

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Sanace rodiny v případě výskytu Alzheimerovi
nemoci**

**Family rehabilitation in the case of Alzheimer's
disease**

Vedoucí práce:
prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.,

Autorka práce:
Daniela Töpferová

Praha 2012

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Sanace rodiny v případě výskytu Alzheimerovi nemoci“ pojednává o Alzheimerově chorobě, jako o jedné z nejčastějších typů demence. Pojednává také o této nemoci jako jedné, ze stále častěji se vyskytujících a to zejména u starých lidí. Dočteme se v ní o tom, jak vůbec vznikají tyto kognitivní poruchy, jak je poznáme a také zda je možné jí předcházet.

Dále zjistíme jak pečovat o člověka s Alzheimerovou demencí, jak s ním komunikovat a reagovat na jeho změny chování. Jakou péči může rodina pacienta poskytnout a o možnostech pomoci, které poskytuje náš stát takto zasaženým rodinám.

Popisuje typy péče o nemocného a také služby zabývající se touto problematikou. Důležitou součástí je pak rodina pacienta. Dočteme se zde tedy také o rodině, o její funkci a o tom jak by se měla a může rodina zachovat při výskytu AD. Dále pak nejen o pomoci nemocnému člověku, ale zejména o pomoci samotným pečujícím, která je stejně tak důležitá, díky náročnosti péče a to hlavně pokud se pacient nachází v domácím prostředí a není umístěn v žádné instituci.

Klíčová slova

Stáří, Demence, Alzheimerova nemoc, sanace rodiny, péče o nemocného, komunikace

Annotation

The thesis “Family rehabilitation in the case of Alzheimer's disease“deals with Alzheimer disease as one of the most common types of dementia. It deals with this disease as one of the most frequent affection of old people too. We can read how these cognitive disorders originate, how we diagnose them and if it is possible to avoid them.

We will find out how to take care of a man with the disease, how to communicate and react to changes in his behavior. Also the thesis is about the care which we should provide to a person with the disease and with which services the Czech Republic can help to affected families.

The thesis describes the sorts of taking care of diseased and services focused on this issue. The important role is a family of a patient. We will read about family, its role and how should family react when AD is revealed. In the next part we can find out not only how to help diseased but how to help people who take care of a diseased that has the same importance. Because of difficulties in care especially when the patient is home and is not placed in an institution.

Keyword

Age, dementia, Alzheimer's disease, rehabilitation of family, care for the sick, communication

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sanace rodiny v případě výskytu Alzheimerovi nemoci, napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne

Daniela Töpferová

Obsah

Úvod.....	9
1. Stáří.....	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.2 Společnost a stáří.....	11
1.3 Péče o seniory v ČR	12
1.4 Nemoci stáří	13
1.5 Stárnutí a paměť	14
2. Demence	17
2.1 Charakteristika nemoci, příčiny a příznaky	17
2.2 Epidemiologie	20
2.3 Rizikové faktory a prevence.....	20
2.4 Klasifikace demence	20
2.5 Vyšetřovací metody	21
2.6 Léčba demence.....	21
2.6.1 Farmakologická.....	21
2.6.2 Nefarmakologická	22
3. Alzheimerova demence.....	23
3.1 Vývoj pojmu AD.....	23
3.2 Obecná charakteristika nemoci	23
3.3 Stadia AD	24
3.3.1 Lehké.....	24
3.3.2 Střední	24
3.3.3 Těžké	24
3.4 Poruchy při AD	25
3.4.1 Emoce.....	25
3.4.2 Apraxie	26

3.4.3	Poznávání a agnózie	26
3.4.4	Afázie	26
3.5	Problémy a změny v péči přicházející s výskytem AD.....	27
4.	Sanace rodiny.....	30
4.1	Definice	30
4.2	Cíle	31
4.3	Rodina	31
4.3.1	Definice	31
4.3.2	Funkce	32
4.4	Legislativa a péče v rodině.....	33
5.	Možnosti péče o člověka s AD	34
5.1	Péče v rodině	34
5.2	Péče v instituci	36
5.3	Terapie.....	38
5.3.1	Kognitivní terapie.....	38
5.3.2	Reminiscenční terapie	39
5.3.3	Kinezioterapie	40
5.3.4	Pet terapie	40
5.3.5	Arteterapie.....	40
5.3.6	Dramaterapie	40
5.3.7	Muzikoterapie.....	41
5.3.8	Ergoterapie	41
6.	Pomoc pečujícím rodinám	42
6.1	Rady jak s nemocným komunikovat.....	42
6.2	Profesionální pomoc pečujícím.....	44
6.3	Psychická hygiena pečovatelům	45
6.4	Česká alzheimerovská společnost.....	46

7. Sociální šetření.....	48
7.1 Případ rodiny xxx.....	48
Závěr	55
Seznam použité literatury	56

Úvod

V ČR starých lidí stále přibývá. Dožívají se vysokého věku, díky stále se zlepšujícímu medicínskému pokroku. S vyšším věkem, ale přichází spousta změn a to hlavně z hlediska zdraví., kterým většinou není možné zabránit. Jednou takovou nemocí, která sice není pouze záležitostí stáří, nýbrž i věku mladšího, je demence. Ačkoli není možné říci, že s příchodem stáří přichází demence, je to onemocnění, které se objevuje zejména ve stáří a také čím dál častěji. Zejména pak Alzheimerova nemoc, která je nevysoykytovanějším typem demencí.

