

**UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Sociální služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou
Social services for seniors with Alzheimer disease
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:
Kateřina Vodehnalová

Praha 2023

Poděkování:

Děkuji paní doktorce Ondrušové za ochotu, vstřícnost a cenné rady pro mou bakalářskou práci. Poděkování také patří zařízením pro seniory, kde jsem prováděla výzkumné šetření. Děkuji také dceři od paní Zlatky, paní Heleně a dále děkuji za podporu mé rodiny.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Sociální služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne. 3. 8.2023

Kateřina Vodehnalová

Anotace

Bakalářská práce pojednává o Alzheimerově chorobě, o prevenci této choroby, příčině jejího vzniku a jaké jsou možnosti v péči o osobu, která touto nemocí onemocněla.

Dále popisuje sociální služby vhodné pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Ve výzkumném šetření jsou porovnány některé aspekty péče, v DZR zřízeném městskou částí, soukromém a ve vlastním prostředí. Klíčová slova: Alzheimerova demence, Alzheimerova choroba, senioři, sociální služby, Domovy se zvláštním režimem, stáří, demence.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, Alzheimerova demence, demence, Domovy se zvláštním režimem, senioři, sociální služby, stáří

Annotation

The bachelor's thesis discusses Alzheimer's disease, the prevention of this disease, the cause of its occurrence and what are the possibilities in the care of a person who has fallen ill with this disease.

It also describes social services suitable for seniors with Alzheimer's disease. In the research investigation, some aspects of care are compared, in the state DZR, private and in one's own environment.

Keywords

Alzheimer's dementia, Alzheimer's disease, dementia, Homes with special regime, old age, seniors, social services

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
1. Stáří	9
2. Demence	11
2.1. Rozdělení demence	11
3. Alzheimerova choroba	12
3.1. Historie Alzheimerovy choroby.....	12
3.2. Alzheimerova choroba – definice	12
3.3. Příčina vzniku ACH.....	13
3.4. Alzheimerova choroba – projevy.....	13
3.5. Okolnosti zvyšující riziko vzniku Alzheimerovy choroby	14
3.6. Práva lidí s Alzheimerovou chorobou	15
3.7. Stádia Alzheimerovy choroby	16
4. Boj s Alzheimerovou chorobou	20
4.1. Farmakologická léčba	20
4.1.1. Nový lék na ACH	21
4.2. Nefarmakologická léčba	22
4.3. Principy Marie Montessory v péči o seniory s demencí.....	26
5. Péče o osoby s ACH v ČR	28
5.1. Formy pomoci, které mohou využít rodinní pečující, kteří pečují o osoby s ACH..	28
5.2. Charakteristika sociálních služeb.....	29
5.3. Sociální služby vhodné pro seniory s ACH	29
5.3.1. Vymezení služeb sociálního poradenství	30
5.3.2. Definice služeb sociální péče	30
5.3.3. Vhodné sociální služby dle stádia onemocnění	31
5.4. Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách (formální pečující o osoby s ACH) dle zákona č. 108/2006 o sociálních službách	34
5.4.1. Pracovníci v sociálních službách.....	34
5.5. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN) ..	36
6. Výzkumná část	37
6.1. Úvod a představení výzkumu	37
6.2. Cíl výzkumného šetření	37

6.3.	Výzkumné otázky	37
6.4.	Metodika šetření (metoda a technika výzkumného šetření)	39
6.4.1.	Metoda výzkumného šetření – kvalitativní přístup	39
6.4.2.	Technika výzkumného šetření	40
6.5.	Metoda sběru dat – průběh výzkumného šetření	40
6.6.	Charakteristika souboru vzorku	40
6.7.	Výzkumné šetření	41
6.7.1.	DZR zřízený městskou částí Prahy 10.....	41
6.7.2.	Soukromý DZR v Praze 8.....	43
6.7.3.	Soukromý denní stacionář v Praze	45
6.7.4.	Osobní asistence pro osobu s AD v domácím prostředí 24/7.....	49
6.8.	Shrnutí.....	54
6.8.1.	Shrnutí výsledku u státního a soukromého DZR.....	54
6.8.2.	Shrnutí domácí péče využití dcerou paní Zlatky pro svou maminku soukromého denního stacionáře + péče pana Jaroslava – domácí péče v kombinaci se službou nepřetržitě asistence	56
	Závěr	59
	Seznam použité literatury	62
	Internetové zdroje.....	64

Seznam zkratek

AD / ACH	Alzheimerova demence
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
DZR	Domov se zvláštním režimem
NAPAN	Národní akční plán
WHO	World Health Organisation (světová zdravotnické organizace)

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala Alzheimerovu chorobu, protože problematika této nemoci je mi velice blízká. Touto nemocí trpěl i můj dědeček a v jejím důsledku postupně chátral a již bohužel zemřel. Zároveň jsem v posledních dvou letech s touto skupinou nemocných přímo pracovala v jedné soukromé nestátní sociální službě pro seniory s Alzheimerovou chorobou na pozici aktivizační pracovnice.

S touto cílovou skupinou bych ráda pracovala i v budoucnu.

Práce je rozdělena na teoretickou část, které je věnováno pět kapitol, a praktickou část, která je zahrnuta v kapitole šesté.

Cílem práce je popsat sociální služby vhodné pro pacienty s AD a jejich blízké se zaměřením na nefarmakologické přístupy užívané v rámci ambulantních, terénních a pobytových služeb.

V teoretické části se věnuji jednotlivým pojmům, popisují proces stárnutí a samotnou Alzheimerovu chorobu. Dále popisují stádia nemoci, možnosti léčby a současné dostupné sociální služby v ČR.

V neposlední řadě se budu věnovat tématu prevence Alzheimerovy choroby a tomu, jestli je naplňovaná i s odkazem na NAPAN (Národní plán pro nemocné s Alzheimerovou chorobou). Zajímala jsem se o to, zda již byly realizovány nějaké kroky zahrnuté v tomto plánu pro rok 2020-2030.

Cílem šetření je formou polostrukturovaného rozhovoru porovnat některé aspekty péče o seniory s AD v soukromém zařízení, pobytovém zařízení zřízeném městskou částí a ve vlastním prostředí.

1. Stáří

V této kapitole se budu zamýšlet nad tím, co je stáří. Stáří patří k vyvrcholení životní poutě člověka. Každý senior má za sebou svoji životní cestu plnou radostí, starostí, úspěchů, neúspěchů a mnoho dalších zážitků. Za každým člověkem stojí jeho vlastní osobní příběh. Tématem stáří se zabývali již známí filozofové, mnohdy měli na toto období odlišný pohled: Platón chválil stáří, které přináší harmonii, rozvážnost a prohlubuje moudrost. Sókratés se v názorech spíše obával prodlužování stáří, za které bude třeba zaplatit daň v podobě ztráty sluchu, zraku, soběstačnosti. Terentius vyslovil výrok, že samotné stáří je nemoc. Oproti tomuto tvrzení stojí názor jednoho z nejznámějších starověkých lékařů působících ve starém Římě doktora Galéna, který tvrdí na základě svých studií, že stáří není nemoc, ale jen určitý stav organismu.

V období středověku se na stáří i na psychické poruchy spojené se stářím pohlíželo negativně. Naštěstí i tenkrát se již našly i optimistické názory některých lékařů na stáří a proces stárnutí. Otcem základní myšlenky duševní hygieny ve stáří, která platí dodnes, je lékař Gerard van Swieten. Pocházel z Holandska, byl osvícenský reformátor, působil v Rakousku a byl osobním lékařem císařovny Marie Terezie.

Protože se na stáří pohlíželo se strachem, bádání o stáří a stárnutí bylo potlačeno až do doby osvícenství, při kterém docházelo i k rozvoji lékařských věd. V otázkách studia stáří se objevují první poznatky o změnách duševního života starých lidí. (Benjamin Rush, počátek 19. století) Většina lékařských poznatků z období 19. století zastává spíše skeptické stanovisko i přesto, že dochází k prvním návrhům na potřebu terapií.

Nad opomíjeným problémem stáří se v roce 1914 zmínil i lékař Ignác Leo Nascher. Tento autor jako první přichází s názvem geriatric. Příčinu opomíjení problematiky stáří vidí v celkovém psychickém postoji společnosti vůči starým lidem.

V první polovině 20. století se společnost věnovala spíše tématu dětství, mládí, rodině, v druhé polovině minulého století ale již dochází ve zdravotně sociální péči k velkému zájmu i o téma stáří a stárnutí.

Stárnutím se zabývá obor gerontologie. Nejenom léčením, ale i chorobou ve stáří se zabývá geriatric. (Kalvach, Onderková, 2006)

Z pohledu gerontologie se období stáří dělí do několika časových etap:

- Věk 60 – 75 let je obdobím vyššího věku neboli období raného stáří;
- Věk 75 – 90 let je obdobím vlastního stáří;
- Věk 90 je označován za dlouhověkost.

V historii i docela nedávné nebylo obvyklé dožívat se příliš vysokého věku. Ještě nedávno byli čerství padesátníci považováni za „již starší“ lidské jedince. Samozřejmě i dříve se někdo dožil vysokého věku, ale díky kvalitní lékařské péči, pokroku ve vědě a zdravotnictví se dnes lidé dožívají mnohem vyššího věku. Toto je velmi pozitivní fakt, za který vděčíme kvalitní lékařské péči, novým poznatkům a dodržování preventivních vyšetření. Toto je také patrné v porovnání s věkem dožití v jednotlivých vyspělých zemích. Kromě kvalitního zdravotnictví záleží také na dostupnosti zdravotní péče, která je rozdílná i v rámci jednotlivých regionů v České republice, dále pak na životním a pracovním prostředí.

Lidský věk si můžeme rozdělit na kalendářní (věk člověka) a biologický, který odpovídá stavu skutečného zdraví. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003)

Stáří všeobecně je přirozené ale také náročnější období života, při kterém dochází k řadě změn tělesných, sociálních a psychických. U každého člověka je to individuální proces, někdo si zachová téměř plné zdraví do vysokého věku, další má jen některá omezení. Na vše má vliv genetická výbava, zdraví, životní styl a prostředí, ve kterém člověk žije. Vlivem prevence a zdravého životního stylu dochází ke změnám v souvislosti se stářím později, dochází k prodloužení života. (Machová, 2009)

Z **tělesných změn** může nastávat zhoršení pohybů, atrofie svalstva a řídnutí kostí, při němž hrozí časté zlomeniny. Dochází k celkovému smršťování orgánů a ke zhoršení zraku a sluchu. Pokožka není již tak pružná jako dříve a dochází k její vráscitosti. Mění se barva vlasů, objevují se šediny. Staří lidé jsou více náchylnější k nemocem.

Vlivem zhoršené tělesné stránky dochází u starších lidí k sociální izolaci, která může mít i dopad na psychiku, s úbytkem soběstačnosti a nástupem nemoci se pojí zhoršení psychického stavu. Osobnost seniora je dána naučenými způsoby a životními zkušenostmi, které ovlivňují, jak zvládá náročné životní situace. (Čechová, Mazancová, 2019)

Ve věku nad 60 let se výrazně zvyšuje i riziko rozvoje demence. K vyššímu nárůstu osob s demencí a ACH dochází ve vyspělých zemích díky vyššímu věku dožití a kvalitní lékařské péči. V dalších kapitolách se budu zabývat přímo ACH a péčí o osoby s ACH.

2. Demence

Demence je pojem odvozený od latinského kořene *de mens*, který znamená pokles úrovně duševní činnosti. Pojem demence je odvozený od latinského kořene *de mens*, který znamená odstranit mysl. Je to obecný termín označující celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti způsobený nemocí nebo poraněním mozku. (Joy. A. Glenner)

Dochází k postižení myšlení, orientace, chápání, dále je narušen proces učení, početných úkolů úsudku a řeči. (Michal Hrdlička, 1999)

Míra postižení může být různá, může docházet k postižení jen v některých oblastech, nebo může být porucha celková. Mohou se vyskytovat i halucinace. (František Koukolík, 1999) Demence je vždy výsledkem chorobného procesu a nelze ji brát jako běžnou součást stárnutí. Ve stáří nemusí vždy automaticky docházet k úbytku kognitivních schopností. Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Jde o progresivní onemocnění s narušením korových funkcí, včetně paměti myšlení, orientace a schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí narušené není. (Pidrman, 2007)

Dle odhadů České alzheimerovské společnosti trpí syndromem demence v ČR až 180 000 lidí. Ve vyjádření v procentech tvoří Alzheimerova choroba až 60 %, vaskulární demence 20 %, sekundární a jiné demence zbývajících 20 %. (ČALS, 2021)

2.1. Rozdělení demence

Klasifikace demencí – Schéma MKN-10

- 1) Demence u Alzheimerovy nemoci;
- 2) Vaskulární demence;
- 3) Demence u jiných nemocí zařazených jinde;
 - a) Demence u Pickovy choroby;
 - b) Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci;
 - c) Demence u Huntingtonovy nemoci;
 - d) Demence u Parkinsonovy nemoci;
 - e) Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV];
 - f) Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde;
- 4) Neurčená demence a) presenilní b) senilní.

3. Alzheimerova choroba

V této kapitole vás seznámím s historií Alzheimerovy choroby a představím, co Alzheimerova choroba je, jak se projevuje, jak vzniká a jak je možné předcházet jejímu vzniku už během života, dále pak popíšu, co její vznik naopak podporuje. A když už se stane součástí našeho života, tak jak se jí můžeme postavit. Dále v této kapitole upozorním na práva lidí s Alzheimerovou chorobou, blíže popíšu stádia Alzheimerovy choroby, kde se liší vhodnost jednotlivé podpory a institucionální péče.

3.1. Historie Alzheimerovy choroby

Díky panu doktorovi Alzheimerovi víme o Alzheimerově chorobě. Alois Alzheimer byl německý psychiatr, který poprvé v roce 1906 popsal příznaky této choroby.

Narodil se 14. 6. 1864. Studoval na univerzitách v Berlíně a Würzburgu a v roce 1887 získal lékařský titul. Po jeho získání pracoval v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu nad Mohanem, kde se v sanatoriu pro „šílence“ seznámil neurologem Franzem Nisslem. Společně pracovali na výzkumu mozkové kůry a své závěry si ověřovali na pacientech sanatoria. Později doktor Alois Alzheimer použil získané znalosti při definování změn, které probíhají v mozku při úbytku neuronů u Huntingovy choroby. Od roku 1902 pracoval Alzheimer u profesora Kraepelina v Heidelbergu. Spolu později společně působili na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově, v té době známém pracovišti, kde se scházela řada psychiatrů. O prazvláštním případě pacientky Auguste Deterové, která zemřela v pouhých padesáti pěti letech úplně dementní, přednášel dvačtyřicetiletý Alzheimer prvně na lékařské konferenci v Tubingenu, která proběhla třetího listopadu v roce 1906 (tiskem 1907). Při zkoumání mozku zemřelé našel mnoho podivných plaků a vláken. Jeho kolegy to tehdy však plně nezaujalo a měli domnění, že jde spíše o výjimku. Doktor Alzheimer se naštěstí nenechal odradit a později provedl stovky dalších pitev a makro- i mikroskopických analýz různých mozkových tkání. O tři roky později byly Alzheimerem popsané změny mozkové tkáně pojmenovány po svém objeviteli. (Zvěřová, 2017)

3.2. Alzheimerova choroba – definice

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k úbytku nervových buněk. To znamená, že způsobuje poruchu, nebo úpadek jeho činnosti. Dochází při ní k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny. Projevuje se poruchou tzv. kognitivních funkcí - myšlení, paměti a úsudku. V mozku

u nemocných vznikají škodlivé bílkoviny, které mají negativní vliv na ukládání v podobě vláken nebo dochází k ukládání těchto bílkovin v okolí neuronů (takzvaných nervových buněk) uvnitř ke vzniku plaků. Tento jev vede k degeneraci a zániku nervových buněk a jejich spojů. (Zvěřová, 2017)

Při Alzheimerově chorobě dochází v mozku k úbytku acetylcholinu, což je důležitá látka, která zajišťuje přenos nervových vzruchů. Při nedostatku acetylcholinu dochází u buněk ke ztrátě schopnosti si vzájemně vyměňovat informace. Tento jev vede k postupnému zhoršení paměti a rozumových schopností a dochází k rozvoji demence.

