měl pečující předem připravit na to, že péče nebude jednoduchá, ale naopak mnohdy velmi náročná. Ten, kdo pochopí problémy nemocného, se lépe vyrovná i s těmi svými (Holmerová a Matlová 2014).

Starost o chorého člověka představuje pro opatrovatele i chorého velikou fyzickou zátěž, která souvisí s opakovaným obracením, přenášením a mnohými dalšími činnostmi (Zvěřová, 2015). Tataž autorka popisuje zátěž, která nezasahuje jen do oblasti fyzické, ale i psychické, což se odvíjí od dlouhodobého psychického vypjetí. Dle Klimové a kolektivu (2016) se pečující o svého rodinného příslušníka stará roky bez jakýchkoliv nároků na dovolenou a často nemá ani v rodině zastoupení. Ztrácí tak jakýkoli nárok na svůj volný čas, neboť většinu volna tráví s nemocným (Klimová a kol., 2016).

Dlouhodobá péče představuje pro pečujícího neuvěřitelnou zátěž, především pro toho, kdo nemá podporu v rodině (Klimová a kol., 2016; Zvěřová, 2015). Někteří pečovatelé se začínají stranit společnosti a raději tráví život doma s člověkem s demencí nebo někde v blízkém okolí (Holmerová, Matlová, 2014). Dle autorek se objevují u pečujících často pocity osamocení. Ztrácí své přátele a upínají se na nemocného, i když ten už ztrácí své osobnostní rysy, takže si spolu nemohou popovídat jako dříve. Pečující potřebují udržovat kontakt s okolím, nemohou žít v izolaci (Holmerová a kol., 2008).

Přirozeně se pečující občas přistihne, že se hněvá na nemocného kvůli jeho chování, ale i na sebe nebo na ošetřujícího lékaře (Ondřiová, Klimová, Majerníková, 2014). Autorky zmiňují, že někdy se může chování nemocného jevit jako schválnost, pak pečující zareaguje až nepřiměřeně. Hněv je přirozený, protože každý den pečující vykonává stejnou práci, přichází o svůj život a plně se věnuje nemocnému (Ondřiová, Klimová, Majerníková, 2014).

Dle Zvěřové (2010) jsou rodinní příslušníci více ohroženi ztrátou rodinných vztahů, jelikož dochází k omezení společenského kontaktu a následné sociální izolaci.

;

Častěji trpí zdravotními problémy, jako je deprese či porucha spánku, ale své problémy neřeší a více se zajímají o nemocného příbuzného než o sebe (Zvěřová, 2010). Dle autorky se pečující mohou dostat do tíživé ekonomické situace, protože nechodí do práce a celé dny tráví péčí o nemocného. I když to není vždy lehké, mohou se někdy objevit i pozitivní prožitky, které prohloubí vztah mezi pečujícím a nemocným (Holmerová a kol., 2008).

1.3.5 Výhody a nevýhody

Domácí prostředí má velký vliv na proces uzdravování, péče se sestavuje podle individuálních potřeb nemocného (Kovářová, ©2017). Dle Kovářové (2017) může dojít ke zkrácení doby hospitalizace, a tím i ke snížení nákladů, které je potřeba na léčbu vynaložit. Dle Kovářové (2017) pokud probíhá domácí péče, nevyskytují se u nemocného nozokomiální nemoci, které jsou spojené s pobytem ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Kovářová (©2017) vysvětluje, že nozokomiální nemoci způsobují nemocnému zhoršení zdravotního stavu, což se při domácí péči nestane. Nabízí se možnost dlouhodobé péče, kdy doba poskytování péče vychází z individuálních potřeb jedince (Kovářová, ©2017).

Bártlová, Tóthová a Veisová (2011) ve své studii zjišťují nevýhody domácí péče. Autorky za nevýhodou považují vzdálenost bydliště seniora od zdravotnického zařízení, kdy pro doktora nebo sestru může být dojíždění náročné a při náhlém zhoršení stavu se doktor nemusí dostat k seniorovi dostatečně rychle, aby mu mohl poskytnout potřebnou péči. V domácnosti seniora není dostatečné vybavení, které doktor v danou chvíli může potřebovat a v důsledku toho může dojít ke zhoršení zdravotního stavu (Bártlová, Tóthová, Veisová, 2011).

1.4 Domov se zvláštním režimem

V následujícím odstavci popisují domov se zvláštním režimem. Ten ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, a to především z důvodu chronických duševních onemocnění, ale i lidem se závislostí na návykových látkách či osobám s Alzheimerovou demencí a ostatními druhy demence. Dle zákona se péče poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost vlivem nemoci a jejich situace vyžaduje čtyřicetihodinovou péči. Režim v domově je uzpůsoben specifickým potřebám jedince. V zákoně se uvádí

základní činnosti, kterými jsou poskytování ubytování, stravy, pomoc při hygieně a běžných úkonech v péči o vlastní osobu, zajištění kontaktu s okolím, pravidelné terapeutické a aktivizační činnosti.

Ubytování poskytuje seniorům domov do konce jejich života (Malíková, 2011). Senior má možnost uzpůsobit pokoj podle svých přání (Malíková, 2011). Strava se podává pětikrát denně, u diabetiků až šestkrát denně. (Mlýnková, 2011) Dle autorky má senior možnost si volit jídlo sám podle svých chutí, většinou se volí ze dvou nabízených menu, a pokud potřebuje dietní omezení, utváří se jídlo přímo pro něj. Tatáž autorka uvádí, že s osobní hygienou nemocnému pomáhají pracovníci v sociálních službách. Nejedná se pouze o péči hygienickou, ale i o péči při vyprazdňování (Mlýnková, 2011). Sociální terapeutické činnosti se dle Mlýnkové (2011) zaměřují na posilování sociálních dovedností, které se používají v běžném životě. Aktivizační činnosti navazují na sociálně terapeutické činnosti jejichž hlavním cílem je nalezení vhodných stimulačních podnětů (Malíková, 2011).

1.4.1 *Péče o seniora s Alzheimerovou demencí*

V péči o seniora s Alzheimerovou demencí Mlýnková (2011) odlišuje jednotlivá stadia nemoci. Jiná péče se provádí v lehkém stádiu a jiná naopak ve stádiu těžkém (Burda, Šolcová, 2016). V prvním stádiu senior nepotřebuje nepřetržitou péči, ani nebude pravděpodobně potřebná přítomnost pečujícího v domácnosti. (Mlýnková, 2011) Dle autorky by se rodina měla postarat o dostatečnou péči. Pečovatel pomáhá při hygienické péči a s ohledem na pohyblivost nemocného se mu snaží pomoci i s oblékáním (Burda, Šolcová, 2016). U seniora bývá vítanou pomocí nakupování a pravidelné procházky, zaměření se na konkrétní činnosti, jako je trénování paměti např. díky pexesu, luštěním křížovek nebo jinými hrami (Malíková, 2011). Dle autorky v prvním stádiu nemoci nemusí být ještě senior umístěn v domově se zvláštním režimem.