Právě toto onemocnění je hlavním tématem této bakalářské práce. Je to téma, které bohužel začíná být stále aktuálnější. Alzheimerova demence, v této práci označována také zkratkou AD, je jednou z pěti nejčastějších onemocnění způsobujících smrt i přesto, že samotná nemoc ji nezpůsobí. Jsou to spíše její následky, na které pacient nakonec zemře. Neexistují zatím léky, které by nám umožnili se z nemoci zcela vyléčit, ale již několik let se pracuje na výzkumech, které se snaží zjistit, jak léky vytvořit.

Nemoc velice zasáhne životy těch, co se s ní setkají. Ovlivňuje je i jejich budoucí smýšlení. Jejich psychickou i fyzickou kondici. Pro nikoho není lehké se vyrovnat s tím, že nemoc postihla právě jejich blízké a tudíž jejich celé rodiny. Proto je velice důležité říci si, kdy nemoc přichází, jakou použít léčbu, jak se s ní vyrovnat a jak vůbec postupovat. Zjistit si možnosti, které nám pomohou se se situací smířit a ulehčit nám toto těžké období. Všechny základní rady a informace, co jsou k péči o člověka s demencí potřeba, se můžeme dočíst, právě v této práci.

1. Stáří

1.1 Stáří a stárnutí

„V dětství se má jedinec věnovat učení, ve zralém věku získává majetek a prožívá naplnění lásky a ve stáří má dovršit své zásluhy a zbavit se pout, která váží člověka od narození do smrti.“ (KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V., 2006) Tyto etapy života nám předepisuje asi dva tisíce let starý indický spis, který ve svém učení tvrdí, že člověku je dáno žít do sta let.

Stáří je posledním stádiem v procesu vývoje člověka. Většinou se datuje od 60 let věku a více. Věk nad 90 let se již nazývá dlouhověkost. Díky zvyšování životní úrovně i medicínskému pokroku se těchto lidí objevuje stále více. *„Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí.“* (KALVACH, Z., a kol., 1997)

Stárnutí se objevuje u všech živých organismů a je tedy nedílnou součástí života. Tomuto procesu podléhá každý individuálně. Někdo stárne tedy rychleji a na někom nemusí být tento proces dlouho znát. Ovlivněno je zejména stylem života každého jedince, jeho životními podmínkami, prostředím ve kterém žije apod. Je také důležité si říci, že *„stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života.“* (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., 2008) Tedy zaslouží si ve stejné míře zájem jako etapa mládí. V procesu stárnutí se také setkáváme se dvěma pojmy. Prvním je chronologický věk jedince, tedy kalendářní údaj, jakého věku člověk dosáhl. Druhým je pak věk sociální, což je věk, na který se každý z nás cítí. Je spojován i s tím, že ne každý člověk, vyššího věku se musí cítit starý a chovat tak i přesto, že to společnost většinou očekává. To znamená, že lidé berou jako předpoklad stáří, že když je někomu 80 let, chodí o holi, má vrásky, je osamělý a při tom leckteří z nich jsou velmi vitálními, jezdí na kolech, chodí na túry a vypadají o moc mladší, než ve skutečnosti jsou, což je pro ostatní nepochopitelné. Naopak mnoho mladých lidí se chová a vypadá na mnohem více, než je mu let. *„Většina současných seniorů prožila jednu nebo dvě světové války, padesátá léta, tři měnové reformy, normalizaci i politické změny po roce 1989. Jejich život přinesl mnoho ztrát, úzkostí, na vlastní kůži zažili nedostatek. Proměny doby poznamenaly hluboce jejich lidské osudy, náhled na současnost i vizi jejich budoucnosti. Museli si hodně odříkat, naučili se žít skromně a jsou stále připraveni myslet na horší časy a šetřit. Jsou zvyklí očekávat pomoc od druhých a té se nějak nedostává.“* (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008)

1.2 Společnost a stáří

„Delší život umožňuje člověku provést retrospektivní analýzu svého života, napravit některé své chyby, více se přiblížit pravdě a dosáhnout jiného porozumění smyslu a hodnotě svých činů. To je snad nejvýznamnější přínos seniorů lidskému společenství.“ (KALVACH, Z., a kol., 1997)

Jak společnost přijímá seniory? Je to různé. Někteří lidé si jich nevšímají, jiní je mají rádi pro jejich moudrost a zkušenosti, chodí si k nim pro rady a rádi poslouchají historky o jejich životě. Naplňuje je jejich společnost. Zbytek je zaměřen proti nim, jsou jim na obtíž, nemají je rádi. Nejvíce „nepřátel“ starých lidí se vyskytuje mezi mladými, zejména pak osob v pubertálním věku. Každý z nás se určitě alespoň jednou setkal se sporem mezi těmito dvěma skupinami, ať již byl iniciátorem ten mladší nebo starší. Často se nedokážou mezi sebou pochopit a tolerovat.