„Ztráta rozumových schopností, (kognitivních) funkcí, které dříve klient před vypuknutím nemoci nepostrádal.“ (prof. Beáta Krahulcová)

Její vznik není zatím zcela objasněn. Určitou roli může hrát genetika, dále životní styl, rizikem rozvinutí je vyšší věk, velmi důležitá je prevence. [online]. [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: Alzheimerova choroba (atlasnemoci.cz)

3.3. Příčina vzniku ACH

Příčina vzniku není zcela známá. Jak již bylo zmíněno, předpokládá se, že se v mozku nemocných tvoří škodlivé bílkoviny, které způsobují plaky, respektive utlačují mozkovou hmotu. Tento jev vede k odumírání mozkových buněk neuronů (Martina Zvěřová, Alzheimerova demence, s. 33) a v důsledku toho k mozkové atrofii neboli úbytku tkáně a tento jev vede k propuknutí demence.

3.4. Alzheimerova choroba – projevy

- Ztráta paměti, která ovlivňuje pracovní dovednosti;
- Poruchy hlavně krátkodobé paměti, amnézie pojmů - například rodina, kterou blíže popisují v praktické části, si všimla změn u svého tatínka, když nezkontroloval zrcátka v autě při odjezdu;
- Obtížné zvládnutí každodenních běžných úkolů - osoby s Alzheimerovou chorobou mívají v pozdějším stádiu problémy s vykonáváním instrumentálních výkonů, a jak jdou postupně za sebou, potřebují pomoc s péčí o vlastní osobu, neznají postup vaření a praní;
- Problémy s vyjadřováním - problémy, které se začnou projevovat při běžné komunikaci jako následek zhoršení kognitivních funkcí;
- Dezorientace v místě a čase;
- Chybné úsudky a úbytek soudnosti;

- Potíže s abstraktním myšlením, neschopnost počítat, psát - tento problém vede později k omezení svéprávnosti;
- Odkládání věcí na nesmyslná místa;
- Neschopnost provést změny v chování a náladě;
- Neschopnost chovat se adekvátně situaci;
- Bez zjevných příčin osobnostní změny jako podezřívavost, úzkostnost apod.;
- Ztráta iniciativy, senior potřebuje být veden.

Zdroje: s odrážkami [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/>

3.5. Okolnosti zvyšující riziko vzniku Alzheimerovy choroby

Na to jak předcházet vzniku Alzheimerovy choroby je třeba myslet už v mládí, velmi zajímavě je to popsáno v publikaci s názvem „Jak přelstít Alzheimera“, kde se píše, že bychom se měli snažit, co nejméně stresovat. Další důležitou věcí je setkávat se s lidmi, zdravě se stravovat a žít aktivním životem.

Přes všechnu prevenci ale existují rizikové faktory vzniku této nemoci:

- **Věk** - s vyšším věkem se zvyšuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby, zatímco před 60. rokem života se vyskytuje vzácně;
- **Dědičnost** - pokud se Alzheimerova choroba vyskytuje v rodině, geneticky se zvyšuje riziko výskytu u jejích členů. Výraznější riziko je v rodině, kde někdo onemocněl ACH s raným nástupem, to znamená, že se u něj projevila nemoc před dosažením 65. roku života;
- **Úraz** - po opakovaných úrazech hlavy se zvyšuje větší riziko vzniku demence;
- **Vaskulárně podmíněné** - riziko stoupá po opakovaných cévních mozkových příhodách;
- **Výskyt chorob**, které mohou přispět k rozvoji onemocnění ACH - jedná se například o diabetes mellitus, obezita, nadměrná konzumace alkoholu a užívání některých drog.

Další okolnosti, které vyplynuly z výzkumu, u kterých se zvyšuje riziko vzniku AD:

- Stres;

- Nižší vzdělání;
- Nedostatečná fyzická aktivita;
- Vysoký krevní tlak;
- Osamělost;
- Spánkové apnoe;
- Vyšší cholesterol;
- Ztráta sluchu. (Kosik, Bowmanová, 2016)

3.6. Práva lidí s Alzheimerovou chorobou

Být informován o své chorobě.

Je třeba dodržet ve spolupráci hlavně s rodinou s přihlédnutím aktuálního stavu pacienta.

Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.

Pokud je nemoc zjištěna v první fázi onemocnění, kdy nemocný je stále schopný o sobě rozhodovat, je dobré, aby vyjádřil své přání a představu, jak má péče o něj postupovat.

Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.

Je důležité zachovávat dovednosti a schopnosti u člověka s AD, jak nejdéle to jde, neboť to mu prodlouží jeho život a zpomalí vývoj nemoci.

Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.

Při vyjadřování svých pocitů být brán vážně.

Je velmi důležité, abychom k člověku s Alzheimerovou chorobou přistupovali s absolutním respektem a důstojností a snažili jsme se pochopit, jak se zrovna cítí a co prožívá, jestli ho nic zrovna netrápí.

Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.

Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.

Pro osoby s nemocí je důležité být v přizpůsobeném prostředí. V počátečních stádiích je dobré například označit šipkami cestu na toaletu, místnosti je možné i popsat nápisy. V pozdějších stádiích je nutné uzpůsobit prostředí tak, aby se zamezilo úrazům

a útekům. Pečující osoby by měly s klienty komunikovat srozumitelně, nahlas, pomalu a adekvátně v rámci diagnózy.

Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.

Radostí člověku s Alzheimerovou chorobou můžou dělat jen maličkosti, které zvládl navzdory svému onemocnění. Například to, že se cítí užitečný, že dokáže složit prádlo.

Mít možnost chodit pravidelně ven.

To si přeje každý člověk včetně lidí s Alzheimerovou chorobou. U seniora s Alzheimerovou chorobou je pak potřeba, aby měl s sebou nějaký doprovod. Bohužel u pacientů s ACH dochází z důvodu dezorientace ke ztracení se v jakémkoliv prostředí, takže i malá nepozornost pečujících může mít za následek to, že se nemocný dostane do situace, kdy je v přímém ohrožení života. Toto se stává poměrně často, nemocní jsou pak hledání i prostřednictvím policie a někdy to bohužel končí fatálně.

Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.

Každý z nás potřebuje pocítit, že je na světě užitečný a že je milován, neboť z nedostatku lásky může člověk velmi chřadnout. V těžším stádiu Alzheimerovy choroby můžeme ke komunikaci a vyjádření pocitu použít validační metody.

Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.

To si myslí autorka, že to je velmi podstatné, protože každému z nás, ať budeme v jakékoliv životní situaci, tak nám bude nejlépe s lidmi, kteří znají naši osobnost, tak i to, co jsme si během životní poutě prožili.

Zdroje: úvaha u některých bodů je zamyšlením autorky [online]. [cit. 2023-03-15].

Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/prava-lidi-s-demenci/>, úvaha u každého bodu je zamyšlením autorky.

3.7. Stádia Alzheimerovy choroby

V této části kapitoly se zamýšlím nad tím, jaké potřeby mají seniori s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých stádiích, které se liší s progresivitou onemocnění. Dále se budu věnovat tomu, jaký druh péče je pro ně vhodný. Dále se budu věnovat potřebám seniorů v jednotlivém stádiu, které se liší institucionální péčí.

- 1) Počínající a mírná demence;
- 2) Středně pokročilá a rozvinutá demence;
- 3) Těžká demence;
- 4) Terminální stádium.

Jaké potřeby má klient při počínající a mírné demenci?

1. Počínající a mírná demence

Lidé v tomto stádiu jsou v podstatě soběstační, potřebují občasnou pomoc buď rodiny, nebo pečovatelské služby. Mohou bydlet sami doma. Na základě vyšetření je jim stanovena diagnóza.

Potřeby seniorů v prvním stádiu onemocnění-P

Velmi je důležité, aby člověk s AD byl správně a včas informován lékařem o své nemoci, čím dříve dojde ke stanovení diagnózy nemoci a zahájení léčby, tím lépe. Velmi důležité je, jakým způsobem je diagnóza sdělena, je důležité, aby se jí věnovalo dostatek času ze strany lékaře.

Dále je třeba, aby lékař dokázal zodpovědět dotazy, jak se dále bude prognóza nemoci vyvíjet, jak ze strany člověka s AD, tak ze strany rodinného pečujícího.

V tomto stádiu má možnost člověk s demencí se rozhodnout o dalším postupu léčby v případě progresu onemocnění. Důležité je, aby byl dobře informován, aby měl možnost vyslovit předem vyřčená přání ohledně další léčby a péče o svou osobu. Rozhodování o nutriční podpoře, léčbě komplikací nebo v případě resuscitační péče je snadnější se rozhodnout pomocí institutu předem vyslovených přání. Aby mohlo dojít k vyslovení předem vyřčených přání, je důležité, aby senior s ACH a jeho rodinní pečující důvěřovali svému praktickému lékaři. Paragraf 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách doporučuje, aby dříve vyslovená přání byla vyhotovena v písemné podobě a ověřena úředně podpisem seniora s AD.

V tomto stádiu onemocnění má možnost člověk s AD se rozhodnout, jak to bude v budoucnu v případě jeho rozhodování ohledně právních záležitostí.

Senior a jeho blízcí, kteří zjistili jeho diagnózu, ví, že to bude přinášet určité komplikace, hledají podporu v poradenských službách, jako je například Česká alzheimerovská společnost. Ta nabízí možnost poradenství, také zajišťuje psychologickou pomoc. Základem této pomoci je sdílení názoru a problémů, podpora při zachování

sociálních rolí, snaha o začlenění člověka s počínající demencí do společnosti, podpora zdraví, rady ohledně zdravého stravování a dostatku pohybu.

Vhodná péče pro seniory při počínající a mírné demenci

Pro seniory při počínající a mírné demenci je vhodné využití pečovatelských služeb popřípadě domácí asistence. Blíže vysvětluji v následující kapitole. V tomto stádiu zpravidla setrvávají pacienti v domácí péči.

2. Středně pokročilá a rozvinutá demence-PA – programované aktivity

- V tomto stádiu člověk s demencí již potřebuje podporu péče například v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních soc. služeb;
- Rodina nemocného seniora, která se o něj stará může využít odlehčovací pobyt nebo ambulantní službu pro seniory s demencí. Tyto formy služeb nabízí rodinným pečujícím potřebný odpočinek. Zároveň pomáhá seniorům s tímto onemocněním se plně socializovat a začlenit do kolektivu. Pomáhá jim a zprostředkovává aktivity (aktivizace), které slouží k podpoře a pokud je to možné, co nejdříve zachování kognitivních funkcí;
- Délka tohoto stádia je 2-10 let.

Seniorům v tomto stádiu dělá radost vykonávat činnosti, které vykonávali během svého života.

Je důležité, abychom zachovávali jejich soběstačnost co nejdéle, jak to jen půjde a zapojovali je do denních činností v domácnosti nebo v zařízení.

Vhodná péče pro seniory při středně pokročilé a rozvinuté demenci

Vhodná jsou především zařízení, která se přímo zaměřují na seniory s demencí a nabízejí jim pestrý aktivizační program, jako jsou denní a týdenní stacionáře a pobytová zařízení. Blíže to popisuji v další kapitole.

K tomu, aby člověk s AD mohl přejít do zařízení, je potřeba jeho souhlas, který vyjádří svým podpisem při příjmu za přítomnosti rodinného příslušníka a sociální pracovnice.

3. Těžká demence P-PA-IA

Senior je absolutně závislý na pomoci druhých a potřebuje 24 hodinový dohled.

Délka stádia je u každého individuální, ale většinou několik týdnů až let.

I přesto, že senior ztratil schopnost se zapojovat do většiny denních činností, stále vnímá své okolní prostředí a je schopen dosáhnout pocitu radosti.

Pro rodinné pečující je toto období velmi vysilující, měli by se zajímat o to, aby naplnili potřeby seniora, které jsou psychické, spirituální (duchovní) a fyzické.

Vhodná péče pro seniory při těžké demenci

Při těžké demenci je vhodné využití pobytových sociálních služeb s 24 hodinovým dohledem (neboli trvalým zařízením), kde jsou profesionálně vyškolení pracovníci a mohou tak klientovi věnovat plnou péči.

4. Terminální demence – P-PA-IA

Toto stádium, jinak zvané konečné, končí smrtí. Nemocní už nevnímají své okolí a nejsou schopni komunikovat ani pomocí gest.

Nejsou schopni žádné reakce z podnětu. Přicházejí o základní životně důležité reflexy. Polykací reflex zůstává až do konce života.

Vhodná péče pro seniory v terminálním stádiu demence

V tomto stádiu onemocnění je vhodná ošetrovatelská péče, paliativní péče a podpora blízkých k zajištění důstojného umírání.

Zdroje: Iva Holmerová, strategie České alzheimerovské společnosti + úvaha autorky

4. Boj s Alzheimerovou chorobou

V této kapitole popíši stručně současné možnosti léčby AD. Uvedu novinky ve farmakologické léčbě, ale vzhledem k zaměření studijního oboru se budu věnovat zejména nefarmakologickým postupům uplatňovaným v práci se seniory s demencí. Tyto postupy slouží k podpoře a procvičení kognitivních funkcí a co nejdelšímu zachování soběstačnosti nemocné osoby.

K léčbě Alzheimerovy choroby využíváme dva přístupy, a to lékařskou metodu pomocí medikamentů a nelékařskou pomocí terapií a zachovávání soběstačnosti.

Alzheimerova choroba se zatím řadí mezi nevyléčitelná onemocnění, při včasné diagnóze se dá její průběh zpomalit.