Burda, Šolcová (2016) uvádí, že ve druhém stádiu již dochází ke zhoršení zdravotního stavu a rodina může začít zvažovat umístění do domova se zvláštním režimem, kde mu poskytnou celodenní péči a mnoho aktivit s ohledem na jeho duševní a zdravotní stav. Dále dle autorek pomáhá pečující s upokojením základních potřeb, pokud je to na síly klienta. Vždy se snažíme pacienta zapojit do různých aktivit, do žádných činností ho ale nenuťme násilím, v mnoha situacích raději ustupme jeho

prání, neboť nechceme docílit toho, aby se nemocný rozčiloval (Mlýnková, 2011; Burda, Šolcová, 2016). Autoři se shodují, že v mnoha případech se stává, že klient odmítá aktivity, jako jít se umýt nebo si dojít na záchod. Ale raději ho opravdu do ničeho nenutíme, abychom předešli konfliktu (Mlýnková, 2011). V noci se klient může začít oblékat a odcházet do práce, ale přitom si dotyčný nebude vůbec uvědomovat, co se s ním děje (Malíková, 2011). Autorka vysvětluje, že pro zabránění vstávání z postele lze použít postranice u postole, které zároveň umožňují předejít pádu z postele. Není ale vyloučeno, že senior postranice nepřeleze a i tak nespadne (Mlýnková, 2011). Malíková (2011) uvádí, že dříve se mohly používat upevňovací pásy, které zabraňovaly nemocnému v pohybu. V současné době jsou tyto pomůcky zakázány (Malíková, 2011). Autorka objasňuje, že v druhém stádiu je nutné dávat pozor, abychom klientovi při ošetřování neublížili. Pečovatel ze svých zkušeností pomocí neverbální komunikace zjistí, zda je nemocnému dobře (Malíková, 2011).

Burda a Šolcová (2016) popisují třetí stádium, kdy je už nemocný plně odkázán na pomoc od okolí. Dle autorů se proto doporučuje umístit seniora do zdravotnického nebo sociálního zařízení, kde mu bude poskytnuta potřebná péče. Hlavním úkolem personálu je provedení komplexní ošetrovatelské péče (Burda, Šolcová, 2016). Senior se stává imobilním, ale chůze může zůstat dlouhou dobu zachována (Malíková, 2011). Autorka popisuje klienta jako neklidného, proto by měl personál jeho chování sledovat. V noci hrozí opět riziko pádu z postele, proto se aplikují postranice k posteli (Mlýnková, 2011). Pečovatel dle svého svědomí poskytuje dostatečnou komplexní ošetrovatelskou péči (Burda, Šolcová 2016).

Mnohé organizace pomáhají nemocným s Alzheimerovou demencí a jejich rodinným příslušníkům s péčí o nemocného (Mlýnková, 2011). Česká Alzheimerova společnost ©2014 patří mezi nejvýznamnější organizace a její pobočky se nacházejí ve větších městech (©2014 Česká alzheimerovská společnost). Dále server poskytuje pomoc jak v domácím prostředí, tak i v denních stacionářích. Mlýnková (2011) ve své knize popisuje českou Alzheimerovou společnost, která pečujícím osobám radí, jak správně jednat v daných situacích. Mezi důležité akce, které tato společnost pořádá, patří setkávání rodinných příslušníků (Mlýnková 2011).

1.4.2 Komunikace

Botíková a Martínková (2012) za nejčastější problémy při komunikaci s osobou s demencí považují skutečnost, že dorozumívání už neprobíhá tak přirozeně jako dřív. Autorky považují za důležité uvědomit si, že ztráta řeči má dva možné důvody. Jednak nemocný jednoduše nenachází slova, kterými by se chtěl co nejsrozumitelněji vyjádřit (Botíková, Martínková, 2012). Na druhé straně pak nemocný nerozumí obsahu slov, kterými s nimi komunikujeme (Botíková, Martínková, 2012). Ravani (2017) přesto s jistotou říká, že se dá nalézt způsob, jak s nemocným komunikovat. Autor však na druhou stranu přiznává, že to není jednoduché, proto bychom měli být trpěliví a na nemocného nevyvíjet nátlak.

Kalvach, Čeledová a Holmerová (2011) doporučují se při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou řídit desaterem komunikace s pacienty se syndromem demence. Autoři v něm uvádí několik rad, které nám pomohou k lepší komunikaci. Adámková (2017) upozorňuje, že při komunikaci se máme pokusit omezit všechny rušivé a rozptylující vlivy prostředí, jakou jsou televize a rádia. Autorka dodává, že se je důležité se ujistit, zda senior správně slyší, jestli náhodou nemá ztlumené naslouchadlo a zda netrpí komunikační poruchou. Pacientovi dáváme najevo zájem, neděláme žádné prudké pohyby nebo se snažíme během rozhovoru tyto pohyby omezit (Adámková, 2017). Nepřecházíme před ním nemocným z jedné strany pokoje na druhý, ale snažíme se zůstat v jeho zorném poli (Botíková, Martínková, 2012). Nikdy nemluvíme rychle, naopak hovoříme pomalu a v krátkých srozumitelných větách, nikoli v obsáhlých souvětích (Bartůněk, Ptáček a kol., 2008). Náš hovor by neměl obsahovat odborné výrazy (Botíková, Martínková, 2012). Tytéž autorky upozorňují, že při rozhovoru se vyhýbáme zájmenům a vše pojmenováváme přesně. Udržujeme oční kontakt a průběžně si ověřujeme, že nám pacient rozumí a nepotřebuje od nás nic dovysvětlit (Botíková, Martínková, 2012). Bartůněk, Ptáček a kolektiv (2008) popisují, že pro zklidnění stačí i dotek. Když odcházíme, dejme zřetelně najevo, zda odcházíme na pár minut nebo naše setkání skončilo úplně (Adámková, 2017).

1.4.3 Aktivita v domově se zvláštním režimem

Schwirghammer a Wehner (2013) popisují mnoho aktivit v domovech se zvláštním režimem, ale vždy záleží na sociálním zařízení. Tytéž autoři uvádí, že pro práci se

seniorem se využívá technika tzv. motogeragogiky, což je psychomotorická aktivita pro seniora, která pracuje se vzpomínkami.

Schwirghmmer a Wehner 2013 uvádí, že aktivizační činnosti mohou být různé a každý domov se zvláštním režimem má své aktivity, které uplatňuje při práci se seniorem, například ruční práce, jako je pletení, šití, háčkování, malování, drhání. Všechny aktivity musí zohledňovat zdravotní stav nemocného (Schwirghmmer a Wehner 2013).

Arteterapie je diagnostický nástroj využívající umělecké techniky (Kelnarová, Matějková, 2014). Dle autorek se pro terapeutické výzkumy využívá především výtvarné umění. Díky kresbám, kolážím či modelování může jedinec pochopit sám sebe, ale i druhé. Mlýnková (2011) vysvětluje, že arteterapii si mnozí představují jako léčbu výtvarným dílem, ale používá se různé techniky tvoření. V díle klienta se mohou zrcadlit jeho současné pocity a dají se odhalit i depresivní stavy (Kelnarová, Matějková, 2014).

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) muzikoterapie spadá do terapeutických přístupů. Jde o léčení pomocí hudby (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Autoři v literatuře uvádí i pojem hudební terapie. Muzikoterapie má formu zvukové terapie, která využívá rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci nebo k regeneraci a navození pohody (Mlýnková, 2011). Muzikoterapie se buď provádí formou individuální muzikoterapie, nebo párové, přičemž v domovech se zvláštním režimem se nejčastěji používá skupinová muzikoterapie (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Canisterapie je terapie za pomoci psů (Štercliová, 2008). Ke canisterapii se používá pes a léčebný dotek a kontakt psa a člověka (Štercliová, 2008). Dle autorky pes dokáže svou přítomností vyvolat radost, což je pro nemocného důležité, neboť pozitivní nálada dokáže pomoci v mnoha ohledech.