Setkáváme se bohužel i s jevem zvaným ageismus, což je diskriminace lidí na základě jejich věku. Všimnout si ho můžeme zejména na trhu práce. Často o svou práci přijdou na základě svého věku a následně je nikdo do práce přijmout nechce. Jedním z projevů věkové diskriminace je i neustále vymýšlení nových technologií, s kterými se staří lidé špatně ztotožňují. *„Současně zahrnuje negativní představy o stáří. Vznikly tak mýty jako: stáří je ekonomická zátěž, staří lidé jsou všichni stejní, staří nemají, čím by naši společnosti mohly přispět, stáří je nemoc...“* (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I., 2008)

Dalším z negativních pojmů, se kterým se v souvislosti se seniory můžeme potkat, je syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, tedy syndrom EAN- Elder Abuse Neglect. Ačkoli je to závažný problém, který se vyskytuje čím dál častěji, nemluví se o něm mnoho. Ani senioři, kterých se tento problém týká, se s ním neshovívají. Pachatelé jsou totiž zejména jejich děti a oni, jako rodiče, se stydí za to, jak je vychovali a berou to jako svou prohru. Dalším důvodem toho, že si nestěžují na chování ostatních je ten, že se uvěří tomu, že jsou staří, nepotřební, zbyteční a přidělávající starosti. Jsou tedy přesvědčeni, že si takový přístup zaslouží. Mezi formy týrání patří tělesné, citové, psychické, sexuální, finanční a majetkové týrání, zanedbávání, systémové ponižování. (KALVACH, Z., a kol., 1997) S týráním seniorů se můžeme setkat i v ústavní péči. Dnem boje proti týrání seniorů je označen 15. červen.

1.3 Péče o seniory v ČR

Dle zákona č. 108/2006 o sociálních službách patří do služeb sociální péče vhodné pro seniory zejména tyto služby: osobní asistence, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Chráněné bydlení, Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Mezi služby sociální prevence, kterou náš stát poskytuje a které jsou vhodné pro seniory, patří telefonická krizová pomoc, Krizová pomoc, Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Sociálně terapeutické dílny, Sociální rehabilitace.

Ačkoli u nás takováto pomoc existuje, je pravdou, že ne každému je přáno této pomoci využít. Dostat se do takového zařízení není lehká záležitost, na některé musíme čekat až několik let. Je to hlavně z důvodu, že starých lidí stále přibývá a instituce jsou přeplněné, není jich dostatek. Zmíníme si jedno ze sdružení, které pomáhá všem seniorům nad 60 let a to nejen občanům ČR. Život 90, je humanitární dobrovolnické sdružení, kde je cílem zvýšit kvalitu života seniorů, jak po psychické, tak fyzické stránce. Udržet jejich sociální roli, pomoci jim být co nejdéle samostatní a umožnit jim co nejdéle žít ve svých domovech. Poskytuje spoustu sociálních služeb jako je centrum denních služeb, sociální a odborné poradenství nebo Senior telefon, telefonickou krizovou pomoc.

VČR mají také senioři příležitost využít různých volnočasových aktivit. Např. vzdělávat se, a to na univerzitách třetího věku. Tuto možnost v dnešní době poskytují skoro všechny pražské i regionální vysoké školy. První obor byl otevřen na fakultě všeobecného lékařství roku 1987 profesorem Pacovským. Po absolvování získávají diplom. Existují také univerzity volného času. Tyto dvě vzdělávací služby se liší tím, že nejsou omezené věkově a návštěvnost je mezigenerační. Klub aktivního stáří je další aktivitou pro seniory, kde se mohou zúčastnit různých programů, jako jsou různé exkurze, besedy, přednášky apod. Vzdělávání seniorů také souvisí s pojmem gerontopedagogika, což je výchova a vzdělávání seniorů. S myšlenkou vzdělávání seniorů přišel již dříve Jan Amos Komenský, který tvrdil, že člověk by se měl vzdělávat od prenatálního období až do konce života. Roku 1948 vyšla jeho kniha Vše výchova neboli Pampédie kde poslední kapitola se věnuje škole stáří. O několik století později byla jeho myšlenka naplněna, právě univerzitami třetího věku.

1.4 Nemoci stáří

S přibýváním věku se začínají objevovat tělesné, psychické i sociální změny. Tyto změny většinou vedou ke zhoršení zdravotního stavu člověka. Setkáváme se pak s celou řadou nemocí, které se vyskytují zejména ve stáří. „*Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma*“ (HAŠKOVCOVÁ, H., 1991)

Málo ze starých lidí má stáří idylické. Přichází různé jevy, provázející především starší osoby, mezi které patří například degenerativní změny kloubů, změny činnosti smyslů, odchod do penze, ztráta blízkých, osamělost, zhoršování paměti, emoční labilita aj.