Hlavním cílem je zmírnit příznaky a oddálit těžší fáze probíhajícího onemocnění. „Prvním předpokladem optimální léčby Alzheimerovy choroby je správná diagnóza a rozpoznání všech příznaků. Léčit je třeba co nejdříve, nejlépe v iniciálním stádiu onemocnění.“ (Franková, 2016, s. 140)

4.1. Farmakologická léčba

V současné době nedokážeme vyléčit Alzheimerovu chorobu, ale co je jisté, tak to, že dokážeme zmírňovat příznaky Alzheimerovy choroby a oddalovat těžší stádia nemoci. (tučně označená jsou má slova, netučně Roman Jiráček Gerontopsychiatrie)

Pro léčbu Alzheimerovy nemoci se používají kognitiva, především inhibitory acetylcholin esterázy, která mají schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu koncentrace acetylcholinu, která klesá při Alzheimerově chorobě v důsledku úbytku neuronů. (25 let života s demencí, příručka České alzheimerovské společnosti)

Acetylcholin je neurotransmitter (přenašeč nervových signálů), který se podílí na celé řadě nervových procesů a především pak na paměťových schopnostech. Vědecké důkazy dokazují, že tyto léky mají schopnost zmírňovat příznaky Alzheimerovy choroby, pomáhají zachovávat kognitivní funkce tak dlouho, jak je to možné. (Holmerová I., Alzheimerova choroba v rodině, 2008, s. 18, 19)

Kognitiva do určité míry pozastavují vývoj nemoci, ale nedokáží chorobný proces zvrátit. Proto je důležité zahájit léčbu v raném stádiu onemocnění, kdy není mozek ještě nenávratně poškozen. (25 let života s demencí, příručka České alzheimerovské společnosti)

Inhibitory cholinesteráz nasazují lékaři u lehkých a středních forem Alzheimerovy choroby. Podání těchto látek vede k výsledku zvýšení acetylcholinergní transmise. To vede

ke zlepšení kognitivních, ale i nekognitivních funkcí. Dále vede ke snížení beta-amyloidu. (Franková a kol., 2011)

Dále se k léčbě používají antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika a sedativa podle obtíží nemocného. (Klener 2003)

4.1.1. Nový lék na ACH

Na nové účinné látce proti AD pracuje v USA český neurovědec Martin Tolar se svým týmem. Jeho lék ALZ-801 je zatím v poslední fázi klinického testování a schválen by měl být v roce 2025.

Když byl v roce 2021 schválen Aduhelm společnosti Biogen jako nový lék na Alzheimerovu nemoc, Martin Tolar k němu řekl, že v průměru zpomalí průběh nemoci o 30 %, ale u třetiny pacientů může způsobit otok mozku nebo krvácení do mozku. Navíc musí být aplikován v infuzích a do mozku se dostane jen 1 % účinné látky.

Zásadní objev Martina Tolara a jeho výzkumného týmu bylo, jaký toxin způsobuje nemoc a jakým způsobem lze zabránit jeho tvoření. Vědci nejprve museli najít molekulu, která zabrání tvoření toxinu. Potom, co se to Martinu Tolarovi a jeho výzkumnému týmu podařilo, tak hledali cestu, jakým způsobem vytvořit lék užívaný ve formě tablet, který se dostane do mozku a je bez vedlejších účinků.

Lék firmy Alzheon vstoupil do závěrečné 3. fáze klinických studií, je jednoduchý a i účinný. Podává se ve formě tablet, do mozku dopraví 40 % účinné látky ALZ-801. Nemá na rozdíl od léku Aduhelm žádné vedlejší účinky v podobě krvácení do mozku a není třeba podstoupit několikahodinové infuze v nemocnici.

Mechanismus účinku léku ALZ-801

K tomu abychom pochopili mechanismus účinku léku, je důležité znát příčinu onemocnění. Díky panu doktorovi Aloisu Alzheimerovi, který popsal před více než sto lety onemocnění AD, víme, že v mozku u nemocných AD se vyskytují plaky beta-amyloidu. Beta-amiloid je v jednoduché formě pro fungování mozku velice důležitý. Umožňuje komunikaci mezi nervovými buňkami a mozek chrání v případě úrazu mozku nebo infekce.

Nebezpečný začne být beta-amyloid, když se začne shlukovat ve velkém množství do klubek a začne vytvářet plaky. Ty pak začnou utlačovat neurony a začne docházet k jejich odumírání. Ve zdravém mozku člověka se nachází amyloidu cca 1,5 gramu, v mozku člověka s ACH je to 10 gramů.

Látka ALZ-801 zabraňuje tvorbě nebezpečných látek (toxinů) a zlepšuje jejich odplavování z mozku tak, že netoxickou jednoduchou formu beta-amyloidu přiměje, aby změnila tvar, aby se nemohla shlukovat do klubek, které jsou pro mozek toxické. Lék současně zlepšuje jejich odplavování z mozku.

Lék by měl být účinný ještě před tím, než se objeví klinické příznaky. U člověka, který nemá familiární (genetickou) formu Alzheimerovy choroby v rodině, se začínají objevovat změny v mozku, které vedou k Alzheimerově chorobě, okolo čtyřicátého až padesátého roku života. Dalších cca 20-25 let trvá, než je poškozen do takové míry, že se projeví klinické příznaky. To už se v mozku vyskytly obrovské neuro-degenerativní změny, které vedou během pěti až osmi let k úmrtí.

Pro to, aby léčba byla efektivní je důležitá včasná diagnóza, proto se Alzheon spojil s pražským Ústavem organické chemie a biochemie Akademie věd. Společně se snaží vyvinout technologii, která bude schopna měřit hladinu toxinů v mozku a diagnostikovat a léčit tedy Alzheimerovu nemoc včas.

Pokud někomu bude diagnostikována Alzheimerova nemoc, bude léčba doživotní, stejně jako třeba léčba kardiovaskulárních nemocí. Podle Martina Tolara je proces, který vede k Alzheimerově chorobě, výsledkem stárnutí. Vlivem stáří se zhoršuje funkce cév a přestává fungovat i odplavování toxinů z mozku. To je důvod, proč do 80 let věku onemocní Alzheimerovou chorobou plná třetina lidí. [online]. [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: Firma Alzheon Martina Tolara má lék na Alzheimerovu nemoc – Nadační fond Seňorina (nfsenorina.cz)

4.2. Nefarmakologická léčba

Tato léčba probíhá pomocí terapií, velmi důležitou terapií je kognitivní trénink a reminiscenční trénink. Dále orientace časem, místem, osobou.

V nefarmakologické léčbě se využívají různé psychoterapeutické a socioterapeutické přístupy, které rozdělujeme podle toho, na který problémový okruh se zaměřují:

- Stanovení včasné diagnózy a informovanosti klienta;
- Zachování nebo zlepšení kognitivních funkcí;
- Zachování nebo zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života. (čerpáno z knihy nefarmakologické a aktivizační postupy)

Základem je psychologický přístup, při němž musíme být trpěliví, neboť ne vždy je vidět úspěch. S postupem nemoci je třeba, aby se na nemocného snížily naše nároky. Součástí nefarmakologické léčby jsou různé rehabilitační programy například počítačové, které podporují trénování kognitivních a nekognitivních funkcí. Hlavním úkolem je snažit se seniora s Alzheimerovou chorobou zapojovat do denních aktivit v domácnosti a sociálních aktivit. Nejdůležitější je neustálé trénování paměti a dovedností, a aby senior byl neustále součástí denního života (reality).

Čím déle je člověk s Alzheimerovou chorobou nezávislý a soběstačný, tím později se dostane do zdravotnického zařízení nebo sociálního zařízení. Důležité je, aby pečující spolupracovali s alzheimerovskými společnostmi.

Dále je velmi důležité u seniora trpícího Alzheimerovou demencí, aby se co nejdéle, pokud je to možné, zachovávala jeho soběstačnost. To znamená, abychom mu umožnili dělat aktivity, které rád dříve dělal. (Zvěřová, 2017)

Aktivizace u seniorů s Alzheimerovou chorobou

Aktivizace seniorů vede k udržení schopností a dovedností, které senior má, případně k jejich zlepšování. Aktivizace je činnost prováděná formou aktivit, jež jsou zaměřené na podporu mentálních schopností, sensorických schopností a tělesné aktivity. (Mlýnková, J: Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011)

Kognitivní trénink

Tato terapie je vhodná zejména pro lidi v mírném a pokročilém stádiu demence. Je třeba, abychom přizpůsobili obtížnost terapie dle potřeb seniorů, kteří jsou její součástí. Dle Ivy Holmerové: „Zejména pro lidi s mírnou demencí může být kognitivní trénink do značné míry stresující, takže dbáme na to, abychom navodili atmosféru důvěry, volili vhodné úkoly a zejména abychom vždy poskytli pozitivní zpětnou vazbu, pochválili za každý výkon a podobně.“ (Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče, Holmerová, s. 96)

Podporuje trénink kognitivních funkcí, je to velmi důležité zvláště u seniorů s demencí. Zaměřuje se především na krátkodobou, ale také dlouhodobou paměť. Využívá logického myšlení, počítání, dále využívá orientace v čase a místě.

Reminiscenční terapie

Tato terapie je vhodná zejména pro klienty s lehkou a střední demencí. Aktivizační a validační metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování pomocí různých

předmětů. Využívá se jak u zdravých seniorů v rámci prevence, tak i u klientů s demencí. Reminiscence je prostředkem k psychické aktivaci, díky vybavení příjemných vzpomínek z mládí dochází ke zlepšení psychiky. Díky tomu, že klient vzpomíná v rámci této terapie, tak se navrátí do bezstarostného mládí, kdy byl zdravý a šťastný. (čerpáno z prezentace Profesorky Krauhulcové)

V rámci reminiscenční terapie využíváme předměty, které senioři dobře znají (fotografie, věci z osobního života atd.). (Monika Nová, Gerontologie pro sociální práci kapitola 10). V rámci individuální práce se seniorem můžeme využít reminiscenční terapii i formou například návštěvy rodného města, vesnice, školy, kterou dříve navštěvoval, nebo jen míst, na nichž jim je příjemně.“ (Špatenková, N., Bolomská B.: Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011, s. 99)

Ergoterapie

Ergoterapie neboli pracovní terapie je nejvíce frekventovanou (používanou) metodou aktivizace, která se používá při práci se seniory. (Pfeizer - učebnice pro zdravotnické školy)

Ergoterapie pozitivně ovlivňuje fyzický a duševní stav člověka. Zahrnuje i běžné denní činnosti, jako je mytí rukou, čištění zubů, příprava jídla, chůze, nakupování, vaření, pečení, psaní, věšení či skládání prádla. Za ergoterapii můžeme považovat například přesazování květin, vyšívání, vyrábění atd.

Cílem ergoterapie je udržet soběstačnost člověka postiženého syndromem demence co nejdéle a v maximální možné míře. Vedle toho mu ergoterapeutické činnosti umožňují prožívat radost ze splněných úkolů.

Fyzioterapie

Pravidelné kondiční cvičení udržuje seniory se syndromem demence v dobré fyzické kondici a zároveň slouží jako socializační prvek, protože nejčastěji probíhá ve skupině.

Součástí kondičního cvičení je protahování, posilování svalstva nebo procházení. Cvičí se na židlích, ve stoje nebo na lůžku podle zdravotního stavu klienta.

Arteterapie

Stojí na pomezí psychologie, psychoterapie a umění, lidem s ACH dává možnost tvořivě se projevit a vyjádřit to, co už slovy vyjádřit nejde, myšlenky, pocity a emoce. Pomáhá zbavit se napětí, cítit se uvolněněji, přináší pocit radosti.

Výtvarná nebo jiná tvořivá činnost posiluje kognitivní funkce, koncentraci pozornosti, grafomotorické dovednosti a kreativitu. Seniorům s demencí umožňuje zapojit se do skupiny a cítit se tak jejím aktivním členem, navázat hlubší kontakt s pracovníkem. Arteterapie také pomáhá udržovat psychické i motorické schopnosti a dovednosti. Arteterapie probíhá ve skupině nebo individuálně.

Skupinová arteterapie má mnoho výhod. Jedinec při ní zjišťuje, že je viděn a slyšen, i když třeba jen prostřednictvím obrázku. Aktivnější jedinci často povzbudí k činnosti i ostatní.

U individuální arteterapie je ideální možnost poznat klienta blíže, aktivizační pracovnice mu může aktivitu ušít na míru.

Úskalím arteterapie u seniorů mohou být právě jejich obavy z výtvarného vyjádření, očekávání negativní reakce ostatních, přesvědčení, že tvorba je jen pro děti. Mnozí z nich se výtvarně vyjadřovali naposledy jako děti. Proto je potřeba laskavý přístup a povzbuzení aktivizačních terapeutů.

Muzikoterapie

Muzikoterapie významně pomáhá klientům s Alzheimerovou nemocí. I klienti, kterým v pokročilejším stádiu demence dochází slova, protože slovní zásoba se postupně vytrácí, zůstává dlouhodobá paměť na písně, sloky a slova, která znají z mládí. I ti, co už nemohu pořádně mluvit, během muzikoterapie zpívají celé sloky i písničky.

Senioři si mohou v rámci muzikoterapie vyzkoušet různé hudební nástroje, včetně těch exotických. Někteří se zpočátku zdráhají, ale po chvíli se jim bubnování, chrastění a cinkání zalíbí.

Důležité také je, že hudba nepůsobí jen na lidské ucho, ale i na celé tělo, ovlivňuje vegetativní funkce – srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motoriku nebo termoregulaci. Používá se ke zmírnění bolesti, úzkosti, strachu, po infarktových stavech, při léčbě dlouhotrvajících chorob.

V psychoterapii se hudba používá při léčbě neuróz, ke zlepšení adaptability, komunikace a podobně. Hudba je také způsobem komunikace a umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušeny běžné mezilidské kontakty.

Pomocí hudby vyjadřujeme svůj emocionální, mentální i fyzický stav. Působení hudby je subjektivní, závisí na zkušenostech, prostředí, temperamentu a aktuální náladě.

4.3. Principy Marie Montessori v péči o seniory s demencí

MARIA MONTESSORI v roce 1894 vystudovala jako první Italka lékařství a roku 1896 obdržela doktorát z psychiatrie. Věnovala se výzkumu vzdělávání duševně nemocných dětí, kde navázala na práci francouzských lékařů Itarda a jeho žáka Sequina. S dětmi dosáhla vynikajících výsledků (v její péči složily státní zkoušku ze čtení a psaní pro zdravé děti) a předložila hypotézu, že každý člověk má sklon k vývoji.

Po několika letech došla M. Montessori k závěru, že obdobné metody by se daly aplikovat i na výchovu zdravých dětí a v roce 1907 otevírá svou první mateřskou školu – CASA DEI BAMBINI – asi pro 50 dětí v římské chudinské čtvrti.

Pedagogická metoda Montessori citlivě vnímá vývojové fáze dítěte a jeho touhu absorbovat (přijímat) podněty v té které oblasti poznání.

Nejdůležitější je připravenost prostředí.

Montessori postupy v péči o děti mají dětem umožnit, aby byly co nejméně závislé na ostatních, měly vysoké sebehodnocení, zastávaly smysluplné místo v komunitě a byly jí prospěšnými a měly šanci na příznivou budoucnost. Prvním člověkem, který si všiml faktu, že tyto jevy jsou potřebné i u seniorů, byl americký psychiatr Cameron Camp. Díky němu se péče o seniory rozšířila o novou perspektivu.

Camp při svém výzkumu zjistil, že pokud pečovatelé zaujmou jiný přístup vůči pacientům s demencí, jsou schopni postup nemoci výrazně zmírnit. Došel k závěru, že kognitivní (poznávací) a motorické funkce postiženého je možné nejen udržet na stejné úrovni, ale dokonce je i vylepšit.

Tak jako u mnoha jiných životních situací důležitou roli hraje především komunikace. Jestliže chceme, aby dorozumívání s člověkem postiženým demencí bylo efektivní, musíme se určitým způsobem přizpůsobit. Při komunikaci je pak klíčový způsob sdělení, který získává důležitější postavení než jeho obsah. Příručka uvádí několik zásadních pravidel týkajících se výběru toho, co postiženému říkat, a především jakým stylem to říkat. Uvádí také, čeho je potřeba se vyvarovat, což je například hovoření s nemocným jako s dítětem.