1.4.4 Pečující v domově se zvláštním režimem

Malíková (2011) popisuje, že v domovech se zvláštním režimem pracuje mnoho pracovníků, který napomáhají zajištění chodu domova a zlepšení podmínek života seniora. V sociálních službách vykonávají pracovní činnost čtyři druhy pracovníků: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci a pedagogičtí pracovníci (Malíková, 2011).

Gulová (2011) popisuje sociální pracovníky v pobytových službách jako pracovníky, kteří mají vyšší odbornou kvalifikaci v oblasti sociálních služeb. Tatáž autorka uvádí, že nad nimi v hierarchii domova stojí ředitel a vedoucí sociálních pracovníků, pokud má organizace tuto funkci stanovenou. Sociální pracovník spolupracuje zejména se všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeuty, ergoterapeutem, ale i s pokladní v zařízení (Malíková, 2011). Dle autorky mezi jeho hlavní činnosti patří jednání se zájemcem o službu a následné uzavření smlouvy. Dále do jeho činnosti patří vedení evidence všech zájemců o službu, denní databáze klientů v zařízení, vyřizování a podávání žádosti na příspěvek o péči a mnohé další (Gulová, 2011).

Dle Malíkové (2011) pracovník v sociálních službách potřebuje ke své práci základní nebo střední vzdělání a absolvování specializovaného akreditovaného kurzu v rozsahu 150 hodin, střední všeobecné nebo odborné vzdělání a absolvování kurzu v rozsahu 200 hodin, či základní, střední, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání. Činnosti, které vykonává, se dají rozdělit do tří základních skupin: přímá obslužná péče o klienty, základní výchovná nepedagogická činnosti a pečovatelská činnost (Malíková, 2011).

Mezi zdravotní pracovníky se řadí vrchní sestra a všeobecná sestra, která je v hierarchii pracovníků podřízená vedoucímu zařízení (Malíková, 2011). Ostatní pracovníci jí podávají informace či na ni kladou požadavky, které ona řeší v rámci svých možných kompetencí (Malíková, 2011). Dle autorky ona sama pod sebou má všeobecné sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a pracovníky v sociálních službách. Všeobecná sestra v pobytových zařízeních patří do kategorie sester v sociálních službách (Malíková, 2011). Při své práci spolupracuje s dalšími nelékařskými pracovníky, nejvíce s aktivizační sestrou, ergoterapeutem a fyzioterapeuty, a provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči (Burdová, Šolcová 2015).

Malíková (2011) uvádí, že fyzioterapeut potřebuje vyšší odborné studium v oboru rehabilitace nebo úspěšně ukončené vysokoškolské vzdělání. Autorka uvádí, že fyzioterapeut patří mezi další nelékařské zdravotní pracovníky a provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči. Nad ním stojí vrchní sestra a on sám spolupracuje s ergoterapeuty nebo aktivizačními pracovníky (Malíková, 2011).

1.4.5 Výhody a nevýhody

Domov se zvláštním režimem má pro nemocného velké množství výhod, jak uvádí Klobásová (2014). Nejenomže poskytuje dle autorky celoroční ubytování a provoz 24 hodin, ale v některých zařízeních mohou klienti žít v chráněném bydlení a takzvaném volném režimu. Autorka popisuje, že pokoje lze uzpůsobit přesně podle potřeb člověka, mnohdy tak, aby připomínal nemocnému jeho domov, v kterém původně žil. Další velkou výhodou je celodenní péče (Klobásová, 2014).

Domov se zvláštním režimem má také určité nevýhody (Klobásová, 2014). Klientům často vadí pravidelný režim a řád, jelikož v domovech se podává strava v určitou dobu, kdežto doma si svůj čas uzpůsobovali sami podle sebe (Klobásová, 2014). Klient přichází z domova, kde většinou žil sám, a najednou se ocitá v pokoji se spolubydlícím, kteří si ne vždy musí rozumět (Klobásová, 2014). Dle autorky častou námitkou proti této péči jsou i finance, jelikož na bydlení je použit celý důchod. Na druhou stranu obrovskou předností je fakt, že v zařízeních se nemocným poskytují všechny potřebné služby (Klobásová, 2014).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat pohledy vybraných rodinných příslušníků na různé typy péče o seniora s Alzheimerem.

2.2 Výzkumná otázka

Jaké projevy Alzheimerovy choroby jsou pro rodinné příslušníky nejkomplicovanější?

Jak se liší názory rodinných příslušníků na péči, když mají seniora v domácí péči nebo se senior nachází v domovech se zvláštním režimem?

2.3 Operacionalizace pojmů

Rodinní příslušníci: Pro účel mé bakalářské práce jsou tímto pojmem myšleni rodinní příslušníci, kteří pečují nebo pečovali o své nemocné příbuzné.

Typy péče: Pro účely mé práce je tímto pojmem myšlena institucionální péče nebo péče v domácím prostředí.

Domov se zvláštním režimem: Pro účely mé práce je tímto pojmem myšlena pobytová péče pro seniory s Alzheimerovou chorobou nebo jiným duševním onemocněním.

Domácí péče: Pro účely mé bakalářské práce se tímto pojmem myslí péče rodinných příslušníků, která probíhá v domácím prostředí seniora.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Jako techniku sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor a pro lepší pochopení souvislostí i pozorování. *Kvalitativní přístup v psychologických vědách představuje přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod* (Milovský, 2006, 17 s.). Dle Hendla (2012) vnímají metodologové kvalitativní výzkum pouze jako doplněk kvantitativního výzkumu. *Kvalitativní přístup představuje řadu rozdílných postupů, pomocí kterých lze dosáhnout porozumění zkoumaného sociálního problému* (Reichel, 2009, 40 s.). Kvalitativní výzkum se považuje za flexibilní výzkum, protože výzkumník si na začátku volí témata práce a vytvoří základní výzkumné otázky, které se během výzkumu mohou upravovat (Hendl, 2012). Údaje se získávají detailnějším a delším kontaktem s dotazovaným (Reichel, 2009).