Mezi ty nejčastější onemocnění pak řadíme kardiovaskulární poruchy, psychické poruchy, trávicí obtíže, nemoci degenerativní. Mezi konkrétní degenerativní onemocnění patří artróza, což je onemocnění kloubů. Vzniká geneticky, vrozenými vadami, nepřiměřenou zátěží, obezitou, úrazy a samozřejmě samotným stárnutím. Projevuje se bolestmi, tuhnutím a ztrátou funkce kloubu. Osteoporóza, způsobuje řídnutí kostí. Vzniká zejména při nedostatku vápníku, vitaminů D a nedostatku pohybu. Projevuje se bolestmi v zádech, častými zlomeninami a shrbením páteře. Cukrovka neboli Diabetes mellitus, příčinou je to, že tělo neumí produkovat nebo využít inzulín. Je to nemoc na celý život. Patří mezi civilizační choroby stejně jako Alzheimerova choroba.

Mezi kardiovaskulární poruchy patří Ischemická choroba srdeční, nedokrevnost, která je způsobena převážně dalším vážným onemocněním a to aterosklerózou tedy kornatěním tepen. Cévní mozková příhoda, porucha funkce mozkové tkáně. První příčinou a zároveň tou nejčastější je ischemie, což je nedokrevnost neboli ucpaní mozkové tepny, která vede k odumření části mozkové tkáně. Druhou příčinou je krvácení, to je způsobeno prasknutím cévní stěny a výronem krve do mozku, kdy opět dochází k poškození mozkové tkáně. Infarkt myokardu je náhlé přerušení krevního zásobování části srdce. Dalšími z častých onemocnění je vysoký krevní tlak, postižení žil a tepen dolních končetin.

Psychickými poruchami ve stáří, jsou převážně deprese. Není to sice onemocnění, které se týká pouze stáří, je rozšířeno mezi celou populací u všech věkových kategorií. V této práci se o ní ovšem zmíníme, v souvislosti se stářím, jelikož je často jeho součástí, díky časté osamělosti starých lidí.

Je důležité něco si o této duševní nemoci říci hlavně proto, že provází stavy, související s demencí, jak u nemocných tak u pečovatelů. Často se také stane, že se zamění s demencí. Silně depresivní senior má totiž stejně jako ten s demencí problém správně užívat

kognitivní funkce. „Podle údajů Světové zdravotnické organizace v Ženevě (WHO) je deprese poměrně nejrozšířenější nemocí na naší planetě.“ (KŘIVOHLAVÝ, J., 2003) Častěji touto nemocí trpí ženy než muži. Člověk, který má depresi se cítí opuštěný, nešťastný, vyčerpaný, ztratí chuť do života, má pocit, že mu nikdo jiný nerozumí, vyhýbá se proto ostatním. Ti pak takového člověka vidí jako lhostejného, unařikaného, nespolečenského a tak se stává ještě více osamělým. U takovýchto lidí tedy vidíme změny jak v tak i v prožívání. „Deprese ve stáří, se může projevovat atypicky. Mívá chudší spektrum jen několika příznaků nebo dokonce příznaku jediného. Často se jedná o tělesné příznaky bez jasného vysvětlení (poruchy spánku, příjem potravy, únava, bolest). Někdy se projevuje dekompenzací původních osobnostních rysů či neurotickými příznaky.“ (BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010) Jelikož ve stáří mívají deprese trochu jiné projevy než v dospělosti, setkáváme se při ní s různými kognitivními poruchami. *Deprese často předchází kognitivní deterioraci. Přítomnost deprese ve stadiu mírné kognitivní poruchy zvyšuje riziko progresu do Alzheimerovy choroby.*“ (BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010) V počátečním stádiu demence je deprese častá. Člověk si nejprve uvědomuje, že není v pořádku. Časté zapomínání, zmatenost, dezorientace, pacient nerozumí sám sobě, neví co se děje a začne postupně depresi propadat.

Trávicími onemocněními jsou poruchy polykání, žaludeční vředy, střevní výchlipky, nádorová onemocnění jako je rakovina tlustého střeva a konečníku a jiná onemocnění trávicího traktu.

Většinu těchto onemocnění můžeme zabránit jejich propuknutí nebo je alespoň oddálit správnou péčí o své tělo i duši. Je spousta lidí, kteří si svého zdraví neváží, a nestará se o sebe. „Zdraví je dar, který dostáváme zadarmo, bez zásluhy. Teprve když ho ztrácíme, zjistíme jeho nesmírnou cenu a toužíme, aby nám byl navrácen.“ (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008)

1.5 Stárnutí a paměť

S procesem stárnutí přichází spousta psychických i fyzických změn. Z fyzického hlediska, se mění stavba těla, funkčnost jednotlivých orgánů apod. Důležitým orgánem, který je ve stáří ovlivněn, je mozek. Mění se jeho struktura, hmotnost i řada funkcí.