Neméně důležitou úlohu podle publikace zastává i prostředí. „Připravenému prostředí“ věnovala značnou pozornost už Marie Montessori. Základním požadavkem je uzpůsobení prostředí tomu, aby rozvíjelo přirozenou touhu po poznání dítěte, popřípadě seniora. Aktivita, které v prostředí vykonávají, poté vedou k tomu, že sami velice individuálně rozvíjí vlastní dovednosti, samostatnost, sebedůvěru a schopnost spolupráce.

Měli bychom se řídit principem „pomoz mi, abych to dokázal sám“, například rozmisťovat předměty v prostředí tak, aby toho senior zvládl co nejvíce bez naší asistence.

Stěžejním bodem pedagogiky Marie Montessori je rozdělení metodiky práce do několika oblastí. Při adaptování této metodiky pro seniory je důležité zaměřit se na individuální potřeby a schopnosti konkrétního člověka, který zažívá sestup kognitivních funkcí. Výběr a nabízení aktivit je třeba důkladně promyslet. Jejich vhodnost lze lehce ověřit několika kontrolními otázkami uvedenými v publikaci, například: Je aktivita adekvátní věku a schopnostem seniora? Byla aktivita dostatečně předvedena, krok za krokem? Následuje popis jednotlivých aktivit, které můžeme sami vyzkoušet, popřípadě je použít jako šablonu k vymýšlení vlastních. Velmi důležitá je naše flexibilita, což znamená, že pokud aktivita není vyhovující, upravíme její složitost, nebo ji vyměníme za jinou.

Zdroje: [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: „Montessori principy v péči o seniory“ je užitečnou příručkou pro pečovatele. Pomoc v domácnosti (pomocvdomacnosti.cz)

5. Péče o osoby s ACH v ČR

Tato kapitola je rozdělena na čtyři části. V první části kapitoly popisují, kde hledat pomoc a podporu pro osoby s AD, když do našeho života vstoupí Alzheimerova choroba. V druhé části této kapitoly definují, co jsou sociální služby. Ve třetí části vymezují dle zákona o sociálních službách vhodné sociální služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou, které se liší dle progresu onemocnění. Ve čtvrté části definují, kdo pečuje o osoby s Alzheimerovou chorobou, a definují dle zákona o sociálních službách, kdo je sociální pracovník a kdo pracovník v sociálních službách.

5.1. Formy pomoci, které mohou využít rodinní pečující, kteří pečují o osoby s ACH

Oldřich Matoušek ve své knize Sociální práce v praxi (2007, s. 183) moc hezky popisuje, kde můžeme najít pomoc v případě, kdy do našeho života vstoupí Alzheimerova choroba.

Pokud se rodina ocitne náhle v situaci, kdy u jejich blízké osoby je diagnostikována ACH, je možné v případě zaměstnaných pečujících osob využít nejdříve institut **dlouhodobého ošetrového**. Jedná se o dávku nemocenského pojištění, která umožňuje pečujícím zůstat doma a pečovat o svého blízkého, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení rozhodl, že jeho zdravotní stav vyžaduje po propuštění z hospitalizace celodenní péči. Je tam třeba splnit několik podmínek, především hospitalizaci, která trvala alespoň sedm dnů, ošetřující osobou musí být osoba blízká nebo s nemocným musí sdílet společnou domácnost. Toto je jedna z prvních možností, jak získat čas a rozhodnout se o způsobu péče o nemocného s ACH.

Bohužel často dochází k získání diagnózy až v pozdějších stádiích, kde je třeba hned od počátku počítat s celodenní péčí o nemocného. V pozdějších stádiích by nemocný neměl zůstat bez dozoru, jedná se tedy o péči po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.

Samotná péče o člověka s demencí je velmi náročná nejen psychicky a emočně, ale i fyzicky a finančně. Existují různé formy podpory nejen pro nemocné, ale i pečující. Pomoci mohou lidé kolem rodiny, rodina, přátelé, ale i sociální dávky a různé sociální služby. Je možné žádat o **příspěvek na péči** prostřednictvím úřadu práce. Dále příspěvek **na mobilitu, průkazy ZTP ev. ZTP/P**.

Nabídka služeb pro seniory s demencí a jejich rodinné pečující je v současnosti už na dobré úrovni. Důležitou roli zde měla a dosud má **Česká alzheimerovská společnost**,

kteřá má až třicet poboček po celé České republice. Pobočky působí jako informační a poradenská centra pro rodinné pečovatele. Základní sociální poradenství je poskytováno bez ohledu na diagnózu.

Rodina stojí vždy před rozhodnutím, jakým způsobem bude postupovat v péči o nemocného.

Zajištění dohledu je nutné, neboť v případě nepřítomnosti, kdy je osoba dezorientovaná, může odejít neznámo kam, může dojít k úrazům, nemocní zapomínají zapnutý sporák apod. (Oldřich Matoušek, Sociální práce v praxi, s. 183)

5.2. Charakteristika sociálních služeb

Každou společnost tvoří lidé, kteří se mohou vyskytovat v různých nepříznivých situacích, jejichž příčinou může být například úraz, stáří, nemoc, invalidita. S některými nepříznivými situacemi jsou tito lidé schopni se vypořádat sami, v jiných potřebují pomoc a podporu, a to prostřednictvím sociálních služeb. Sociální služby tedy můžeme vnímat jako intervenující faktor do životní situace daného jedince. Podílí se tak na uspokojování potřeb a napomáhají vyrovnání se s nerovnováhami.

Slovník sociální práce shrnuje sociální služby takto: jsou to „všechny služby krátkodobé i dlouhodobé poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti“. (Matoušek, 2003, s. 214)

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách (§ 2) vymezuje sociální služby jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám v jejich sociálním začlenění nebo jsou vnímány jako prevence sociálního vyloučení. Rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, současně musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí je podporovat v jejich samostatnosti a aktivitě, posilovat je v jejich sociálním začleňování a motivovat je tak, aby nedocházelo k jejich dlouhodobému setrvání v nepříznivé sociální situaci. Služby musí být poskytovány v zájmu osob.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to jsou zejména osoby se závažným onemocněním a senioři se sníženou soběstačností.

Cílem sociálních služeb je zlepšit kvalitu jejich života. Popřípadě je v největší možné míře do společnosti začlenit.

5.3. Sociální služby vhodné pro seniory s ACH

Jak již jsem nastínila v předchozí kapitole o Alzheimerově chorobě, v jejímž rámci byla popsána její stádia, tak vhodné služby pro seniory s ACH se odvíjejí právě od toho,

v jakém stádiu se klient nachází. V České republice se nabízí služby sociální péče, sociální prevence a sociálního poradenství.

Senioři s demencí mohou využívat na počátku svého onemocnění služby sociálního poradenství a jejich rodinní pečující je mohou využívat po celou dobu péče o svého blízkého. Jelikož jsou v tomto stádiu lidé s Alzheimerovou chorobou relativně soběstační a potřebují jenom párkrát do týdne vypomoci, tak mohou využít zejména pečovatelské služby a služby osobní asistence.

5.3.1. Vymezení služeb sociálního poradenství

Dle zákona je poskytováno poradenství základní a odborné.

Základní poradenství se poskytuje osobám s ACH na počátku onemocnění a řeší nepříznivou sociální situaci.

Odborného poradenství využívají rodinní pečující a mohou je využívat i formou různých podpůrných a svépomocných skupin. A užívají jej po celou dobu onemocnění jejich blízkého.

5.3.2. Definice služeb sociální péče

Dle definice zákona o sociálních službách jsou to služby, které napomáhají osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost a umožnit jim v největší možné míře zapojení do společnosti a běžného života. V případě, kdy jim to jejich zdravotní stav neumožňuje, tak zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. (Zákon o sociálních službách, Oldřich Matoušek, Sociální služby)

Služby sociální péče vhodné pro osoby s ACH vysvětlují níže.

Do služeb sociální péče se řadí:

- a) Pečovatelská služba a služby osobní asistence - vhodné využití v domácím prostředí při počínající a mírné demenci pacienta;
- b) Odlehčovací služby - vhodné využití při **středně pokročilé a rozvinuté demenci**;
- c) Denní stacionáře - v rámci odlehčovací služby **středně pokročilé a rozvinuté demence**;
- d) Týdenní stacionáře - v rámci odlehčovací služby **středně pokročilé a rozvinuté demence**;

- e) Domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem - pobytové sociální služby a tísňová péče. Vhodné využití při těžké demenci;
- f) Paliativní péče - **vhodné využití při terminálním stádiu demence.**

5.3.3. Vhodné sociální služby dle stádia onemocnění

Tyto služby je vhodné využít na počátku onemocnění **při počínající a mírné demenci.**

Péče v domácím prostředí

V případě, že se rodina rozhodne postarat se o nemocného v domácím prostředí, je potřebné, aby péče nebyla pouze na jedné osobě. Pokud rodina nechce využít žádného zařízení, je potřeba, aby byl pečující občas vystřídán jinými členy domácnosti nebo jinými blízkými osobami. Rodina může sdílet své pocity i pomocí různých facebookových a jiných skupinách s jinými rodinami, které se nacházejí ve stejné situaci. Odmítání pomoci ale není vhodné, protože bez pomoci může dojít k vyhoření pečující osoby. Pečující osoba by měla stále myslet i na čas, který bude mít pro sebe, aby načerpala energii pro další péči.

Pokud je nemoc zjištěna v raném stádiu, je důležité, aby nemocný sám rozhodl, jak si péči o svou osobu představuje. Vždy bude potřeba uzpůsobit domácí prostředí, označit dveře cedulkami s popisky, označit okraje schodiště, zamezit útěku.

I v počátečních fázích je dobré začít využívat služby denních stacionářů nejen pro odlehčení pečujících, ale i pro socializaci nemocného.

Využití pečovatelských služeb a služeb osobní asistence

Tyto služby umožňují svým klientům, aby mohli zůstat ve známém domácím prostředí a žít běžným způsobem, na který jsou zvyklí. Snaží se ale vždy o poskytování jen takové míry podpory, která v maximální možné míře zachovává a rozvíjí schopnosti klienta a snižuje závislost na pomoci někoho dalšího. Zatímco pečovatelské služby mohou být terénní i ambulantní a jsou poskytovány v předem určeném čase, služby osobní asistence jsou poskytovány nepřetržitě. Služby osobní asistence zahrnují také výchovné postupy a asistenci i mimo domácnost při vyřizování různých záležitostí.

Tyto služby mohou využít a různě kombinovat rodiny, které se rozhodly pečovat o svého blízkého v domácím prostředí omezeně nebo i nepřetržitě po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu. V praktické části této práce budu kromě jiného zkoumat i situaci dvou rodin, které se rozhodly pečovat o svého blízkého v domácím prostředí.

Při středně pokročilé a rozvinuté demenci je vhodné využití denního případně týdenního stacionáře v kombinaci v domácí péči nebo již trvalé pobytové zařízení.

Pobytová odlehčovací služba

Odlehčovací sociální služby jsou určeny lidem, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Hlavním cílem odlehčovací služby je umožnit pečujícímu nezbytný odpočinek. Proto se jedná o krátkodobější pobyty. Smlouvu o poskytování odlehčovací služby je možné uzavřít maximálně na dobu tří měsíců. Tuto službu je možné čerpat opakovaně. Službu zpravidla poskytují stejná zařízení, která provozují týdenní stacionáře.

Denní stacionář

Zajišťuje rodinným pečujícím možnost odpočinku a také jim umožňují i nadále chodit do zaměstnání. Denní stacionář nabízí služby ve dnech od pondělí do pátku, kdy senior přichází v doprovodu rodinného příslušníka nebo zajištěné služby pro jeho doprovod. Na rodinném pečujícím tak zůstává pečování večer, v noci a o víkendu. Denní náplň klientovi služby zajišťují speciálně proškolení zaměstnanci – ergoterapeuti, aktivizační pracovníci, pracovníci v sociálních službách někdy i sociální pracovníci. Navštívení denního centra může v seniorovi vzbudit dobrý pocit, že cestuje do práce. Zároveň to zabraňuje pocitu odloučení od vrstevníků. Tyto možnosti služby nabízí ČALS-Česká alzheimerovská společnost nebo i některá střediska Diakonií a charit, jako je například Domov Sue Ryder, Centrum Seňorina, některé státní domovy pro seniory nebo i určitá nestátní zařízení.

Týdenní stacionář

Je určený pro osoby, které se z důvodu věku, zdravotního stavu nebo duševního onemocnění neobejdou bez péče. Provoz je obvykle od pondělí do pátku.

Hlavním cílem je pomoc osobám se sníženou soběstačností. Zajištěno je ubytování a veškeré zázemí. Služba zahrnuje pomoc při zvládnutí všech běžných denních činností, jako je pomoc při osobní hygieně a sebeobsluze, poskytování stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv nebo vyřizování osobních záležitostí.

Dle dat z registrů sociálních služeb je v České republice dostupných 48 týdenních stacionářů. (2022)

Při těžké demenci je vhodné využití pobytové sociální služby.

Pobytové sociální služby

Tyto služby zajišťují především domovy se zvláštním režimem, které zajišťují celoroční pobytovou péči.

Určeny jsou lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodů chronického nebo duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a lidem se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu svého onemocnění, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Domovy se zvláštním režimem přizpůsobují režim specifickým potřebám klientů.

Zdroje: [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: Domovy se zvláštním režimem - co je to, definice, vysvětlení, informace - Bezplatná právní poradna online zdarma pro všechny (bezplatnapravni poradna.cz)

V zařízení, kde se pohybují nebo žijí lidé s demencí, je potřeba, aby bylo dostatečně zabezpečené proti náhlému odchodu klienta. Bylo by vhodné, aby se v něm klienti s demencí cítili jako doma, aby mělo jednotlivé místnosti, jako je kuchyň, jídelna a obývací pokoj a ložnice a přizpůsobená toaleta. Pomoci seniorovi orientovat se po zařízení mohou různé ukazatele, šipky a obrázky, co se kde nachází. V noci je dobré, když je i označena chodba pomocí led pásku na záchod.

Zařízení nabízí nabídku mnoha zájmových aktivit, které dříve senior rád vykonával během svého života, jako je muzikoterapie - zpěv, taneční terapie, arteterapie, ergoterapie - vaření, uklízení, práce ve venkovním prostředí, canisterapie, aromaterapie, reminiscenční terapie - prohlížení fotografií, kognitivní trénink a všechny možné aktivity, které vedou ke stimulaci mozku a podpoře kognitivních funkcí. Senior i v pozdějším stádiu dokáže do určité míry vyjádřit své potřeby a přání. A dokáže vnímat pozitivní i negativní vjemy (podněty) z jeho okolí.

V České republice je celkem 403 domovů se zvláštním režimem. (Registr Poskytovatelů Sociálních Služeb, 2022)

V terminálním stádiu je vhodné využití - paliativní péče.

Paliativní péče

V tomto stádiu onemocnění je vhodná ošetrovatelská péče, paliativní péče a podpora blízkých k zajištění důstojného umírání. Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná

a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. (definice Světové zdravotnické organizace z let 1990 a 2002)

5.4. Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách (formální pečující o osoby s ACH) dle zákona č. 108/2006 o sociálních službách

Podle § 109 a § 110 zákona č. 108/2006 o sociálních službách sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Podle zákona č. 108/2006 musí splnit několik podmínek:

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. (2) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí. (3) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktický lékař pro děti a dorost a u zaměstnanců poskytovatel pracovně lékařských služeb. (4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu⁴⁰) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

5.4.1. Pracovníci v sociálních službách

(1) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

a) Přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činnostech, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní

hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;

b) Základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti;

c) Pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence;

d) Pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podle zákona č. 108/2006 musí splnit několik podmínek:

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(5) Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách:

c) Uvedeného v odstavci 1 písm. c) je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem;

(7) Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách se musí pravidelně dále podrobovat dalšímu školení, jejich minimální počet je také upraven tímto zákonem.