Polostrukturované interview se považuje za nejrozšířenější typ rozhovoru (Milovský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor dle Reichla (2009) znamená, že tazatel má připravený určitý soubor otázek či témat, jež jsou předmětem rozhovoru, ale jejich pořadí není přesně dané. Tazatel má možnost během rozhovoru měnit pořadí otázek a pokládat doplňující otázky, ale důležité je projít úplně všechny otázky (Reichel, 2009). Reichel dále popisuje, že některé okruhy mohou být důkladně připraveny a v jiných si ponechává tazatel větší volnost. Někdy považujeme za důležité, aby rozhovor probíhal v určitých prostorech či prostranstvích, jako je například kavárna, park nebo ulice (Milovský, 2006). Při rozhovoru lze využít různých pomůcek. Na základě rozhovorů s informátory jsem získala další rozhovory pomocí techniky sněhové koule. Technika pozorování je způsob sběru informací, který se zaměřuje na systematické a organizované sledování psychických a fyzických projevů, aspektů či fenoménů (Reichel, 2009). Pozorování dle Hendla (2012) napomáhá k doplnění zprávy o určitém prostředí. Technika sněhové koule spočívá ve výběru respondentů, kteří nás přivedou k novým informátorům (Disman, 2011).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor mé bakalářské práce tvořili rodinní příslušníci, kteří pečují nebo pečovali o seniory s Alzheimerovou chorobou. Jak jsem již uvedla, pro výběr respondentů jsem použila techniku sněhové koule. Nakonec byl výzkum realizován s 8 informátory. Z nich 4 informátoři pečují o seniora v domácím prostředí a 4 informátoři mají rodinného příslušníka v domovech se zvláštním režimem. Nejprve jsem si s nimi domluvila schůzku, na které jsem jim vysvětlila, jak bude rozhovor probíhat. Celkem 6 informátorů mi během rozhovoru povolilo používat telefon a rozhovor si nahrávat. Ovšem dva informátoři s tím nesouhlasili, tudíž jsem zvolila metodu tužka a papír a vše jsem si důkladně zapisovala. Přepisy rozhovoru jsou k dispozici v archivu autorky. Během rozhovoru byla využita i technika pozorování, díky které byl rozhovor o to více přirozený. Výzkum se realizoval ve Středočeském kraji v okrese Příbram. Rozhovory probíhaly od 6. do 20 března 2017. Zpracování dat probíhalo technikou otevřeného kódování.

3.3 Analýza dat

Ve své bakalářské práci jsem zvolila k analýze dat otevřené kódování. Materiálem pro kódování byli odpovědi respondentů, které uvedli během rozhovoru (Reichel, 2009). Výsledky byly následně zapsány do tabulek. Otevřené kódování probíhá po prvním průchodu dat, kdy se označují témata a přidává se k nim označení (Hendl, 2012). Kódovat lze slovo po slově, podle odstavců, nebo celý text najednou. Kategorie pojmů vznikají tak, že navzájem porovnáme a roztřídíme věty, v nichž jsou obsaženy pojmy, a snažíme se nalézt podobnosti (Milovský, 2007). Seskupení jednotlivých dílčích pojmů se nazývá kategorizace.

4 VÝSLEDKY

Tabulka 1- kategorie identifikace

Informanti	Pohlaví nemocného	Vztah rodinného příslušníka
I1	Žena	Vnučka
I2	Žena	Manžel
I3	Žena	Syn
I4	Žena	Dcera
I5	Žena	Neteř
I6	Muž	Dcera
I7	Žena	Dcera
I8	Žena	Dcera

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1- kategorie identifikace je znázorněn rodinný vztah mezi pečujícím a nemocným členem rodina. Dále jsme si, zde uvedli pohlaví nemocného.

Tabulka 2 – kategorie počátek nemoci

	V jakém věku nemoc začala	Další onemocnění, první příznaky Alzheimerovi choroby
I1	V 70 letech	Diabetes II. typu, vředová choroba - akutní stav, počátek ztráty paměti při hospitalizaci
I2	V 65 letech	Začala zapomínat nejprve slova, později jména dětí
I3	V 72 letech	Vysoký krevní tlak a zhoršování zdravotního stavu, začátek zapomínání a špatná orientace
I4	V 69 letech	Zapomínání
I5	V 67 letech	Spadla a upadla do bezvědomí - po probnutí byla zmatená, nepoznávala své blízké, pletla slova dohromady
I6	Věk neuveden	Hospitalizace kvůli zápalu plic, počátek upřednostňování vzpomínek z minulosti
I7	V 70 letech	Počátek zmatenosti, dezorientace
I8	Věk neuveden	Začínalo to lehkým zapomínáním, odbíháním od tématu, vracením se do minulosti

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 – kategorie počátek nemoci máme vypsány věk, kdy onemocnění začalo. Zde jsme si uvedli i další onemocnění a první příznaky Alzheimerovi choroby. U většiny informátorů byli prvními příznaky, zapomínání.

Tabulka 3 - kategorie průběh nemoci

	Projevy v počátku nemoci	Projevy v pozdějším stádiu
I1	V začátcích ztráta paměti, neustálé opakování již známých věcí	Nejhorší je agrese, protože nikdy nevím, co ji rozčílí. Nepoznání svých blízkých.
I2	Ztráta paměti, slova nedávala v kontextu smysl	Vůbec neví, kdo jsem, proč za ní chodím - nepoznává své blízké
I3	Ztráta paměti, dezorientace, opakování témat	Nepoznání blízkých, nesoběstačnost, žádné hygienické návyky, agrese
I4	Dezorientace	Naprostá nesoběstačnost, pocit, že maminku mám, ale vlastně nemám, protože mě nepoznává
I5	Ztráta paměti	Nerozumí, nepoznává
I6	Neustálé opakování, kdo jsem	Nesoběstačnost, neschopnost zvládat běžné úkony, agrese, deprese
I7	První stádium není tak náročné	Nepoznává svou rodinu, dezorientace, chození, mluvení s cizími lidmi a oslovování je jmény rodiny, celé noci chodí po bytě - úrazy
I8	Asi poruchy paměti, rovnováhy, určitá dezorientace v čase, místě a osobách	Úplně nejtěžší bylo, když začala utíkat z domova, chtěla jít do svého rodného bydliště; ztráta běžných hygienických návyků

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 – kategorie počátek nemoci jsme si porovnávali nejkomplikovanější příznaky na začátku nemoci a v průběhu. Většina rodinných příslušníků se shodla, že na začátku nemoci bývají komplikacemi zejména ztráta paměti a dezorientace. Naopak v pozdějších stádiích uvádí, jako nejkomplikovanější nepoznávání svých blízkých.

Tabulka 4 – kategorie změna typu péče

	Současný typ péče	Důvody/okolnosti
I1	Domov se zvláštním režimem	Zajištění stoprocentní péče
I2	Domov se zvláštním režimem	Přestal jsem péči zvládat, nebyla možnost ji mít doma
I3	Domov se zvláštním režimem	Nezvládání péče, agresivní a dezorientace
I4	Domácí péče	V současné době žádný důvod, změna nastane, až pokud se začnu hroutit
I5	Domácí péče	Pokud bych neměla peníze na péči, nastala by změna
I6	Domácí péče	Agrese - bojím se o sebe
I7	Domácí péče	Není žádný důvod, proč bych maminku měla někam dávat, všechno zvládnu sama
I8	Žádná – než maminka umřela domov se zvláštním režimem	V případě, že bych neměla finanční prostředky na péči, tak důvod by byl špatné vybavení bytu

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 – kategorie změna typu péče máme vypsaný současný typ péče, abychom mohli porovnat názory jednotlivých informátorů. Za jakých okolností by mněli péči máme vypsané v druhé části tabulky.

Tabulka 5 - kategorie budoucnost v kontextu pečování

	Budoucnost
I1	Důstojné dožití v domově se zvláštním režimem. Pracovnice zajišťují pravidelnou péči.
I2	V rámci péče aby má žena mohla žít co nejdéle, v domově.
I3	Péče bude stále probíhat v domově se zvláštním režimem. Není zde možnost, abychom ji měli doma.
I4	Neustále budu o maminku pečovat. Budou u ní dokonce života.
I5	U nás rapidní zhoršení stavu. Mohu jen doufat v lepší zítřky. Budou s maminkou až dokonce.
I6	Už jsem zažádala o domov se zvláštním režimem, ale mají plno. Do pár měsíců by měl být umístěn.
I7	Nejistě, o maminku budu i nadále pečovat doma.
I8	Už žádnou, maminka zemřela.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 – kategorie budoucnosti v kontextu pečování nám zobrazuje, jak pečující vnímají budoucnost svého rodinného příslušníku.