Nejzákladnější jednotkou řídící mozek jsou nervové buňky neboli neurony. „Neurony pracují s informacemi, které prostřednictvím elektrických potenciálů a chemických látek umí rozvádět a přepojovat, ale i vytvářet a modifikovat.“ (OREL, M., FACOVÁ, V. a kol.,

2009) Tyto buňky mají schopnost se množit a dozrávat, v určitém věku, se ovšem jejich počet začíná zmenšovat. Ztrácí možnost množení a to i přesto, že mají určitou schopnost sebeobnovování, Nemají, ale možnost obnovy donekonečna. Nakonec začnou jednoduše ubývat a ztrácí tak svou funkci. *„Ke snížení počtu mozkových neuronů dochází zejména v laloku čelním (s motorickými a komplexními funkcemi), v horní části laloku spánkového (zejména s paměťovými a sluchovými funkcemi), v laloku týlním (spojeného se zrakovými funkcemi). Mnohem menší změny zaznamenáváme v temenním laloku (kde mimo jiné sídlí hmat a propriocepce aj.) V oblasti mozkového kmene (s centry základních životní funkcí) k úbytku neuronů prakticky nedochází.“* (OREL, M., FACOVÁ, V. a kol., 2009)

Momentálně se v práci zaměříme na paměťové funkce. S přibývajícím věkem paměť slábne a tak si na ni stárnoucí lidé stěžují oprávněně. Je důležité si o ni něco povědět a pochopit ji, jelikož pro nás bude později důležitá. *„Na úrovni mozku je paměť realizována zejména na úrovni synapsí, podílí se na ní řada mozkových struktur a informace jsou v mozku zaznamenávány na mnoha místech.“* (OREL, M., FACOVÁ, V. a kol., 2009) Je to nejdůležitější kognitivní funkce. *„Je definována jako schopnost přijímat, zpracovávat, uskladňovat a vybavovat informace.“* (BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010) Existují tři fáze procesu paměti. Je to vštípení, tedy ukládání informace, konsolidace, zpracování a uchování informace a vybavení.

Můžeme ji také dělit do několika skupin. Nejčastější ji ovšem dělíme podle doby uchování informací, na krátkodobou a dlouhodobou, někdy se jim také říká primární a sekundární. Krátkodobé se také říká také pracovní paměť. V krátkodobé paměti udržíme informaci pouze 20-30 sekund. Poté se informace buď přesune do dlouhodobé paměti anebo ji vypustíme z hlavy. Vše co v danou chvíli vnímáme smysly, se nám dostává do krátkodobé paměti. Poté rozdělíme informace na důležité a na nedůležité.

Důležité pak musíme určitým úsilím přenést do dlouhodobé neboli také celoživotní paměti. *„Procesu zapamatování napomáhají zejména následující informace: pozornost, opakování, vizualizace, asociace, uspořádané struktury, chápání výrazu a humor.“* (BUIJSSEN, H., 2006) Nejčastějším testem pro fungování krátkodobé paměti to, že ten kdo test provádí, říká nebo píše slova nebo čísla a zkoumaný je opakuje. Množství toho, co dokáže zopakovat, se nazývá kapacita paměti. Není zcela jasné jak velkou kapacitu dlouhodobá paměť má a jestli je vůbec nějak omezena. Pokud je člověk zdravý, neměla by se z této paměti vytratit žádná informace, z podstatných a každodenních informací. Je to právě díky častému opakování. *„Trénování paměti zpomaluje ubývání neuronů, vytváří nová nervová*

spojení, a tak můžeme podporovat činnost mozku až do vysokého věku. Ovšem, máme-li příliš mnoho informací najednou, mozek nedokáže vše zpracovat.“ (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008)

Z mozku se ztrácí pouze věci nepodstatné v současnosti nebo ty co nejsou opakovány zcela dostatečně. Testování dlouhodobé paměti probíhá stejně jako u té krátkodobé s rozdílem, že člověk musí udržet informace déle, to znamená cca půl hodiny až několik dní. Zapomínání slouží k tomu, aby chránilo mozek před přehlcením informacemi. Ztráta této funkce je jedním z hlavních příznaků, kterými začíná jedno z nejčastějších onemocnění stáří a to demence. Pokud někdo trpí demencí, nedovede převádět informace z krátkodobé paměti do dlouhodobé. Nepamatuje si tedy události před 30 vteřinami. Informace, které jsou hodně spojeny s emocemi a opakují se často, tak je možné, že si je pacient s demencí zapamatuje. Zapomnětlivost se projevuje celkově, tedy dotyčný si nepamatuje ani nové a ani staré informace anebo také parciálně, nepamatuje si nové informace, například co měl k večeři, ovšem pamatuje si ty staré.

Kromě dělení podle doby uchování informací existují i jiná dělení paměti. Příkladem může být rozdělení na epizodickou a sémantickou. Epizodická, ta souvisí s osobním životem každého z nás. Sémantická se nevztahuje k našim životům, není podmíněna vlastními zkušenostmi. Dále existuje implicitní a explicitní paměť. *„Tato kategorizace se zakládá na dělení informací na vědomě vyhledávané (např. snaha vzpomenout si na datum bitvy u Waterloo) a na sponntáně se objevující (nebo dokonce člověka ovlivňující, aniž by si toho byl vědom).“ (STUART-HAMILTON, I., 1999)*

2. Demence

2.1 Charakteristika nemoci, příčiny a příznaky

„...Srpen 1930

Dědečkovi bylo napřesrok osmdesát let...