5.5. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN)

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo spolu s Ministerstvem zdravotnictví ČR Národní akční plán, který by měl být platný pro rok 2020-2030.

Tento plán vznikl jako reakce na zvyšující se prevalenci demence v České republice a nutnost aktivně podporovat povědomí, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující.

Akční plán přináší soubor specifických opatření, jejichž naplnění povede ke zvýšení povědomí a k empatii vůči lidem žijícím s demencí i k rodinným pečujícím a jejich adekvátní podpoře ze strany veřejných institucí.

V rámci Národních akčních plánů jsem se zajímala o to, zda jsou deklarované cíle průběžně plněny. Na základě toho jsem se dotazovala na ministerstvu práce a sociálních věcí a ministerstvu zdravotnictví. Bohužel jsem nedostala na ně odpověď kromě jednoho, na který mi odpověděla přímo má praktická lékařka. Na preventivní testování demence má nárok každá osoba v ČR nad 65 let.

6. Výzkumná část

6.1. Úvod a představení výzkumu

V rámci svého výzkumu jsem osobně navštívila dvě zařízení, která zajišťují péči o osoby s AD. Prvním zařízením byl soukromý domov se zvláštním režimem, druhým byl domov zřízený městskou částí. Třetím účastníkem výzkumu byla dcera paní Zlatky (pacientky s AD, která pro maminku využila služeb nestátního soukromého denního stacionáře). Čtvrtým respondentem byla dcera pana Jaroslava paní Helena, která využívala pro tatínka služeb osobní asistence v režimu 24/7.

V poslední řadě se budu věnovat situaci nárůstu křivky počtu lidí s Alzheimerovou chorobou, protože tato situace má být do budoucna neúprosná. Dle WHO má být v roce 2050 počet lidí s Alzheimerovou chorobou 139 milionů. S touto situací a jak jí řešit souvisí Národní akční plán (NAPAN).

6.2. Cíl výzkumného šetření

Cílem šetření je formou polostrukturovaného rozhovoru porovnat některé aspekty péče o seniory s AD v soukromém zařízení, pobytovém zařízení zřízeném městskou částí a ve vlastním prostředí s využitím sociálních služeb.

6.3. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky vychází z cíle práce. Jelikož cílem šetření je porovnat některé aspekty péči o seniory s AD v soukromém zařízení, státním pobytovém zařízení zřízeném městskou částí a péče ve vlastním domácím prostředí, tak jsem se rozhodla výzkumné otázky rozdělit na dvě části.

1) Otázky pro sociální pracovníce ve státním a soukromém domově se zvláštním režimem.

Hlavní výzkumná otázka č. 1: Jaké aspekty péče uplatňuje státní/soukromé pobytové zařízení pro osoby s AD (DZR)?

Tazatelské otázky

Dotazníky měly devět otázek, které se týkaly péče, aktivizace, délky umístění klienta po podání žádosti do zařízení, dále otázky, které se týkaly stravování - nutriční potřeby klientů.

- 1) Kolik stojí péče o klienta měsíčně Kč?
- 2) Jak dlouho trvá umístění klienta do vašeho zařízení po podání žádosti?
- 3) Kteří klienti mohou být přijati do vašeho zařízení?
- 4) Je přijetí klienta omezeno městem, krajem nebo částí města?
- 5) Kolik klientů má na starost jeden pečovatel?
- 6) Jaké druhy aktivizací uplatňujete a kdo se podílí na jejich realizaci?
- 7) Znáte nebo uplatňujete principy Montessori?
- 8) Aplikujete i individuální aktivizace?
- 9) Jak jsou kontrolovány nutriční potřeby klientů?

2) Otázky pro rodinné pečující o blízkou osobu v domácím prostředí, které využívali sociální služby. Jedna rodina využívala soukromý stacionář a druhá nejdříve využívala pečovatelských služeb a později služeb nepřetržité osobní asistence.

Hlavní výzkumná otázka č. 2:

Pro jakou sociální službu jste se rozhodli a jak byla zvolená služba kvalitní a dostupná?

Otázky položené dceři paní Zlatky zněly takto:

- 1) Proč jste se rozhodla pro péči v domácím prostředí v kombinaci se stacionářem?
- 2) Jak organizace po objednání této služby postupovala?
- 3) Byla tato služba ihned dostupná?
- 4) Kdo o maminku v zařízení pečoval?
- 5) Jak je zabezpečena jistota, že je pečovatel vždy přítomen?
- 6) Probíhaly v denním stacionáři nějaké aktivizace?
- 7) Jak je v denním stacionáři zajištěna strava? Jsou dodržována nějaká dietní opatření?
- 8) Jak je služba cenově dostupná? Z čeho je možné ji financovat?
- 9) Splnila služba všechna vaše očekávání?

Otázky položené dceři pana Jaroslava zněly:

- 1) Proč jste se rozhodla pro péči v domácím prostředí v kombinaci s využitím služby nepřetržité osobní asistence?
- 2) Jak organizace po objednání takové nepřetržité služby postupovala?
- 3) Byla tato služba ihned dostupná?
- 4) Kdo o tatínka v domácím prostředí pečoval?
- 5) Jak je zabezpečena jistota, že je osobní asistent vždy přítomen?
- 6) Probíhaly nějaké aktivizace?
- 7) Jak je zajištěna strava? Jsou dodržovaná nějaká dietní opatření?
- 8) Jak je služba cenově dostupná? Z čeho je možné ji financovat?
- 9) Splnila služba všechna vaše očekávání?

6.4. Metodika šetření (metoda a technika výzkumného šetření)

Ve svém výzkumném šetření jsem se rozhodla zmapovat vybrané aspekty péče o seniory s AD v pobytovém zařízení a v domácím prostředí.

Abych mohla porovnat vybrané aspekty péče, tak jsem vedla se dvěma sociálními pracovníci polostrukturovaný rozhovor.

Další respondentkou mého šetření byla rodinná pečující, která se o svou maminku starala v domácím prostředí v kombinaci s využitím soukromého stacionáře.

Poslední oslovenou byla naše sousedka, která má svého tatínka s ACH v domácí péči. Dříve využívala pro svého tatínka pečovatelských služeb a nyní využívá služeb nepřetržité asistence.

6.4.1. Metoda výzkumného šetření – kvalitativní přístup

Ve svém výzkumu jsem se rozhodla pro kvalitativní metodu. Zkoumá určitý prvek, proces nebo fenomén v přirozených podmínkách a snaží se porozumět a vytvořit jeho komplexní obraz. Kvalitativní přístup představuje řadu rozdílných postupů, které se snaží najít a porozumět zkoumanému sociálnímu problému. (Reichel, 2009)

6.4.2. Technika výzkumného šetření

Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla ve své práci pro kvalitativní přístup, vedla jsem s jednotlivými respondenty polostrukturovaný rozhovor, podle předem připravených otázek. Odpovědi jsem písemně zaznamenávala.

6.5. Metoda sběru dat - průběh výzkumného šetření

V rámci svého výzkumného šetření jsem se domluvila se sociálními pracovníci, DZR zřízený městskou částí a soukromého DZR, že osobně navštívím jejich zařízení. A domluvila jsem se s nimi na použití informací pro účely mé bakalářské práce. Nejdříve mi sociální pracovníce popsaly zařízení, v nichž pracují, a provedly mě po nich. Následně jsme společně vedly polostrukturovaný rozhovor, při kterém jsem se dotazovala podle jednotlivých otázek.

Další částí mého šetření bylo osobní setkání s dcerou paní Zlatky, která využívala pro maminku soukromý denní stacionář, a osobní setkání s dcerou Helenou od pana Jaroslava, která využívá pro svého tatínka službu osobní asistence. S oběma jsem opět vedla polostrukturovaný rozhovor a odpovědi jsem si písemně zaznamenala.

Výzkumné šetření v zařízeních DZR jsem absolvovala v lednu 2023. Rozhovory trvaly přibližně hodinu a půl. S dcerou paní Zlatky jsem se setkala několikrát od poloviny roku 2021 do února 2023, paní Helenu jsem navštívila přímo v domácnosti u jejího tatínka několikrát v období od září do prosince 2022. Rozhovory, které se týkaly přímo zodpovězení otázek, proběhly v prosinci 2022 a trvaly přibližně hodinu, předcházely jim ale i dřívější návštěvy a povídání s oběma pečujícími.

6.6. Charakteristika souboru vzorku

Ve svém výzkumném šetření jsem se dotazovala sociální pracovníce státního DZR, soukromého DZR. První dvě zařízení mají společné, že to jsou pobytová zařízení - domovy se zvláštním režimem, které poskytují nepřetržitou 24 hodinovou péči pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Podrobně popisují jednotlivé služby v následující části.

Dále jsem se dotazovala paní Heleny, dcery pana Jaroslava, která využívá osobní asistenci pro svého tatínka 24/7, a dcery paní Zlatky, která péči o svou maminku kombinovala částečně v domácím prostředí s využitím služeb soukromého stacionáře.

Všichni respondenti souhlasili s poskytnutím informací pro mou bakalářskou práci.

Z etických důvodů s ohledem na zachování anonymity nejmenuji blíže konkrétní zařízení, ani jednotlivé respondenty.

6.7. Výzkumné šetření

6.7.1. DZR zřízený městskou částí Prahy 10

V rámci svého šetření jsem navštívila pobytové zařízení zřízené městskou částí Prahy 10. V tomto zařízení je jak domov pro seniory, tak oddělení se zvláštním režimem. V oddělení se zvláštním režimem žijí klienti ve všech stádiích demence.

V zařízení mají celkem 22 lůžek - 11x 2 lůžkový pokoj. O klienty pečují sociální pracovníce a pracovníci v sociálních službách, dále zdravotní sestry. Lékař do zařízení dochází.

Prostředí působí přirozeně a klienti se cítí, jako kdyby byli doma. Zároveň je prostředí bezpečné.

Dokud se klienti nachází ve stádiu demence, kdy si uvědomují, kde jsou, tak tam mají možnost volby, že zadají pin a můžou se rozhodnout, že se projdou ven na zahradu, která je součástí domova. Jakmile si to už neuvědomují a netrefili by nazpátek a zároveň by to bylo pro ně nebezpečné, tak je pro ně oddělení zavřené a díky tomu zároveň bezpečné.

Toto zařízení dává seniorům možnost výběru ohledně denního programu. Každé ráno se mohou rozhodnout, jakým aktivitám by se chtěli během dne věnovat.

Jsou to například tyto aktivity: zpívání a cvičení s míči, keramická dílna, přednášky na různá témata (cestovatelské, vzdělávací atd.), trénování paměti, reminiscenční terapie, canisterapie, bingo, procházky, práce na zahradě, promítání filmů na přání, ruční práce a pečení na přání. Volnočasové aktivity s klienty provádí převážně aktivizační pracovníce.

Tyto aktivity jsou určeny jak klientům, kteří žijí v domově pro seniory, tak i klientům DZR.

Všechno, co v rámci aktivizace obyvatelé domova vyrobí, nebo vypěstují, se používá v rámci akcí, které v tomto zařízení probíhají. A to dává klientům pocit užitečnosti, což je velmi důležité. Zvláště v seniorském věku, kdy lidé mají pocit, že nejsou užiteční.

Polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovníci v DZR zřízeném městskou částí

1. Kolik stojí měsíčně péče korun?

Klienta stojí měsíčně ubytování ve dvoulůžkovém pokoji + strava dohromady 13 350 Kč. Cena se odvíjí dle toho, v jakém stupni je klientovi příspěvek přiznán.

Dle § 73 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb. náleží příspěvek na péči poskytovateli péče, tedy Domovu a slouží na úhradu služeb spojených s péčí. Příspěvek na péči se proto nezapočítává do úhrady za ubytování a stravu.

2. Kterí klienti mohou být přijati do vašeho zařízení?

Do domova se zvláštním režimem jsou přijímáni klienti, kteří mají diagnostikovanou nějakou formu demence, Alzheimerovu či Parkinsonovu chorobu a jsou částečně či zcela odkázáni na pomoc druhé osoby.

3. Může být u vás přijat někdo například z Liberce, nebo je to omezeno městem, krajem nebo částí města?

Žádost do našeho domova si může podat občan celé České republiky. Stejně tak může být do domova přijat občan z celé České republiky.

Klient nemusí mít trvalé bydliště v Praze 10, ale vzhledem k tomu, že městská část Praha 10 je zřizovatelem naší služby, je při výběru nového klienta k místu trvalého pobytu také přihlíženo – není to však jedno z hlavních kritérií pro přijetí.

4. Jak dlouho trvá umístění klienta po podání žádosti do vašeho zařízení?

Bohužel není možné uspokojit všechny žadatele, kteří k nám do domova žádost podají. V současné době evidujeme cca 700 žádostí, přičemž ročně se neuvolní více než 10 míst při kapacitě 22 lůžek. Pokud bych měla provést statistiku u přijatých klientů a jak dlouho trvalo, než byli oni přijati k nástupu do domova se zvláštním režimem, bylo by to v průměru více než 1 rok.

5. Kolik klientů má na starost jeden pečovatel?

Na denní směně má jeden pečovatel v průměru na starost 7–10 klientů.

6. Jaké druhy aktivizací uplatňujete a kdo se podílí na jejich realizaci?

Volnočasové aktivity jsou z velké části v režii klientů – respektujeme jejich přání a zájmy a sledujeme, které aktivity mají největší úspěch a „užitek“. Pravidelně jsou

do programu aktivit zahrnovány např. tyto: zpívání a cvičení s míči, keramická dílna, přednášky na různá témata (cestovatelské, vzdělávací atd.), trénování paměti, reminiscenční terapie, canisterapie, bingo, procházky, práce na zahradě, promítání filmů na přání, ruční práce a pečení na přání. Volnočasové aktivity s klienty provádí převážně aktivizační pracovnice.

7. Znáte nebo uplatňujete principy Montessori?

Prvky Montessori v naší péči jistě jsou, i když je tak přímo necílíme a nenazýváme. Ať už je to podnětné prostředí na oddělení domova se zvláštním režimem nebo vedení klientů k soběstačnosti, nepřepečování a podpora, případně rozvoj stávajících schopností.

8. Aplikujete i individuální aktivizace?

Ano, převážně pak u klientů, kteří jsou imobilní a je pro ně náročné nebo nemožné, aby se účastnili skupinových aktivit, případně u klientů, kteří jsou introvertní a skupinové aktivity nevyhledávají.

9. Jak jsou kontrolovány nutriční potřeby klientů?

Nutriční terapeut v zařízení přítomen není, ale podílí se na přípravě jídelníčku pro klienty. Nutriční potřeby jsou sledovány zdravotním personálem, případně lékařem, který do domova dochází.

6.7.2. Soukromý DZR v Praze 8

I toto zařízení jsem navštívila osobně, abych ho mohla lépe poznat, a zároveň jsem zrealizovala polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovnící a dotazovala jsem se jí na některé aspekty v péči o seniory s ACH.

Posláním tohoto zařízení je poskytování komplexní a individuálně zaměřené pobytové sociální služby. Odborný personál podporuje soběstačnost a aktivní způsob života klientů, respektuje jejich individuální zvyklosti a zachovává jejich práva a lidskou důstojnost.