Tabulka 6 - kategorie podpůrné služby

	Služby, metody, techniky
I1	Dříve jsme využívali pečovatelskou službu Denní stacionář
I2	Nevyužíval jsem nikdy žádné podpůrné služby, pouze trénování paměti, internet a různé články
I3	Jezdili k nám pečovatelky z agentury domácí péče Setkání rodinných příslušníků, kteří pečují o seniora s Alzheimerovou chorobou
I4	Ze začátku k nám jezdila pečovatelská služba, ale jejich péče se mi nezamlouvala
I5	Žádné podpůrné služby nepoužívám
I6	Pravidelně k nám dojíždí sestry ze služby domácí péče Denní stacionář Diskuzní fóra na internetu
I7	Nevyužíváme žádné podpůrné služby, ale navštěvovali jsme klub seniorů
I8	Žádné služby jsme nevyužívali

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 – kategorie podpůrné služby nám znázorňuje různé metody, služby a techniky, které využívají rodinní příslušníci.

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat pohledy vybraných rodinných příslušníků na různé typy péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. K cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: Jak se liší názory rodinných příslušníků na péči, když mají seniora v domácí péči nebo když je senior v domovech se zvláštním režimem? Druhá výzkumná otázka zní: Které projevy Alzheimerovy choroby jsou pro rodinné příslušníky nejkomplikovanější?

Na začátcích rozhovoru bylo důležité jednotlivé informátory identifikovat, abychom pochopili jejich vztah k nemocnému, a to je vyobrazeno v tabulce 1. Dle Čeldové, Čevely a Kalvacha (2016) poskytují péči v rámci rodiny nejčastěji vlastní děti a jejich partneři, menší zastoupení mají vnuci a vnučky, ale i snachy. Toto tvrzení doplňuje ještě Jelínková (2013), že až z 90 procent se o nemocného stará rodina, přičemž většinou jde o ženy. Při výzkumu se toto tvrzení potvrdilo. Čtyři z respondentů byly dcery a jeden syn pečující o maminku. Nechybělo ani zastoupení z řad vnuček a manželů. Děti se o své rodiče starají zejména proto, že si říkají, že rodiče se o ně starali celý život, takže by jim to teď měli vrátit. Ženy se zvládnou o své příbuzné postarat lépe, neboť péče o člena rodiny pro ně je přirozená. Z informací získaných ze studií vyplývá, že Alzheimerova demence je onemocnění, které více postihuje ženy než muže. Ani v našem výzkumu tomu nebylo jinak: 7 nemocných žen a jenom jeden muž. Tento fakt popisuje ve svém článku Guľašová (2011), která uvádí, že za vyšší výskyt nemoci u žen může hladina hormonu estrogenu a jeho pokles při menopauze.

Nyní se dostávám k odpovědi na výzkumnou otázku, *které projevy Alzheimerovy choroby jsou pro rodinné příslušníky nejkomplikovanější*. K výzkumné otázce vznikly z výpovědí informátorů 2 kategorie: počátek nemoci a průběh Alzheimerovy choroby. Nemoc dle Pidrmána (2007) propuká okolo 65. roku života. V kategorii počátek nemoci je uveden věk propuknutí nemoci příbuzných respondentů. Ani jeden z 8 informátorů neuvedl, že by se nemoc objevila dříve než v 65 letech. Dá se tedy předpokládat, že nemoc se vyskytuje v pozdějším věku a jen výjimečně v nižším věku. V rámci rozhoru bylo zjišťováno, jak to všechno začalo a jaká byla diagnostika. Čtyři informátoři uvedli, že zdravotní stav jejich rodinného příslušníka se zhoršil po hospitalizaci v nemocnici. Informátorka (I5) řekla: *Teta jednou šla ze schodů a upadla do bezvědomí, byla 3 dny v umělém spánku. Po probuzení byla hrozně zmatená*. Během výzkumu se potvrdilo

tvzení Callone et al. (2008) a Jiráka (2009), kteří uvádějí, že prvními příznaky demence jsou poruchy paměti a ztráta orientace v čase i v prostoru. Z výsledků je patrné, že prvními příznaky demence jsou skutečně poruchy paměti a dezorientace. 5 informátorů uvedlo shodně, že jejich rodinní příslušníci začali zapomínat, ale nikdo z nich tomu na začátku nepřisuzoval velkou váhu. Tři z nich uvedli dezorientaci. Informátorka (I1) řekla, že *maminka nevěděla, kde se nachází a co se děje*. Vedle ztráty paměti a dezorientace respondenti uváděli také zmatenost a vracení se ve vzpomínkách do minulosti. Informátorka (I8) uvedla: *Při rozhovoru odbíhala od tématu a vracela se ve vzpomínkách do minulosti*.

V začátku nemoci je jedním z nekomplikovanějších faktorů porucha paměti. Často bývá narušená zejména krátkodobá paměť, kdy si nemocný není schopen zapamatovat nové věci (Callone et. al., 2008). Na začátku nemoci rodinní příslušníci popisují, že opravdu tím nekomplikovanějším byla právě ztráta paměti. Senior si nepamatuje, co před chvílí udělal nebo co říkal. Informátor (I2) zmínil, že manželka nebyla schopna si nic zapamatovat, a kvůli tomu se i často rozčilovala. Dále respondenti uvedli, že komplikovaným projevem nemoci je opakování témat. Informátorka (I5) se vyjádřila: *Probíráte stále dokola jedno a to samé. Málokdy od ní slyšíte nové téma*. Tento jev označuje Rektorová a kol. (2007) jako perservaci neboli ulpívání na jednom tématu a neustálé opakování slov se označuje jako verbigerace. Vyskytují se i problémy s orientací v prostoru a čase, a to hned v počátcích, kdy se nemocný ztrácí i v místech, která mu jsou velmi dobře známá a blízká (Jiráka a kol., 2009). Zhoršenou orientaci uvedli dva informátoři. V pozdějším stádiu se jako nekomplikovanější dle respondentů jeví nepoznávání blízkých. Server Alzheimercentrum (2014) píše, že v pozdějším stádiu chorý nepoznává své blízké, neví, o koho se jedná. Informátorka (I1) popsala: *Vždy, když jsem přišla, ona na mě koukala, jako kdyby mě nikdy neviděla. Časem mi začala říkat jménem mé mamky*. Informátorka (I7) uvedla: *Časem vás přestane poznávat, i nás maminka nepoznávala, mě, ani mou sestru, ani svá vnoučata*. Informátorka (I4) uvedla: *Nejhorší je ten pocit, že maminku mám, ale vlastně nemám, neboť ona zapomíná, o koho se jedná a kdo jsem*. Většina z respondentů vyprávěla o nepoznávání dětí, manželů, ale i sousedů a dobrých přátel. Pokud nemocný nepoznává své blízké, je to psychicky velmi náročné pro obě strany a zároveň je to poměrně stresující. Lidé si na to často dlouho zvykají a mnohdy se s tím nikdy nevyrovnejí. Nesoběstačnost popsali 3 informátoři, stejný počet respondentů uvedl i agresi a ztrátu hygienických návyků. Lze shrnout, že

nejkomplikovanější pro rodinné příslušníky jsou ztráta paměti, nepoznání svých blízkých, dezorientace, opakování témat, nesoběstačnost, agrese, ale i ztráta hygienických návyků.