*Slyšel každé slovo z našeho světa, ale hned je zapomínal. Pak se nadechl: „To jsem rád, že jdu domů.“ Chytil se hole a s mou pomocí překročil práh. Už nevnímal osoby, nedbal ani o jídlo ani o spánek, ale byl jim vždy přemožen. Z tohoto světa dožadoval se jenom šatů a hole. Z pokleslých rtů jen znělo: „Domů!“ Vodil jsem ho sem a tam pod Běsnou, ...Prosil: „Pane Sýkoro, vedete mě domů?“ (František Hrubín, *Romance pro křídlovku*)“ (HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., 2007)*

Demence je onemocnění, se kterým se setkáváme, čím dál častěji. Bude provázet celou naši práci, a proto si o ní musíme říci základní informace. Co tedy tento termín označuje? *„Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“* (KUČEROVÁ, H., 2006) Pochází z latinského slova a znamená bez myslí. De, znamená odstranit a mens mysl.

Jde zde o postupný úpadek kognitivních funkcí jako je paměť, vnímání, uvažování, řeč aj. Kromě těchto funkcí se vyskytují i poruchy emotivity a behaviorální poruchy. *„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.“* (BUIJSSEN, H., 2006) Můžeme se setkat s několika typy demence, kdy nejčastější je Alzheimerova demence, dále to pak může být Parkinsonova choroba, Jacobsonova choroba, Huntingtonova choroba, demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence. Liší se pak zejména v tom, co nemoc způsobuje, která část mozku je poškozena, jaká je příčina jejich vzniku.

Bohužel jde o onemocnění, které končí smrtí pacienta. Samo onemocnění však není příčinou úmrtí, nýbrž jeden z faktorů způsobující smrt. Nejprve se vyvíjí pomalu tak, že člověk je schopný sám fungovat. V konečné fázi je však zcela závislý na druhých. *„Člověk*

s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“
(BUIJSSEN,H., 2006)

Demenci způsobuje nesprávné fungování mozku. Odumírají nervové buňky a řídicí centrum mozku nefunguje správně. Nervové buňky ztrácí svou funkci, ale do určité doby je nahrazují buňky jiné. Proto počáteční stadium demence postupuje pomalu. Nakonec, ale začnou odumírat i náhradní buňky, které již nic nenahradí a nemoc začne postupovat rychleji, až nakonec člověk dokáže sám jen sedět nebo ležet. Huub Buijssen ve své knize popisuje demenci tak, že každý rok našeho života je jeden deník, který stojí na polici. Člověk s demencí má posledních pět deníků spadlých a postupně padají i ty ostatní až nakonec dojde i na ty poslední, tedy první roky života. Tvrdí také, že poslední věc, kterou takto nemocný člověk dokáže je úsměv, protože smát se je první věc, kterou se jako dítě naučíme. Pokud o tuto schopnost nemocný přijde, smrt není daleko. (BUIJSSEN,H., 2006)

„Mnoho laiků se domnívá, že demence je údělem stáří. Slovo „senilita“ které znamená „stáří“, se stává synonymem „demence“. Ale tak tomu není. Demence se může dostavit kdykoliv v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí.“(STUART-HAMILTON, I., 1999) Znamená to tedy, že demence není nemocí pouze stáří, ale může se objevit dokonce i v dětském věku.

„Demence sama o sobě představuje syndrom- určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny.“ (JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., 2009)

S rozvojem demence jsou spojeny vždy nějaké nemoci, například Alzheimerova nemoc. U nemocí jako je Aids, se demence rozvíjí pouze někdy. Nemůžeme tedy s přesností říci, která choroba ji vyvolala. Příčinu tedy přesně nenalezneme. Jako o jedné z možných příčin hovoříme o genetické predispozici. Pokud se demence v rodině vyskytuje je tu velká pravděpodobnost, že se bude vyskytovat nadále. Doslechneme se také, že více nemocí trpí ženy a lidé s nízkým vzděláním, kteří příliš neprocvičují paměť a mozek celkově. Další příčinou vzniku může být např. špatně léčená deprese, poranění mozku apod.

U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostré, poněkud schematické, uvedené okruhy se navzájem prolínají: kognitivní funkce, aktivity denního života, poruchy emocí (afektu a nálad), chování, spánku a cyklu spánků-bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí“. (JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., 2009)