Je to prostorné a moderní zařízení, které má kapacitu 154 lůžek. O klienty pečují zdravotníci, lékaři, sociální pracovnící, fyzioterapeuti a pracovnící v sociálních službách.

V tomto zařízení se nachází i kavárna s restaurací, rozlehlé atrium, park, kde mají tak klienti možnost se setkávat se svými rodinnými příslušníky.

Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových, dvojlůžkových nebo třílůžkových pokojích.

Klienti mají k dispozici prostorné terapeutické místnosti, kde probíhají aktivizace, jako je reminiscenční terapie, kognitivní trénink, muzikoterapie. Za klienty dochází v rámci terapie i děti.

Zařízení má k dispozici vlastní autobus pro možnost výletů mimo Prahu.

Zařízení aplikuje péči v konceptu bazální stimulace.

Tazatelské otázky + odpovědi položené sociální pracovníci v soukromém DZR

1. Kolik stojí měsíčně péče klienta Kč?

Po úhradě za ubytování a stravu při poskytování služeb domova musí klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu.

Jedná se o maximální výši úhrady dle zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách, což při počtu 31 dnů za stravu + ubytování činí 15 965 Kč. Cena se odvíjí podle toho, v jaké výši je klientovi příspěvek přiznán.

2. Kterí klienti mohou být přijati do vašeho zařízení, je tam omezení bydliště?

Do našeho zařízení jsou přijati klienti s různým druhem demence, ať je to Alzheimerova choroba nebo jiný druh demence.

3. Je to omezeno městem, krajem nebo částí města?

Do našeho zařízení mohou být přijati klienti z celé ČR. Na bydliště klienta nepřihlížíme.

4. Jak dlouho trvá umístění klienta do vašeho centra po podání žádosti o přijetí?

Naše zařízení má 154 lůžek a je zde změna počtu lůžek poměrně častá. Někdo z klientů odchází domů, někdo do jiného zařízení, někdo zemře. Umístění tedy trvá cca 14 dní až 3 týdny do podání žádosti – ale to je nejdelší možná doba čekání.

5. Kolik osob s ACH má na starosti jedna osoba (1 pečovatel)?

Jedna osoba má na starosti 10 klientů.

6. Kdo se podílí na realizaci průběhu terapií?

Na terapiích se podílí především aktivizační pracovníce, dále pečovatelky, při některých i zdravotní sestry. Ale při větších akcích se na aktivizacích podílí i sociální pracovníce nebo ředitelka zařízení.

7. Jaké jsou druhy terapií? Aplikujete i individuální aktivizace?

Naši klienti se mohou účastnit různých aktivizačních programů od našich aktivizačních pracovníc. Přípravují jim arteterapii, muzikoterapii, canisterapii. Ano individuální aktivizace realizujeme hlavně u klientů, kteří se nemohou z důvodu imobility zúčastnit. Dále je uplatňujeme u klientů, kteří nejsou tolik společenští.

8. Znáte nebo i realizujete přístupy Montessori?

Montessori přístup známe, ale teprve s ním budeme začínat, neboť teprve nyní máme dostatečný počet aktivizačních pracovníc – měli jsme nedostatek.

9. Jak jsou kontrolovány nutriční potřeby klientů?

Ve spolupráci s nutriční terapeutkou, která je zaměstnancem zařízení, dietní plán u každého klienta je tvořen individuálně.

6.7.3. Soukromý denní stacionář v Praze

Toto zařízení se zabývá péčí o klienty – téměř převážně o seniory s Alzheimerovou chorobou, případně jinou formou demence. Zařízení pomáhá rodinám nemocných, které se rozhodly se o svého blízkého postarat doma. Díky ambulantní odlehčující službě, která je obdobou denního stacionáře, mohou dále chodit do práce a zařídit si vše důležité.

Program ambulantní odlehčovací služby se zaměřuje na podporu a osobní rozvoj klientů dle individuálního plánu, který respektuje potřeby a zájem uživatele služby. Cílem je udržet soběstačnost klienta tak, aby mohl vést co nejdéle uspokojivý život v domácím prostředí.

Vychází z principů Montessori, kde klíčovými slovy jsou respekt a potenciál.

Přístup ke klientovi je postaven na mottu Marie Montessori: „Pomoz mi, abych to dokázal sám.“ Program zahrnuje:

Sociální kontakt s vrstevníky, aktivizační program včetně tréninku kognitivních funkcí mozku a kondičního cvičení, podporu při oblékání, stravování a běžných

hygienických úkonech, stravování (dopolední svačina, oběd, odpolední svačina), péči kvalifikovaných pečovatelek.

Zařízení nabízí také pobytovou odlehčovací službu. Pobytová odlehčovací služba je umožněna pro dvanáct klientů. První dva pokoje jsou po dvou lůžkách, třetí pokoj je po třech lůžkách a čtvrtý po pěti. Tuto službu využila dcera paní Zlatky později. Tuto formu péče ocení rodiny klientů, když se chystají na dovolenou nebo potřebují z jiného důvodu na delší dobu opustit domov (služební cesta, vyřizování na úřadech, podstoupení lékařského výkonu).

Charakteristika respondentky - paní Zlatky

- (Příběh paní Zlatky vyprávěn dcerou)
- Paní Zlatka
- Narodena 6. 5. 1945
- Vzdělání - paní Zlatka má střední školu s maturitou
- Zaměstnání - prakticky celý život pracovala za přepážkou na poště
- Zdravotní stav v době zjištění Alzheimerovy choroby měla paní Zlatka vysoký krevní tlak a zvýšený cholesterol. Během života neproděla žádný úraz hlavy, pouze měla jedenkrát zlomené předloktí po úraze na kole. Jinak prodělala běžné dětské nemoci. Během života výrazně nestonala.
- Rodina - má jednu dceru, s níž jsem vedla rozhovor.

Paní Zlatka je již deset let vdovou, žila v jedné domácnosti s rozvedenou dcerou a dvacetiletým vnukem.

U paní Zlatky byla diagnostikována Alzheimerova choroba až ve druhém stádiu onemocnění. Dcera nejdříve o maminku pečovala v domácím prostředí a využila institut dlouhodobého ošetřovného, který je možný čerpat od roku 2018. Později se dcera paní Zlatky chtěla vrátit už do zaměstnání a hledala někde možnost podpory. Našla podpůrnou skupinu u České alzheimerovské společnosti, kam pravidelně docházela. Zároveň se v podpůrné skupině České alzheimerovské společnosti dozvěděla od jedné své známé i o zařízení vhodném pro její maminku, kde by bylo o ní dobře postaráno.

Byl jí doporučen **Soukromý denní stacionář pro osoby s Alzheimerovou chorobou**.

Dcera s maminkou se vydaly do kavárny, což je program, který probíhá v zařízení každou středu. Poté se rozhodly se souhlasem maminky, že maminka bude využívat týdenní

stacionář. Paní Zlatka chodila do stacionáře od pondělí do pátku. A do stacionáře se velmi těšila, neboť tam byl bohatý aktivizační program a setkávala se se svými vrstevníky.

Toto vše mohla dcera paní Zlatky podstoupit s vědomím, že o její maminku bylo dobře postaráno.

O paní Zlatku a ostatní klienty se staraly profesionálně proškolené pečovatelky a sociální pracovnice, které přistupují ke klientům s maximálním respektem. S jejich podporou mohou klienti dělat vše, co chtějí a na co ještě stačí.

Každý den v centru probíhaly tři aktivity dopoledne, fyzioterapie a kognitivní trénink a odpoledne většinou více odpočinkové aktivizační činnosti, jako je arteterapie, muzikoterapie, kolektivní čtení, ergoterapie, aromaterapie, canisterapie nebo dramaterapie. Paní Zlatka se nejvíce těšila na muzikoterapii, protože při ní se jí vybavovaly písničky z mládí, které ráda zpívala. Paní Zlatka si mohla tak v rámci muzikoterapie vyzkoušet různé hudební nástroje, včetně těch exotických. Zpočátku se zdráhala, ale po chvíli se jí bubnování, chrastění a cinkání líbilo. Dcera paní Zlatky chodila s maminkou pravidelně na středeční kavárnu, která spočívala v tom, že měla dvě části, v první části probíhal kognitivní trénink zábavnou formou např. v rámci kvízu nebo např. hádanky na doplňování písmen a nejvíce se dceři líbilo na tom to, že nezáleželo, kdo odpověď znal a kdo ne. Šlo o to, aby se každý zapojil bez ohledu na výsledek. Každý ze zúčastněných byl odměněn kouskem dortu a šálkem kávy. Druhou částí kavárny byla skupinová muzikoterapie, na kterou se paní Zlatka nejvíce těšila. Na skupinové muzikoterapii byli tři dobrovolníci, všichni zpívali, jeden hrál na piano a druhá dobrovolnice hrála na housle. Klienti s klientkami společně zpívali a tančili. A panovala tam příjemná přátelská atmosféra. Paní Zlatka nechtěla jít po skončení kavárny domů.

Dále velmi ráda se zapojovala do ergoterapeutických činností centra, které i souvisely s jejím chodem. Byly to činnosti jako vaření, pečení dále skládání prádla. Motto tohoto zařízení bylo: „Pomoz mi, abych to dokázal sám.“ To znamená, že fungovali na Montessori přístupu. Paní Zlatka ráda pomáhala pečovatelkám i ostatním klientům a bylo vidět, že má v sobě milující a pečující osobnost, i když sama potřebovala občas dopomoci.

Později dcera od paní Zlatky využila pro maminku pobytovou službu, která nabízela odlehčovací pobyt až na dobu tří měsíců. Za paní Zlatkou chodila pravidelně několikrát do týdne na návštěvu dcera. A viděla, jak maminka díky bohatému aktivizačnímu přístupu a individuálnímu přístupu ze strany pečovatelek a sociální pracovnice prospívá.

Později během odlehčovacího pobytu paní Zlatka bohužel onemocněla nemocí Covid-19. Vypadalo to, že se vyléčila, ale následně začala mít velké problémy s dýcháním.

Její stavy se nejvíce zhoršovaly během noci. Až na jedné noční zavolala jedna z pečovatelek paní Zlatce záchranku. A dle doktorů bylo sděleno dceři paní Zlatky, že nebýt její rychlé akce, tak by paní Zlatka nemoci podlehla. V nemocnici vypadalo, že se mírně stav paní Zlatky zlepšil, ale po prodělání oboustranné plicní embolie byla paní Zlatka natolik zesláblá, že již nebyla bohužel schopná návratu do zařízení a zúčastňovat se aktivizačního programu.

A vzhledem k tomu, že již její onemocnění Alzheimerovy choroby velmi postoupilo, tak na základě toho byla dcera paní Zlatky obeznámena s tím, že bohužel tato sociální služba bohatá na aktivizační program už není vhodná pro její maminku. A paní Zlatka tak musela jít do pobytového zařízení, kde jí jsou schopni poskytnout 24 hodinový dohled.

Otázky + odpovědi od dcery paní Zlatky

Tento rozhovor jsem zrealizovala proto, abych se dozvěděla, jak dcera paní Zlatky byla spokojená s využitím denního stacionáře pro svou maminku.

1. Proč jste se rozhodla pro péči v domácím prostředí v kombinaci se stacionářem?

Nejdříve jsem o svou maminku pečovala v domácím prostředí a využívala jsem institut dlouhodobého ošetrového. Později jsem se chtěla vrátit do práce, tak jsem hledala nějaký vhodný stacionář, kde by bylo o maminku dobře postaráno. Naštěstí jsem v té době chodila do podpůrné skupiny pro rodinné pečující k České alzheimerovské společnosti, kde jsem se dozvěděla od mé známé o jednom soukromém nestátním stacionáři, který jsme začaly s maminkou využívat.

2. Jak organizace po objednání této služby postupovala? Proč jste se rozhodla pro tuto službu?

Do zařízení po telefonické domluvě jsme dostaly možnost, abychom s maminkou navštívily střeďeční kavárnu. Po absolvování této kavárny jsme se rozhodly využívat tuto službu.

3. Byla tato služba ihned dostupná?

Ano, tato služba nám byla ihned dostupná.

4. Jací jsou pracovníci v sociálních službách a sociální pracovnice?

Pracovníci v sociálních službách jsou milí a empatictí lidé, stejně tak sociální pracovnice, se kterými se dá vždy domluvit a snaží se nám vyjít vstříc.

5. Jak je zabezpečena jistota, že je pečovatel vždy přítomen?

Toho se není třeba obávat, vždy když pečovatel přijde na směnu, tak si musí zapsat docházku přes program EQUIP. Během dne je v zařízení více zaměstnanců, v noci jeden pečující, který může být namátkově kdykoliv zkontrolován někým z vedení stacionáře.

6. Probíhají nebo probíhaly nějaké aktivizace?

Ano, v tomto zařízení probíhají aktivizace na Montessori přístupu.

Jsou to například tyto aktivity: kognitivní trénink, reminiscenční trénink, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, fyzioterapie.

7. Jak je zajištěna strava? Jsou dodržovaná nějaká dietní opatření?

Snídaně + svačiny + večeře nakupuje a zajišťuje zařízení samo, obědy jsou objednány dovozem z jedné jídelny.

Speciální dietní strava se dává pouze diabetikům.

8. Jak je služba cenově dostupná? Z čeho je možné ji financovat?

Ceny služby se řídí zákonem o sociálních službách a jsou limitovány maximální částkou 120 Kč/hod v pobytové a ambulantní odlehčovací službě. Dále se odvíjí dle počtu činnosti, se kterými potřebuje klient dopomoc. Na konci měsíce nám poslali fakturu, která vycházela z programu EQUIP, kam jednotlivé výkony zadávaly pečovatelky a sociální pracovnice. Dle mého názoru byla služba pro mě cenově dostupná.

9. Splnila služba všechna vaše očekávání?

Ano s maminkou jsme byly naprosto nadšené. Maminka díky tomuto zařízení našla opět chuť do života.

6.7.4. Osobní asistence pro osobu s AD v domácím prostředí 24/7

V tomto případě se jednalo o službu osobní asistence, kterou začal zajišťovat jeden větší poskytovatel osobní asistence v domácím prostředí. Organizace je v registru poskytovatelů zřízena podle zákona o sociálních službách.

V současné době je pro osoby, které se rozhodly zůstat v domácím prostředí, nebo tedy pro rodiny, které toto rozhodnou za nemocné v případě pokročilé ACH k dispozici na území hlavního města Prahy více takových poskytovatelů.

Dcera pana Jaroslava se rozhodla pro organizaci, která v této oblasti působí již více než 25 let. Tato organizace působí kromě Prahy ještě i ve Středočeském, Ústeckém, Plzeňském, Královéhradeckém, Pardubickém a Jihomoravském kraji.

Tato organizace pomáhá osobám od 1 roku věku s kombinovaným, mentálním, tělesným, sluchovým, zrakovým či zdravotním postižením a seniorům.

Cílem této organizace je:

- Péče o klienta, který žije ve svém domácím prostředí, které zná a je tam spokojen;
- Naplňovat všechny základní životní potřeby v maximální možné míře;
- Zapojující se do života kolem sebe tak, jak sám chce.

Organizace při poskytování služby dodržuje určité zásady:

- Zásada partnerského přístupu – klient je rovnocenným partnerem. Respektují práva klienta, jeho důstojnost a svobodné rozhodnutí, s ohledem na rozumové schopnosti klienta a bezpečnost situace;
- Zásada individuálního přístupu / služba šitá klientovi na míru – uplatňují individuální přístup ke každému klientovi podle jeho potřeb. Potřeby klienta jsou uvedeny v individuálním plánu.