Druhou výzkumnou otázku jsme definovali následovně: *Jak se liší názory rodinných příslušníků, když mají seniora v domácí péči nebo když je senior v domovech se zvláštním režimem?* Kategorie *podmínky změny péče* se vztahuje ke zjištění, za jakých okolností by rodinní příslušníci volili změnu péče o svého blízkého. Proto bylo důležité zjistit, jaký mají senioři v současné době typ péče. Z 8 informátorů se nám podařilo oslovit 4 informátory, kteří mají seniora v domácí péči, a 4 informátory, kteří se již o seniora sami nestarají a využívají pobytových služeb zejména domova se zvláštním režimem. Díky tomu se budou lépe porovnávat jednotlivé názory. Nejprve se budeme zabývat názory rodinných příslušníků, kteří mají seniora v domově se zvláštním režimem (I1, I2, I3 a I8). K častým důvodům změny péče patří nezvládání péče o nemocného, což uvádí i autorky Holmerová, Nováková a Jarolímková (2008). Pokud rodinný příslušník cítí, že už péči nezvládá, snažit se najít pomoc v rodině, ale i mezi přáteli, není ostuda, ba naopak. Tento důvod se objevil u 2 informátorů, kteří uvedli, že důvodem změny péče o seniora bylo právě nezvládání domácí péče. Informátor (I2) řekl: *Nikdy by mě nenapadlo, že ženu dám do domova. Ale postupem mého pečování jsem sám přestal péči zvládat. Nebyla možnost ji mít doma, ač byl domov upravený pro její potřeby.* Dalším důvodem mohou být finance a zajištění stoprocentní péče. Domácí péče je velmi nákladná a rodinní příslušníci využívají mnoho podpůrných služeb, kvůli kterým se jim péče prodražuje. Finance jim dochází i z toho důvodu, že většinou nepracují a starají se o seniora sami doma. Když se ale podíváme na názory informátorů I4, I5, I6, I7, zjistíme, že se spíše přiklání k tomu názoru, že by seniora nedali jinam do cizí péče. I7 uvedla: *Není žádný důvod, proč bych měla maminku někam dávat, všechno sama zvládnou.* Závažným důvod pro změnu péče ale může být také agrese.

Souhlasím s tím, že nejkomplikovanějšími projevy Alzheimerovy choroby jsou ztráta paměti a opakování témat. Během praxe v domově se zvláštním režimem mi tyto projevy komplikovaly mé působení v zařízení. Člověk se na nemocné seniory nesmí ale zlobit, protože za to zkrátka nemohou.

Kategorie *budoucnost* ukazuje, jak rodinní příslušníci vnímají budoucí vývoj. Jak již víme, onemocnění není možné vyléčit, což uvádí i docent Jirák (2009).

Alzheimerova choroba patří mezi závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k syndromu demence a končí letálně. Tudíž otázka budoucnosti byla z celého rozhovoru tou nejtěžší pro rodinné příslušníky, neboť si všichni uvědomují, co nastane a že na tom nic bohužel nedokážou změnit. Celkem 3 informátoři odpověděli, že i nadále bude jejich péče o rodinného příslušníka probíhat v domově se zvláštním režimem. Jejich budoucnost by měla být dle rodinných příslušníků taková, aby se jejich blízkým dostávalo co nejlepší péče, aby mohli žít co nejdéle. Informátorka (I6) uvedla: *Už jsem žádala o domov se zvláštním režimem, ale mají plno; já doufám, že do pár měsíců bude otec umístěn v pobytové službě.* Pečování v domácím prostředí je náročné a vyžaduje kompletní úpravu bytu, aby se senior neztrácel v prostoru. Je nutné například upravit prahy, po bytě rozmístit židle, aby si senior mohl v případě, že hodně chodí, odpočinout. Jedna informátorka v rozhovoru uvedla, že budoucnost nevidí žádnou, neboť její maminka zemřela pár měsíců před naším rozhovorem. Další informátorka (I5) popsala, že může jenom doufat v lepší zítřky, neboť onemocnění nemá dobrý průběh, což potvrzuje i docent Jirák (2009). Rodinní příslušníci, kteří se sami starají o seniora, se shodli na tom, že i nadále bude jejich péče probíhat v domácím prostředí a budou se svými blízkými až do konce. Toto rozhodnutí s sebou přináší náročné situace, protože péče o seniora s Alzheimerovou chorobou se zhoršující se prognózou je velmi náročná, a to jak fyzicky, tak psychicky. Překvapilo mě samotnou, že i když je pro respondenty péče náročná, nechají si přesto seniora doma a nepřemýšlí nad jiným řešením. Sama vím, že nemoc nemá lehký průběh, jelikož moje babička také trpí touto chorobou a budoucnost nevypadá příznivě. Dá se pouze očekávat „to nejhorší“, proto chápu, proč tato otázka nebyla pro pečující příjemná. Také naše rodina nakonec zvolila péči v domově se zvláštním režimem, jelikož jsme péči sami nezvládali.

Mezi podpůrné služby, metody a techniky se dle výpovědí řadí velké množství aktivit. Tento přehled se nachází, díky výpovědím informátorů, v kategorii *podpůrné služby*. Nabídka služeb je rozmanitá - denní stacionáře, trénování paměti i setkání rodinných příslušníků lze zařadit do podpůrných služeb, metod a technik. Setkání rodinných příslušníků má pro pečujícího veliký přínos, jak popisuje Mlýnková (2011), jelikož si příbuzní mohou navzájem sdělovat své pocity a problémy. Během výzkumu jsme zjistili, že pouze jeden informátor využívá právě setkání rodinných příslušníků. Setkání probíhá ve větších městech. Česká Alzheimerova společnost (©2017) pořádá takové setkání jednou za čtrnáct dní. Osobně si myslím, že setkání je pro rodinné

príslušníky veľmi prínosné, jelikož majú možnosť vyslechnout si názory ľudí, ktorí se nachádzajú ve stejné situaci jako oni. Dva respondenti využívajú služieb agentury domácej péče, ktorá k nim pravidelne dojíždí. Agentura pomáha se vším, co nemocný potřebuje, a je pouze na domluvě s rodinnými příslušníky, jak často bude služba využívána. Informátorka (I6) řekla: *Pravidelně k nám dojíždějí sestry ze služby poskytující domácí péči*. Z našich rozhovorů vyšlo, že 4 respondenti žádné podpůrné služby, metody nebo techniky nikdy nevyužívali, neboť o nich ani nevěděli. Informátoři nemluvili jen o domácí péči, ale i pečovatelské službě, která mnohdy poskytuje velmi podobné typy služeb jako služba domácí péče. Mezi odpověďmi byly zmíněny i denní stacionáře, který Jiráček a Holmerová (2009) popisují jako typ péče, který mohou pacienti s demencí využít na celý den nebo i jenom na několik hodin. Informátor (I1) popsal: *Babička trávila v denním stacionáři půlku svého dne, než přišel strýc z práce*. V denním stacionáři je seniorům poskytnuta veškerá péče. Dochází sem pravidelně například kadeřnice i pedikérka. Během dne mají senioři zajištěný program, aby se nenudili, ale mohou zde i jen odpočívat.