Nemocný pak nezvládá svůj běžný život a aktivity, na které byl zvyklý, anebo jsou přirozenou součástí života. Postižení těchto funkcí patří mezi základní příznaky. Mezi

poruchy kognitivních funkcí patří zejména poruchy paměti nebo chování. Mezi další poruchy kognitivních funkcí patří afázie, což je porucha obsahu řeči, dále pak apraxie, tedy neschopnost provádět naučené pohybové stereotypy a agnozie-„ *neschopnost vnímat a interpretovat různé sensorické vjemy, aniž by bylo porušeno smyslové ústrojí včetně příslušných aferentních nervů.*“ (BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010) O těchto poruchách si budeme povídat dále, v kapitole o Alzheimerově demenci. Aktivitami denního života jsou myšleny profesionální dovednosti, péče o sebe a jiné běžné dovednosti jako je oblékání a svlékání, samostatně se najíst, hygiena apod. A behaviorálními a psychologickými příznaky demence jsou zejména poruchy chování, psychotické příznaky jako třeba bludy, poruchy vnímání, například halucinace. Časté jsou poruchy emocí, afekty, nálady, nejčastěji jsou to afekty vzteku, smutku, pláče, deprese a dalším příznakem je silná porucha spánku. „*Člověk s demencí už také nemá pocity, jež se vztahují k minulosti nebo budoucnosti. Jak může pěstovat naději, když pro něj neexistuje budoucnost? Jak může toužit po pomstě, když si nepamatuje, co mu kdo udělal? A jak může cítit vinu nebo výčitky za něco, co už dávno zapomněl? Proto právě v této fázi (fáze potřeby dohledu) ztrácí člověk s demencí veškerý kontakt s pocity jako stud, vděčnost, vina, naděje, touha po pomstě a výčitky svědomí.*“ (BUIJSSEN, H., 2006)

Demence má tři stádia a to lehké, střední a těžké. Dle tohoto dělení si můžeme domyslet, jak vážné jsou příznaky nemoci v jednotlivých etapách. Jelikož nemoc má nejprve pomalý vývoj, je tedy v počátečním, lehkém stádiu těžké demenci rozpoznat. „*V rámci diagnostiky demence je třeba odlišit jiné příznaky. Běžné změny ve stáří, reakce na změnu prostředí, poruchy nálad, zejména deprese, reakce na obtížnou situaci, somatické onemocnění se znaky selhávání sebepéče.*“ (VENGLÁŘOVÁ, M., 2007)

2.2 Epidemiologie

Vzhledem k tomu, že se neustále zvyšuje podíl seniorů v České republice, je pravděpodobné, že se bude zvyšovat i počet pacientů s demencí. Demence patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění hlavně ve stáří. Patří mezi civilizační choroby. V ČR se odhaduje výskyt na 100 000. Ve věku nad 65 let je četnost výskytu asi 5%. Ve věku nad 85 let trpí demencí 30-50% jedinců. Asi na 1000 jedinců se objevuje 90 případů za rok. „*Alzheimerova nemoc se stala pátou nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 65 let. V rámci Evropské unie je každých 24 sekund diagnostikován pacient s demencí!*“ (BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010)

2.3 Rizikové faktory a prevence

Když se podíváme na epidemiologické výsledky, je nám jasné, že jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů je zajisté věk. Dalším faktorem je genetika. Můžeme se dočíst, že například: hypertenze, deprese, hypolipidemie, poranění hlavy, nemoci nervové soustavy. Literatura uvádí, že příčinou může být i kouření či nízké vzdělání.

Existuje nějaká prevence před demencí? Nemůžeme říci, zda se dá demenci uchránit. Neexistuje na to žádný návod. Není ani jisté zda neustálé trénování paměti nám pomůže před ní uniknout. Určitě je však dobré vést zdravý způsob života, dodržovat správnou životosprávu, vyhýbat se všeobecně známým škodlivinám, udržovat si fyzickou i psychickou kondici, pozitivní naladění a duševní svěžest. Pomůže nám také, když se budeme radovat z maličkostí a neztrácet zájem poznávat nové věci. Jednoduše řečeno, neustále hledat něco pro co žít.

2.4 Klasifikace demence

Podle Romana Jiráka se demence dělí dle příčin a to na demence atroficko-degenerativního původu a demence symptomatické, které se dále dělí na vaskulární a ostatní symptomatické demence. První skupinu tedy atroficko-degenerativní charakterizuje úbytek nervových buněk a počtu synapsí v mozku. Je narušena funkce neuronů. Vaskulární vznikají tak, že začne odumírat nervová tkáň, díky cévní poruše. Příčinou jsou hlavně mozkové infarkty. Ostatní symptomatické demence se objevují při celkových onemocnění organismu. Infekce, záněty, intoxikace, úrazy nebo nádory mozku. (JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ, C., 2009)

2.5 Vyšetřovací metody

Nemoc můžeme odhalit několika způsoby. Existují různé testy na paměť, na zjištění kognitivních funkcí apod., které nám pomohou v diagnóze.

Mezi vyšetřovací metody patří orientační vyšetření poznávacích funkcí, což jsou testy paměti a jiných poznávacích funkcí. Patří sem například celosvětově uznávaný test MMSE- Mini-Mental State Examination. Dále se používají testy jako Test řečové plynulosti, Wechslerova škála paměti nebo třeba kreslení hodin aj. Důležitou metodou vyšetřování je anamnéza. Jelikož pacient není schopný objektivně pomoci svému lékaři s určením anamnézi, důležitou osobou je proto někdo třetí, nejlépe pečující osoba. Pak je nutno zjišťovat hlavně informace týkající se například klientova zdraví jako jsou úrazy hlavy, onemocnění srdce, mozkové příhody, dále pak jaké bere pacient léky apod. otázky. Důležitá jsou také somatická vyšetření, jako je pulz, TK, laboratorní vyšetření (Krevní obraz apod.), jaterní testy aj. Dále pak zobrazovací metody kam patří CT mozku, EEG, magnetická rezonance mozku atd. Jednou z metod je také pozorování, které může provádět specializovaný pracovník. Nejčastěji se však nahlíží na to, co rodina prozradí při rozhovoru s kompetentním pracovníkem a od toho, se odvíjejí další postupy.