O klienty se starají profesionální pracovníci - osobní asistenti, kteří mají kurz pracovníka v sociálních službách ideálně rozšířený o kurz osobní asistence.

Popis pana Jaroslava

Dalším klientem, kterého jsem v rámci výzkumu sledovala, byl klient, kterého se rodina po zjištění ACH rozhodla ponechat v domácí péči, při které nejdříve částečně, později plně využívala služby osobní asistence.

Dceru pana Jaroslava, paní Helenu, znám osobně, umožnila mi rozhovor na téma péče o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

S paní Helenou, naší sousedkou a dcerou pana Jaroslava, jsem se setkala několikrát přímo v domácnosti jejího tatínka. Měla jsem možnost i několikrát sledovat péči o jejího tatínka během posledních dvou let. Během setkání přímo s ní jsem sdílela její naděje, smutky, obavy.

Charakteristika respondenta

Klient je pan Jaroslav, nyní je mu 89 let. Je vysokoškolsky vzdělaný, vystudoval matematicko-fyzikální fakultu na Univerzitě Karlově. Pracoval jako vysokoškolský profesor

na matematicko-fyzikální fakultě, později byl během života z politických důvodů přinucen fakultu opustit a bylo mu umožněno pracovat jako učitel matematiky na učilišti v Praze. Je autorem několika vědeckých publikací, částečně se podílel i jako autor učebnice matematiky pro učební obory.

Po emigraci jeho syna do Kanady byl v roce 1987 vyslýchán a pravděpodobně i fyzicky několikrát napaden.

Povahově se vždy jednalo o méně společensky založeného člověka, který dával přednost společnosti svých nejbližších přátel a rodině. Kromě matematiky rád chodíval na výlety a rybařil. Zůstal mu pouze jeden bližší přítel, který ale později bohužel již také zemřel.

Současný rodinný stav – vdovec, asi dva měsíce po úmrtí manželky mu před 4 roky byla diagnostikovaná ACH.

Má syna a dceru, syn žije v Kanadě, dcera je svobodná, bezdětná, o tatínka se snaží velmi vzorně starat. Jedná se ale zároveň o ženu s manažerským postavením v jednom z peněžních ústavů, tedy osobu, která se své kariéry rozhodla nevzdat. Pro otce se tedy rozhodla vyhledat službu osobní asistence v domácím prostředí. Službu v prvních letech využívala pouze v denních hodinách, když byla fyzicky mimo domov.

V prvních dvou letech nebylo zároveň nutné tatínka monitorovat celých 24 hodin denně. Běžně se stávalo, že byl doma sám několik hodin denně.

Do bytu docházela terénní pečovatelská služba 2 x denně na tři hodiny. Jednalo se o terénní pečovatelskou službu, která zajišťuje služby pro osoby v domácím prostředí od pondělí do pátku od 7 do 17 hodin. Byla to pečovatelská služba zřízená městskou částí, kde pan Jaroslav bydlí. Pečovatelská služba zajišťuje hlavně péči o osobu, podávání stravy, nákupy, pochůzky. Bohužel nezajišťuje přímo služby aktivizace, která je pro klienty s Alzheimerovou chorobou v prvních fázích velmi důležitá.

Asi po 2 letech, když byl pan Jaroslav doma sám, došlo k pádu a zlomenině dolní končetiny. Pan Jaroslav byl se zlomeninou hospitalizován, hospitalizace mu ale vůbec neprospívala, delší pobyt na lůžku a změna prostředí urychlila zhoršení ACH.

Po návratu z nemocnice začal do domácnosti docházet fyzioterapeut, dcera s tatínkem zůstala a využívala dočasně home office. Bylo ale již jisté, že bude potřeba rozšířit péči na dobu 24 hodin sedm dní v týdnu.

Otázky + odpovědi rozhovoru s paní Helenou

1. Proč jste se rozhodla pro péči v domácím prostředí v kombinaci využití služby nepřetržité osobní asistence?

Toto byla od samého začátku jasná volba. Tatínek nebyl nikdy příliš společenský typ.

Vždy preferoval své prostředí, pokud se třeba dostal do nemocnice, jeho psychický stav se vždy zhoršil. Potom co tatínek onemocněl, jsem se nejdříve podílela o péči s terénní pečovatelskou službou. Po dobu dvou let jsem v podstatě každý večer, noc a celé víkendy věnovala péči o něj. Bohužel se mi díky tomu rozpadl dlouhodobý partnerský vztah. Zanedbala jsem i péči o sebe, o své zdraví. Byla jsem velmi vyčerpaná. To bylo ale v době, kdy na tom byl táta ještě mnohem lépe. Přes den k němu chodila pečovatelská služba 2 x denně, ale jednou v mezičase upadnul a zlomil si nohu. Během jeho hospitalizace přijel můj bratr se svou ženou z Kanady a po domluvě s nimi a i s jinými odborníky jsem se rozhodla po návratu tatínka využít služby nepřetržité osobní asistence.

2. Jak organizace po objednání takové nepřetržité služby postupovala?

U tatínka se začali střídát osobní asistenti každý den většinou po 12 hodinách. Organizace se pokusila sestavit tým, který by se měl o tatínka starat tak, aby to byl stabilní tým, který se příliš nemění.

3. Byla tato služba ihned dostupná?

Ihned došlo k sociálnímu šetření u nás doma. Pak nějakou dobu trvalo, než se sestavil tým stálejších asistentů, ale již před tím byla služba zabezpečena.

4. Jací jsou osobní asistenti?

Jsou to velmi obětaví, ochotní a milí lidé. Vím a sama si uvědomuji, jak je ta práce náročná a těžká.

5. Jak je zabezpečena jistota, že je osobní asistent vždy přítomen?

Společnost používá jakýsi systém elektronické docházky, který je vypůjčen do domácnosti pro případ, že klient nemá sám již mentální možnost potvrdit, že je asistent fyzicky přítomen. Asistenti mohou být kdykoliv zkontrolováni sociální pracovníci nebo jinými členy rodiny.

6. Probíhají nebo probíhaly nějaké aktivizace?

S tatínkem si asistenti především povídají. Dále se s ním snažili chodit podle pokynů fyzioterapeuta, který dochází 2 x měsíčně. Dříve spolu koukali na televizi, toto ale již tátu nebaví, naopak ho to rozčiluje.

7. Jak je zajištěna strava? Jsou dodržovaná nějaká dietní opatření?

Stravu objednávají asistenti z nedaleké jídelny, která zároveň zajišťuje rozvoz jídel. Táta nemá přímo předepsanou dietu, ale zaznamenala jsem, že se někdy asistenti dohadovali, která strava mu udělá lépe. Někteří možná mají tendenci ho příliš překrmovat.

8. Jak je služba cenově dostupná? Z čeho je možné ji financovat?

Nepřetržitá služba osobní asistence je cenově dost náročná. Sazba za 1 hodinu přes den je 130 Kč, sazba za 1 hodinu v noci a o víkendech je 140 Kč. Za měsíc to vychází přibližně na 90 tisíc.

Financuji to jednak z příspěvku na péči, který byl tátovi přiznán, z mých úspor, dále se mnou pobyt spolufinancuje i můj bratr.

9. Splnila služba všechna vaše očekávání?

Tatínek byl i v posledním roce hospitalizován kvůli vysokému tlaku. Po návratu zůstal již jen jako ležák. Bohužel je již zřejmě v posledním stádiu ACH. Již dva roky je inkontinentní a jako nespolupracující ležák je i poměrně těžký. V týmu asistentů je i několik mužů, kteří mají větší fyzickou sílu pro manipulaci při převlékání a dříve i při fyzické aktivizaci. U tatínka se ale začaly projevovat velmi agresivní způsoby hlavně proti mužům.

Vůči ženám tolik agresivní není. Nejdříve jsme to nechápali. Po rozhovoru s psychologem a psychiatrem jsem zjistila, že vůči mužům může být agresivní z toho důvodu, že byl během svého života fyzicky napaden během výslechu na policii v minulém režimu. O tomto nikdy nechtěl příliš mluvit, byl vyslýchán z důvodu emigrace mého bratra. Bohužel agresivita u něj neustupuje, ale péče je nutná. Dochází k verbálnímu napadání osobních asistentů, tatínek jim nadává a má tendenci se i prát. Na to nemá fyzickou sílu, ale i tak je to pro asistenty velmi nepříjemné. Z původního týmu několik asistentů odešlo, hrozilo jim zřejmě vyhoření. To samozřejmě chápu, ale je mi to zároveň líto.

Přesto službu hodnotím velmi pozitivně.

6.8. Shrnutí

Analýza výzkumného šetření byla zrealizována na základě dialogu formou polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vedla se sociálními pracovníci státního a soukromého DZR za účelem, abych mohla porovnat vybrané aspekty v péči o osoby s ACH.

Polostrukturovaný rozhovor jsem vedla také s dvěma rodinnými pečujícími za účelem, abych zjistila, pro jakou sociální službu se rozhodly a jak byly s ní spokojeny.

Sociálním pracovnícím jsem celkem položila devět otázek a rodinným pečujícím jsem celkem podala také 9 otázek. Všichni respondenti, které jsem osobně navštívila, souhlasili s poskytnutím informací pro účely mé bakalářské práce. Byla zachována anonymita.

Dále jsem vznesla dotazy na ministerstvo zdravotnictví ohledně Národního akčního plánu a napsala jsem jim písemnou podobou formou e-mailu. Na své dotazy jsem bohužel nedostala odpověď. Na jednu otázku jsem dostala odpověď přímo od své praktické lékařky. Tyto informace jsem zahrnula do teoretické části práce adekvátně k popisovanému tématu. Výzkumného šetření se tedy celkem zúčastnila dvě DZR a dvě pečující osoby.

6.8.1. Shrnutí výsledku u státního a soukromého DZR

- 1) Z výzkumu u DZR vyplývá, že v DZR zřízeném městskou částí vyjde pobyt, který je hrazený z příspěvku na péči + strava s ubytováním klienta levněji, 13 795 Kč. Naopak v soukromém zařízení vyjde pobyt klienta o 2 000 Kč draž než v zařízení zřízeném městskou částí na 15 965 Kč. Soukromé zařízení je kvůli ceně sociální služby méně obsazené.
- 2) Do DZR zřízeném městskou částí stejně tak do soukromého zařízení jsou přijati klienti s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Do státního zařízení mohou být přijati klienti z celé ČR, na bydliště se částečně přihlíží. Hlavním kritériem pro přijetí do zařízení je míra a urgentnost případu. Do soukromého mohou být klienti z celé ČR, nejsou žádné podmínky pro přijetí. Na rozdíl od státního se nepřihlíží na místo bydliště a rozhodují se podle toho, kdo si první podá žádost.
- 3) Do státního DZR i do soukromého si může podat žádost občan celé ČR. Stejně tak může být do DZR přijat občan celé ČR.

- 4) Ve státním zařízení evidují velký počet žadatelů, přibližně 700, přičemž ročně se jim neuvolní více než deset míst při kapacitě 22 lůžek. Dle slov sociální pracovnice tak trvá od podání žádosti klienta po přijetí klienta čekací doba jeden rok, ale jen minimum žadatelů je k pobytu přijato. Soukromé zařízení není plně obsazené a je tudíž více dostupnější, co se týče počtu lůžek. Nevýhodou je vyšší cena o 2 000 Kč. Dle slov sociální pracovnice ze soukromého DZR u nich v zařízení dochází poměrně často ke změně počtu lůžek. Důvody jsou různé, někteří klienti zemřou, jiní přejdou do jiného zařízení. Umístění klienta do jejich zařízení trvá 14 dní až tři týdny.
- 5) V DZR zřízeném městskou částí má na starost jeden pečovatel 7-10 klientů. V soukromém má na denní směně jeden pečovatel na starosti 10 klientů.
- 6) V DZR zřízeném městskou částí nabízejí pestřejší aktivizační program, volnočasové aktivity, které si klienti sami vybírají, dle slov sociální pracovnice, zařízení respektuje přání a zájmy klientů a pozorují, které aktivity mají největší úspěch a užitek. Jsou to zpívání a cvičení s míči, keramická dílna, přednášky na různá témata (cestování, vzdělávání atd.), dále nabízejí klientům trénování paměti, reminiscenční terapii, canisterapii, bingo, procházky, práce na zahradě, promítání filmů na přání, ruční práce a pečení na přání. Na realizaci aktivizací se podílejí aktivizační pracovnice. V soukromém DZR je nabízena klientům arteterapie, muzikoterapie, canisterapie. Malé množství aktivit, které nabízí soukromé zařízení je způsobeno tím, že měli nedostatek aktivizačních pracovníků a až teprve teď jich mají dostatek dle slov sociální pracovnice soukromého DZR, a proto budou terapie rozšiřovat.
- 7) Ve státním zařízení prvky Montessori znají, ale přímo je takto nenazývají. Prvky Montessori se nachází v zařízení již v podmětném prostředí na oddělení domova se zvláštním režimem nebo u vedení klientů k soběstačnosti, klienty příliš nepřepečovávají a podporují, případně rozvíjejí jejich zachovalé schopnosti. V soukromém DZR Montessori přístup znají, ale teprve až teď s ním budou začínat, protože předtím měli nedostatek aktivizačních pracovníků.
- 8) Státní i soukromé DZR aplikuje individuální aktivizace hlavně u klientů, kteří jsou imobilní a je pro ně náročné nebo nemožné se zúčastnit skupinových aktivizací. Také je aplikují u klientů, kteří nejsou společenští.
- 9) Ve státním zařízení nutriční terapeut není, ale podílí se na přípravě jídelníčku pro klienty. Nutriční potřeby jsou zde kontrolovány zdravotnickým personálem,

případně lékařem, který do domova dochází. V soukromém DZR jsou nutriční potřeby klientů kontrolovány ve spolupráci s nutriční terapeutkou.

6.8.2. Shrnutí domácí péče využití dcerou paní Zlatky pro svou

maminku, soukromého denního stacionáře + péče pana Jaroslava

domácí péče v kombinaci se službou nepřetržité asistence

- 1) Rozhodnutím dcery od paní Zlatky pro péči v domácím prostředí v kombinaci s denním stacionářem bylo to, že dcera paní Zlatky nejdříve pečovala o svou maminku v domácím prostředí a využívala institut dlouhodobého ošetrovního. Později se chtěla vrátit do práce, tak hledala nějaký vhodný stacionář, kde by bylo o paní Zlatku dobře postaráno. Naštěstí díky své známé z podpůrné skupiny České Alzheimerovské společnosti pro rodinné pečující se dozvěděla o jednom soukromém stacionáři, který se nachází v centru Prahy. Z odpovědi paní Heleny vyplývá, že jejím rozhodnutím čerpat službu nepřetržitě osobní asistence bylo to, že pan Jaroslav nikdy nebyl příliš společenský. Potom co pan Jaroslav onemocněl ACH, se podílela na jeho péči po dobu dvou let spolu s terénní pečovatelskou službou. O pana Jaroslava tak pečovala po dobu dvou let, každý večer, noc a celé víkendy věnovala péči o něj. A bohužel se paní Heleně kvůli tomu rozpadl dlouhodobý partnerský vztah. Zanedbala také péči o sebe a o své zdraví a velmi se vyčerpala. Toto všechno se odehrálo v době, kdy na tom byl pan Jaroslav poměrně dobře. Přes den k němu chodila pečovatelská služba 2x denně, ale jednou v mezičase upadl a zlomil si nohu. Během hospitalizace pana Jaroslava přijel bratr paní Heleny se svou ženou s Kanady a dohodli se spolu s dalšími odborníky, že bude nejlepší po návratu z hospitalizace využít pro pana Jaroslava službu nepřetržitě osobní asistence.
- 2) Organizace soukromého denního stacionáře postupovala po objednání jejich služby tak, že do zařízení po telefonické domluvě se sociální pracovníci dostala dcera paní Zlatky možnost, aby s maminkou navštívily střední kavárnu. A po jejím absolvování se rozhodly využívat tuto službu. U paní Heleny organizace postupovala tak, že se pokusila sestavit stabilní tým, který by se měl o pana Jaroslava starat. A osobní asistenti se začali u něj střídát po 12 hodinách.