Pokud bychom měli shrnout, jak se liší názory rodinných příslušníků, kteří mají seniora v domácí péči, a těch, co mají seniora v domově se zvláštním režimem, dojdeme k závěru, že výpovědi se diametrálně liší. Ti, co mají seniora doma, si neumí představit, že by došlo ke změně péče, a i nadále bude jejich péče probíhat v domácím prostředí. Jenom jedna pečující s domácí péčí uvedla, že má zažádáno o domov se zvláštním režimem. Rodinní příslušníci, kteří mají seniora v domovech se zvláštním režimem, toto vnímají opačně. Snaží se, aby jejich blízcí měli co nejlepší péči, kterou jim oni sami nemohou poskytnout. Jediné, v čem se jejich názory nelišily, byly vyhlídky do budoucna, jelikož tu všichni vnímají stejně a zároveň nejasně. Většina respondentů se shodla na využití podpůrných služeb, a to hlavně agentury domácí péče, pečovatelské služby a denního stacionáře.

Díky výzkumným otázkám se dostáváme k cíli práci, kterým bylo porovnání pohledů vybraných rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerovou chorobou. Pokud bychom se zaměřili na porovnání vybraných rodinných příslušníků, tak by na jedné straně stáli pečující, kteří mají seniora v domácím prostředí, a na straně druhé pečující, kteří mají seniora v domově se zvláštním režimem. Obě strany se shodují ve svých názorech v tom, že péče, kterou v současné době využívají, je ta nejlepší. Jejich rodinnému příslušníkovi se dostává dostatečné péče, ať už díky profesionálním

;

pracovníkům nebo přímo rodinným příslušníkům. Dá se tedy říci, že se rodinní příslušníci snaží o to, aby se nemocní měli co nejlépe. Tím směřujeme k názoru na změnu typu péče, kdy se obě strany v určitém momentu shodují v tom, že si neumí představit, že by mělo dojít ke změně péče, protože seniorovi je dobře tam, kde se v současné době nachází. Osobně vím, že seniorovi s Alzheimerovou nevyhovuje změna prostředí a velmi obtížně si zvyká na nové bydliště. Pokud bychom porovnali názory na budoucí vývoj nemocného, obě strany si uvědomují, že budoucnost je nejistá a není příznivá ani pro rodinu, ani pro nemocného. Lze konstatovat, že při porovnání názorů, výpovědí a pohledů osob pečujících o seniora trpícího Alzheimerovou chorobou jsme dospěli ke shodným závěrům.

6 ZÁVĚR

V teoretické části práce byly nejprve vymezeny pojmy týkající se problematiky stáří. Kapitola se věnovala tématu demence a jejímu rozdělení. Dále byla pozornost věnována Alzheimerově chorobě a jejím příznakům, symptomům, průběhu, ale i diagnostice a terapii. Výzkumný soubor tvořili rodinní příslušníci, proto byla další kapitola zaměřena na tyto osoby a jejich pečování v domácím prostředí. Popsáno bylo i několik vhodných rad. Poslední kapitola popisovala domovy se zvláštním režimem, jednotlivé pracující, ale i ošetrovatelskou péči a aktivity, které v domově pravidelně probíhají.

Aby došlo k naplnění cíle, byly vytvořeny otázky, na které jsem se informátorů dotazovala v rámci polostrukturovaného rozhovoru. U 6 z nich bylo využito nahrávání rozhovoru na telefon, u dvou metody tužka a papír. Výzkumnou část jsem zpracovávala za pomoci kvalitativního výzkumu. Rozhovory byly následně vyhodnoceny za pomoci otevřeného kódování a zpracovány do přehledných tabulek.

Cílem práce bylo porovnat pohledy vybraných rodinných příslušníků na různé typy péče o seniora. K výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: *Které projevy Alzheimerovy choroby jsou pro rodinné příslušníky nejkomplikovanější?* Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že mezi nejkomplikovanější projevy patří ztráta paměti, nepoznání svých blízkých, dezorientace, opakování témat, nesoběstačnost, agrese a ztráta hygienických návyků. Není pro rodinné příslušníky jednoduché vypořádat se s tím, že jejich blízký člověk je již nepoznává a neví, o koho se jedná. Vadí jim i dezorientace, kdy senior není schopen se sám orientovat v prostoru a čase. V rozhovoru s nemocným často dochází k vypjatým situacím, neboť nemocný opakuje stále dokola stejná témata.

Druhá výzkumná otázka zněla: *Jak se liší názory rodinných příslušníků na péči, když mají seniora v domácí péči nebo když se senior nachází v domovech se zvláštním režimem?* Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že se velmi odlišují názory na změny typu péče. Rodinní příslušníci, kteří se o seniora starají v rámci domácí péče, by nevolili jiný typ péče, což se liší od názoru druhé skupiny respondentů. Ti chtějí především zajistit svým příbuzným co nejlepší péči. Budoucnost v rámci

péče vnímají obě skupiny obdobně, tedy nejistě, ale v pokračování v péči. Ve výzkumu jsme se zaměřili i na využívání podpůrných služeb.

To, že se vybraní rodinní příslušníci v některých výpovědích a názorech shodovali a v jiných odlišovali, napomohlo naplnění cíle. V rámci této práce se podařilo porovnat pohledy rodinných příslušníků na různé typy péče. Určitě bychom došli k zajímavějším a pestřejším výsledkům, kdyby bylo osloveno více rodinných příslušníků. Ale někteří nechtěli spolupracovat, takže se výzkumu nakonec zúčastnilo pouze 8 informátorů. Došli jsme k závěru, že pohledy rodinných příslušníků jsou velmi podobné, jelikož obě strany chtějí pro svého blízkého jenom to nejlepší. Respondenti se shodují i v náhledech do budoucnosti, která v rámci této nemoci není nijak příznivá.

Vzhledem ke zvyšující prevalenci nemoci by se měla častěji provádět vyšetření, aby bylo možné nemoc podchytit hned v zárodku a nemusela brzy přicházet těžší stádia nemoci. Problematika Alzheimerovy choroby je velmi diskutované téma. Z mnoha výzkumů vyplývá, že chybí dostatečné množství pobytových služeb.

Výsledky mohou posloužit informátorům, kteří se účastnili výzkumu, jako zpětná vazba. Mohou zjistit, jak se liší názory jednotlivých rodinných příslušníků. Někteří informátoři se už během rozhovoru ptali na výsledky ostatních. Práce se zabývá nejen rodinnými příslušníky, ale nabízí také rady, které mohou posloužit jako informační materiál pro pečující, kteří s Alzheimerovou chorobou nemají zkušenost. Přínosná je v tomto ohledu především teoretická část práce. Toto zpracování problematiky zároveň může posloužit při studiu jako doplňkový materiál.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADÁMKOVÁ, J., 2017. *Jak komunikovat s nemocným s demencí*. [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/poradna_pro_pecovatele.html
- ALZHEIMER.CZ, © 2014. *Jedná se o Alzheimerovu chorobu, deset příznaků, které by Vás měly varovat*. [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
- ALZHEIMERCENTRUM.CZ, © 2014. *Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby*. [online]. Praha: Alzheimer centrum [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/>
- ANAND, K., SABBAGH, M., 2017. Amyloid Imaging: Poised for Integratio into Medical Practice. *Neurotherapeutics*.14(1), 54-61. ISSN 1933-7213.
- BOTÍKOVÁ, A., MARTÍNKÍVOVÁ, J., 2012. *Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí*. [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-alzheimerovou-nemoci-463436>
- BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-9803-5.
- CALLONE, P, R., KUDLACEK, C., VASILOF, B, C. et al., 2008. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- CARPEROVÁ, J., 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci*. Praha: Vyšehrad. 288 s. ISBN 978-807429-194-4.
- DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 368 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- GRUSS, P., 2009. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

GULÁŠOVÁ, I., 2011. Alzheimerova choroba - rizikové a protektivní faktory. *Kontakt*. 13(4), 389-499. ISSN 121-4177.

GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, I a kol., 2015. *Dlouhodobá péče*, Praha: Grada 176 s. ISBN 978-80-247-59241.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMKOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., 2008. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Pfizer. 114 s.

HOLMEROVÁ, I., Mátlová, M., 2014. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 10. Vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 25 s. ISBN 978-80-86541-33-4.

JANOTOVÁ, D., PAVLOVSKÝ, P., RABOCH, J., 2013. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton. 240 s. ISBN 978-80-7397-582-4.

JELÍNKOVÁ, E., 2013. *Domácí péče o seniora nemocného demencí*. [online]. Oprava: Pomoc v domácnosti [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: [Hhttp://pomocvdomacnosti.cz/domaci-pece-o-seniora-nemocneho-demenci](http://pomocvdomacnosti.cz/domaci-pece-o-seniora-nemocneho-demenci)

JIRÁK, R., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R., 2009. Terapie Alzheimerovy choroby a příbuzných neurodegenerativních demencí. *Neurologie pro praxi*. 10(6), 384-389. ISSN 1213-1814.

JIRÁK, R., 2011. Stará a nová diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu v podmínkách ČR. *Neurologie pro praxi*. 12(2), 135-137. ISSN 1213-1814.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JOY, A., GLENNER a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

KACHANIUK, H., WASILLEWSKI, T, P., 2016. Speech disturbances in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*.11(3), 93-98. ISSN 1896-6794.

KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Z., ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2016. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-3404-3.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-27-3600-6.

KLOBÁSOVÁ, P., © 2010. *Výhody a nevýhody bydlení v domově pro seniory*. [online]. Praha: Media park [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a632-Vyhody-a-nevyhody-bydleni-v-domove-pro-seniory.aspx>

KONRÁD, J., 2015. Alzheimerova nemoc a demence u Alzheimerovy nemoci. In: HOSÁK a kol., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 646 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-9108-6

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MILOVSKÝ, M., 2007. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NAJ, A. C., SCHELLENBERG, G. D., 2017. Genomic variants, genes, and pathways of Alzheimer's disease: An overview. *American Journal of Medical Genetics Part B: neuropsychiatric Genetics*. 174(1), 5-26. ISSN 1552-4841.

ONDŘIOVÁ, I. a kol., 2016, Chorý s demenciou Alzheimerovho typu v kontexte rodinnej starostlivosti. *Praktický lékař*. 96(5), 223-229. ISSN 1803-6597.

ONDŘIOVÁ, I., KLÍMOVÁ, E., MAJERNÍKOVÁ, L., 2014. *Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou* [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou-473724>

OREL, M., 2016. Demence. In: OREL, M. a kol., *Psychopatologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-247-1490-5.

PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAVANI, A., 2017. *Praktische Unterstützung im Alltag*. [online]. Schweiz: alzheimer [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.alz.ch/index.php/>

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

REKTOROVÁ, I. a kol., 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

RUCKMAN, K., JAYALAKSHMI, K., CHOI, S., ASSERVATHAM, S. B., 2017. Cigarette smoke and related risk factor in neurological disorders: An update. *Biomedicine and Pharmacotherapy*. 85, 79-86. ISSN 0753-3322.

TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. 13(2), 129-137. ISSN 121-4177.

VALIŠ, M., KALNICKÁ, D., 2011. Novinky ve farmakoterapii demencí. *Neurologie pro praxi*. 12(1), 33-36. 1213-1814.

WALSCH, C. et al., 2017. Neurophysiological Assessment of Neural Network Plasticity and Connectivity: Progress towards Early Functional Biomarkers for Disease Interception Therapies in Alzheimer's disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 73, 340-358 s, ISSN 01497634.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1270-71. ISSN 1211-1244.

ZIAJA, K., 2015. *Choroba Alzheimer- przyczyny i objawy*. [online]. Polsko: Drupal [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://neuropsychologia.org/choroba-alzheimera-przyczyny-i-objawy>

ZVĚŘOVÁ, M., 2010 Alzheimerova demence a zátěž pečovatele. *Česká a slovenská psychiatrie*. 106(5), 307-309. ISSN 121-0383.

ZVĚŘOVÁ, M., 2015. Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby. *Česká a slovenská psychiatrie*. 111(2), 59-63. ISSN 1212-0383.

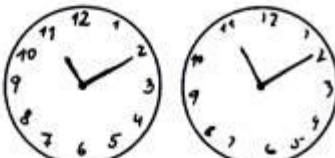
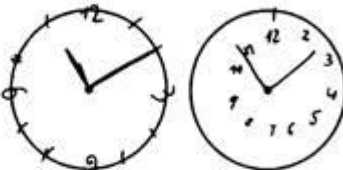
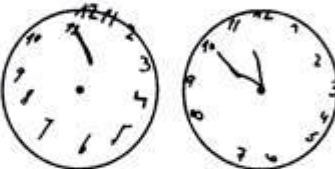
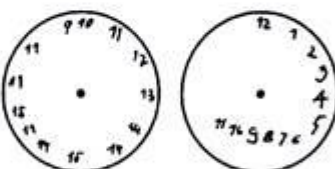
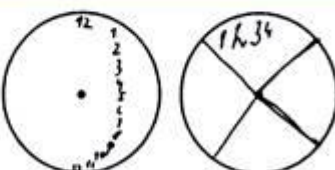
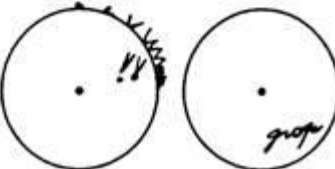
;

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Test kreslení hodin

Příloha 2: Otázky k rozhovoru

Příloha 1: Test kreslení hodin

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení - číslice 1–12 ve správném pořadí i místě - dvě ručičky ve správné poloze	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin - vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné - číslice mimo kruh - otočení papíru s otočením číslic - použití pomocných čar pro lepší orientaci	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin - pouze jedna ručička - čas zaznamenaný slovně „10 hodin 10 minut“ - čas vůbec nezaznamenaný	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné - nepravidelné mezery - zapomenutí čísel - perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 - záměna pravý-levý (čísllice proti směru) - dysgrafie – chybějí čitelné číslice	
5	Těžká prostorová dezorganizace jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) - žádný pokus zakreslit hodiny - ani vzdálená podobnost s hodinami - napsáno slovo nebo jméno	

;

Příloha 2: Otázky k rozhovoru

Krátce popište, jak vlastně Vaše pečování začalo?

Které projevy Alzheimerovi choroby a v jakých situacích pro Vás byly nenáročnější?

Za jakých okolností byste zvažovali péči formou pobytové služby (nebo naopak)?

Jak vidíte budoucnost v kontextu vašeho pečování?

Využíváte nějaké podpůrné služby, metody?