- 3) Soukromý stacionář byl pro paní Zlatku ihned dostupný. U paní Heleny nejdříve muselo proběhnout v domácím prostředí sociální šetření, pak nějakou dobu trvalo, než se sestavil tým stálých asistentů, ale již před tím byla služba zabezpečena.
- 4) Obě dcery byly spokojené. Dle dcery od paní Zlatky jsou pracovníci v sociálních službách milí a empatictí lidé, stejně tak sociální pracovníce, se kterými se dá vždy dobře domluvit a snaží se jí vyjít vstříc. I paní Helena říká, že osobní asistenti jsou velmi obětaví, ochotní a milí lidé. Sama ví a uvědomuje si, jak je tato práce náročná a těžká.
- 5) Ani jedna z dcer, jak od paní Zlatky, tak od pana Jaroslava, se nemusí obávat, že by pečovatel nebo asistent nebyl na směně přítomen. Pracovníci v sociálních službách v soukromém denním stacionáři si musí zapisovat docházku do aplikace EQUIP a to samé i osobní asistenti, kteří si musí zapisovat docházku do aplikace, tak i zároveň mohou být kdykoliv překontrolováni sociální pracovníci nebo rodinným pečujícím.
- 6) V soukromém stacionáři probíhají aktivizace na Montessori přístupu, jako jsou například tyto aktivity: kognitivní trénink, reminiscenční trénink, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, fyzioterapie. V domácí péči v kombinaci s nepřetržitou denní asistencí si pan Jaroslav nejradši s asistenty povídá. Nedochozí tam ale k žádné organizované aktivizaci. Dále se s ním asistenti snažili chodit podle pokynů fyzioterapeuta, který dochází 2 x měsíčně. Dříve se spolu dívali na televizi, ale to již pana Jaroslava nebaví, naopak ho to rozčiluje.
- 7) V soukromém stacionáři je zajištěna strava tak, že snídaně, svačiny a večeře nakupuje a zajišťuje zařízení samo. Obědy objednáva dovozem z jedné jídelny. Speciální dietní stravu zajišťuje pouze diabetikům. Ve službě nepřetržité osobní asistence stravu objednávají asistenti z nedaleké jídelny, která zároveň zajišťuje rozvoz jídel. Pan Jaroslav nemá přímo předepsanou dietu, ale paní Helena zaznamenala, že se někdy asistenti dohadovali, která stravu mu udělá lépe. Někteří možná mají tendenci ho příliš překrmovat.
- 8) Soukromý denní stacionář stojí 120 Kč/hod. Dále se odvíjí dle počtu činností, se kterými potřebuje klient pomoc. Na konci měsíce poslali dceři od paní Zlatky fakturu, která vycházela z programu EQUIP, kam jednotlivé výkony zadávaly pečovatelky a sociální pracovníce. Dle názoru dcery od paní Zlatky byla služba pro ni cenově dostupná. Nepřetržitá služba osobní asistence je cenově dost náročná. Sazba za 1 hodinu přes den je 130 Kč, sazba za 1 hodinu v noci a o víkendech

je 140 Kč. Za měsíc to vychází přibližně na 90 tisíc. Paní Helena to financuje jednak z příspěvku na péči, který byl panu Jaroslavovi přiznán, tak ze svých úspor, dále s ní pobyt spolufinancuje i její bratr.

- 9) Jak dcera od paní Zlatky, tak i paní Helena, dcera od pana Jaroslava, hodnotí službu kladně. Paní Helena je se službou spokojená a zároveň jí mrzí, že kvůli zhoršení nemoci začal být pan Jaroslav agresivní vůči mužským asistentům a že řada asistentů kvůli tomu z týmu odešla. Myslí si, že pravděpodobně to bylo jejich vyhořením.

Závěr

Cílem této práce bylo popsat sociální služby vhodné pro pacienty s AD a jejich blízké se zaměřením na nefarmakologické přístupy užívané v rámci ambulantních, terénních a pobytových služeb.

V teoretické části se věnuji stáří, demenci a jejímu dělení, dále Alzheimerově chorobě – jak vzniká, jaké jsou příčiny vzniku, jak se projevuje a jak se léčí. V poslední části bakalářské práce se věnuji sociálním službám vhodným pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

V praktické části jsem se zaměřila na porovnání některých aspektů při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou v DZR zřízeném městskou částí, v soukromém DZR a ve vlastním prostředí s využitím sociálních služeb.

Vzhledem k malému počtu respondentů se jedná spíše o jakousi sondu do péče o osoby s AD, z níž vyplynuly určité zajímavosti, které podrobně porovnávám a shrnuji v kapitole 6.9.1.

Z porovnání DZR zřízeného městskou částí a soukromého DZR vyplývá, že státní domov vyjde levněji než zařízení soukromého DZR. To není překvapující. U státního pobytového zařízení se přihlíží k bydlišti klientů, ale není to jedno z hlavních kritérií. Zároveň to nemusí být podmínkou, oproti tomu u přijetí do soukromého DZR se k bydlišti žadatele nepřihlíží. Do státního zařízení může podat žádost občan celé ČR. Stejně tak do soukromého DZR. Soukromé zařízení není plně obsazené dle slov sociální pracovnice v soukromém zařízení, dochází u nich k poměrně časté změně lůžek. Umístění klienta do jejich zařízení tak trvá 14 dní a nejdéle tři týdny. Důvodem také může být to, že je cenově méně dostupné a dalším důvodem může být to, že mají více lůžek (154) než zkoumaný státní DZR, kde je jenom 24 lůžek, která bývají plně obsazena kvůli vysokému množství žadatelů. Dle slov sociální pracovnice mají za rok vysoké množství žadatelů, až 700. Překvapilo mě, že v zařízení zřízeném městskou částí má na starost jeden pečovatel 7-10 klientů a v soukromém DZR se jeden pečovatel stará o 10 klientů. Očekávala jsem, že zde bude více personálu v přímé péči. Nepředpokládala jsem ani, že v soukromém zařízení dříve řešili problém s nedostatkem aktivizačních pracovníků. V zařízení zřízeném městskou částí nutriční terapeut v zařízení není, ale podílí se na přípravě jídelníčku pro klienty. Nutriční potřeby jsou zde kontrolovány zdravotnickým personálem, případně lékařem, který do domova dochází. V soukromém zařízení jsou nutriční potřeby klientů kontrolovány ve spolupráci s nutriční terapeutkou.

Z porovnání rodinných pečujících dcer od paní Zlatky a paní Heleny, dcery od pana Jaroslava, vyplývá, že důvody u obou dcer, proč se rozhodly pro konkrétní službu, byly různé. Dcera paní Zlatky dříve o maminku pečovala v domácím prostředí. Později se chtěla vrátit do zaměstnání, tak hledala vhodný stacionář pro paní Zlatku, kde by bylo o ni dobře postaráno. Paní Helena zvolila pro pana Jaroslava službu nepřetržité péče v domácím prostředí proto, že její tatínek nebyl nikdy příliš společenský. Dříve o něho pečovala spolu s pečovatelskou službou, která docházela dvakrát denně, o víkendech se starala paní Helena. Důsledkem bylo její velké vyčerpání a přišla tak i o dlouholetý partnerský vztah. Bohužel k vyčerpání pečujících osob dochází často. Dalším důvodem pro rozhodnutí využití nepřetržité asistence 24/7 bylo to, že během hospitalizace pana Jaroslava se paní Helena po konzultaci s odborníky a jejím bratrem dohodli, že bude nejvhodnější pro něj využívat těchto služeb.

Organizace soukromého stacionáře postupovala po objednání jejich služby tak, že do zařízení po telefonické domluvě se sociální pracovníci dostala dcera od paní Zlatky možnost, aby s maminkou navštívily střeďeční kavárnu. A po jejím absolvování se rozhodly využívat tuto službu. U paní Heleny organizace postupovala tak, že se pokusila sestavit stabilní tým, který by se měl o pana Jaroslava starat.

Soukromý stacionář byl pro paní Zlatku ihned dostupný. U paní Heleny nejdříve muselo proběhnout v domácím prostředí sociální šetření, pak nějakou dobu trvalo, než se sestavil tým stářejších asistentů, ale již před tím byla služba zabezpečena.

Obě dcery jsou spokojené s přístupem pečovatelů. Ani jedna z dcer se nemusí obávat, že by pečovatel nebo asistent nebyl na směně přítomen. Pracovníci v sociálních službách v soukromém stacionáři si musí zapisovat docházku do aplikace EQUIP a stejně tak i osobní asistenti, kteří si musí, jak zapisovat docházku do aplikace, tak i zároveň mohou být kdykoliv překontrolováni sociální pracovníci nebo rodinným pečujícím.

Soukromý stacionář je, co se týče aktivizací bohatší, a probíhají zde aktivizace na Montessori přístupu. V domácí péči v kombinaci s nepřetržitou denní asistencí si pan Jaroslav s asistenty povídá. Dále se s ním asistenti snažili cvičit dle pokynů fyzioterapeuta.

Soukromý stacionář zajišťuje klientům snídaně, svačiny a večeře. Obědy objednáva dovozem z jedné jídelny. Speciální dietní stravu zajišťuje pouze diabetikům. Ve službě nepřetržité osobní asistence stravu objednávaají asistenti z nedaleké jídelny, která zároveň zajišťuje rozvoz jídel.

Soukromý stacionář stojí 120 Kč/hod. Cena se odvíjí dle počtu činností, se kterými potřebuje klient pomoc. Na konci měsíce poslal soukromý stacionář dceři od paní Zlatky fakturu, která vycházela z programu EQUIP, kam jednotlivé výkony zadávaly pečovatelky a sociální pracovnice. Celkově jí to vyšlo na 25 000 Kč za měsíc. Dle názoru dcery od paní Zlatky byla služba pro ni cenově přijatelná. Nepřetržitá služba osobní asistence je cenově dost náročná. Sazba za 1 hod/den je 130 Kč, sazba za 1 hod/noc + víkend je 140 Kč. Za měsíc to vychází cca na 90 tisíc. Paní Helena to financuje jednak z příspěvku na péči, tak ze svých úspor, dále s ní spolufinancuje pobyt bratr.

Obě dcery, hodnotí služby kladně.

V závěru bych chtěla říci, že je to opravdu na každém rodinném pečujícím, pro jakou sociální službu se rozhodne. Každá sociální služba má své výhody a nevýhody. A každý senior s ACH je individuální a pro každého je vhodná jiná sociální služba.

Zároveň mě mrzí, že jsem nedostala odpovědi na všechny své dotazy ohledně Národního akčního plánu pro osoby s Alzheimerovou chorobou, které jsem chtěla zhodnotit do své práce. Na jednu otázku jsem dostala odpověď od své praktické lékařky: „Test na včasný záchyt demence Mini mental state provádějí všeobecní praktičtí lékaři u svých pacientů v souvislosti s preventivní prohlídkou od věku 65 do 80 let v intervalu dvou let.

Do budoucna doufám, že se tato neúprosná situace začne co nejdříve řešit, protože dle prognóz WHO má být v roce 2030 počet lidí s Alzheimerovou chorobou dvojnásobně vyšší než nyní: 139 milionů ve světě a 280 tisíc lidí v ČR.

Seznam použité literatury

FRANKOVÁ A KOL., Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011.

ISBN 978-80-204-2423-5.

HOLMEROVÁ, Iva. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s, 2019.

HOLMEROVÁ A KOL., Iva. *Alzheimerova choroba v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, 2008.s 18,19

HOLMEROVÁ, JURÁŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, Iva, Božena, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Česká alzheimerovská společnost. Praha, 2003.

ISBN 80-86541-12-6.

HRDLIČKA, HRDLIČKOVÁ, Michal, Darina. *Demence a poruchy paměti: pro praktické lékaře*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-797-4.

JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ A KOL., Roman, Iva, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009.96s

ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, ONDERKOVÁ, Zdeněk, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství - Svazek VIII: Hematologie*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-210-2.

KOSIK, BOWMANOVÁ, Kenneth S. , Alisa. *Jak přelstít Alzheimer: Co můžete udělat, abyste snížili riziko této nemoci?*. Praha: Práh, 2016. ISBN 9788072526680.

KUBÁTOVÁ, MACHOVÁ, Dagmar, Jitka. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARKOVÁ, ČECHOVÁ, MAZANCOVÁ, Hana, Kateřina, Adéla Fendrych. *V bludišti jménem Alzheimer: Na co v ordinaci nezbývá čas*. Praha: Albatros Media, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.

MÁTLOVÁ, Martina. *25 let života s demencí: Česká alzheimerovská společnost*. Praha, 2022. ISBN 978-80-86541-67-9.

- MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, Oldřich, Jana, Pavla. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 183s ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2005. 214s ISBN 80-7178-549-0.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- ONDRUŠOVÁ, KRAHULCOVÁ A KOL., Jiřina, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, Naděžda, Barbora. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011.99.s ISBN 9788072627110.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

Narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-obdobna-onemocneni-2020-2030 [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-obdobna-onemocneni-2020-2030>

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/napan-2020-2030.pdf

Osobní asistence Hewer [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: <https://hewer.cz/>

Montessori principy v péči o seniory“ je užitečnou příručkou pro pečovatele”, pomocvdomacnosti.cz [online]. [cit. 2023-07-06]. Dostupné z: <https://pomocvdomacnosti.cz/montessori-principy-v-peci-o-seniory-je-uzitecnou-priruckou-pro-pecovatele>

Alzheimerova choroba (atlasnemoci.cz) [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <http://www.atlasnemoci.cz/alzheimerova-choroba/alzheimerova-choroba/>

Příznaky demence [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/>

Práva lidí s demencí [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/prava-lidi-s-demenci/>

Firma Alzheon Martina Tolara má lék na Alzheimerovu nemoc – Nadační fond Seňorina (nfsenorina.cz) [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/firma-alzheon-martina-tolara-ma-lek-na-alzheimerovu-nemoc/>

Domovy se zvláštním režimem - co je to, definice, vysvětlení, informace - Bezplatná právní poradna online zdarma pro všechny (bezplatnapravni poradna.cz) [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: <https://www.bezplatnapravni poradna.cz/ruzne/pravnicko-slovník/36652-domovy-se-zvlastnim-rezimem-co-je-to-definice-vysvetleni-informace.html>

Nadační fond Seňorina. Montessori přístup v péči o seniory s demencí. [online]. [cit. 2023-07-06]. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/pro-pecujici/stadia-alzheimerovy-choroby/?fbclid=IwAR1xGstJ8rPuAPtvj-NtLKxX6IfRbKAncuMN8OnXkzzG6FuGUoMeQ1oYPc>

Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1688841048130_1

Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2023-07-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Paragraf 36 zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách [online]. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>