2.6 Léčba demence

2.6.1 Farmakologická

Některé demence je možné léčit a vyléčit avšak většina se vyléčit nedá, ale můžeme ji zpomalit a to zejména u lehkého a středního stádia. Důležitou součástí léčby je zlepšení kvality života nemocných. Péče hlavně rodiny a lékařů. Léčba probíhá zejména farmakologickou cestou. Mezi farmaka podávaná v geriatrii patří 6 lékových skupin, které se užívají i v léčbě demence. Jsou to léky kognitivní, které zlepšují paměť, soustředění, příznivě ovlivňují poruchy chování, hypnotika, ty podporují spánek, antipsychotika a neuroleptika, které fungují na stejné bázi. Ovlivňují problematické chování, vnímání (halucinace, bludy). Dále jsou to benzodiazepiny na uklidnění a antidepressiva na léčbu deprese a poruch nálad. U první zmíněné skupiny léků, tedy kognitiv „*se předpokládá pozitivní působení na neurony, což vyvolá zlepšení funkcí CNS.*“ (VENGLÁŘOVÁ, M., 2007) Nejde zde o vyléčení, nýbrž o zmírnění symptomů. Farmaka se tedy nezaměřují na léčbu samotné demence, ale na zmírnění jejich příznaků.

2.6.2 Nefarmakologická

Do léčby nefarmakologické řadíme zejména rehabilitaci, kdy je nejdůležitější zajistit základní potřeby, tak aby byl člověk co nejdéle schopen zvládat běžné denní úkony. Jenou z nich je například kognitivní terapie, o které budeme hovořit více později. Stejně tak důležitá je pak aktivizace pacienta.

3. Alzheimerova demence

3.1 Vývoj pojmu AD

Prvním důležitým mezníkem pro vývoj pojmu je doba, kdy Alois Alzheimer roku 1907 přišel s případovou studií jedné jednapadesátileté ženy. Tento případ je známý jako případ Augusty D, která zemřela díky diagnóze těžké demence. Do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem byla přijata roku 1901. Poprvé o ni hovořil na přednášce roku 1906, na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Přednášku s názvem *Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde* v překladu znamená *O svérázném onemocnění mozkové kůry*. Díky této přednášce vznikla již zmíněná publikace a díky tomu nese nemoc název podle svého objevitele Aloise Alzheimerera. (Alzheimerova nemoc a další demence, 1998)

3.2 Obecná charakteristika nemoci

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence. (JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., 2009) Alzheimerova nemoc, je atroficko-degenerativního původu. Je nejčastějším typem demence a tvoří až 50% z nich. Vyskytuje se více u žen a souvisí pravděpodobně s tím, že se ženy dožívají více let života. Většinou je její výskyt důsledkem genetických předpokladů. Samozřejmě ne vždy je podmíněna geneticky, může vzniknout při úrazech hlavy, po různých onemocnění týkající se nervového systému jako je například CMP apod. „*Při Alzheimerově nemoci probíhají podobné změny jako při stárnutí. Klesá hmotnost a objem mozku, snižuje se tloušťka mozkové kůry, rozšiřují se mozkové komory.*“ (KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1998)

Zřídka se objeví nemoc před 60. rokem života člověka. Samozřejmě je možné, že se vyskytne i dříve, ale takovým případů není mnoho. Většinou se vyskytuje od 65 do 90 let věku. Po 75 roku života prudce stoupá pravděpodobnost rozvoje AD. Nemoc se zpočátku vyvíjí pomalu, ale během let se začne rozvíjet rychleji. Doba přežití od vzniku onemocnění je různá, pohybuje se v rozmezí několika let. Jako první se objevují poruchy kognitivních funkcí, zejména krátkodobé paměti, pak nastává zhoršení týkající se orientace v prostoru a čase. Snižuje se intelekt, slovní zásoba, dochází k poruše emocí, ztrátě soudnosti aj.

3.3 Stadia AD

3.3.1 Lehké

V prvním, lehkém neboli také mírném stádiu dochází k odumírání mozkových buněk v mozkové hemisféře kde je umístěna paměť, prvním z příznaků je tedy její poškození. V této fázi si na člověku ani nemusíme všimnout, že má nějaký problém. Působí totiž úplně normálně. On sám si ale může uvědomovat, že něco není v pořádku, nedává tomu ale velký význam a zpravidla nenavštíví lékaře. Vytváří si pak náhradu za občasnou ztrátu paměti. Dále pak člověk mývá potíž s porozuměním a používáním slov a tedy s komunikací. Leckdy se pak stáhne a komunikuje méně. Často jsou tu první příznaky deprese, které povětšinou bývají součástí nejen Alzheimerovi nemoci, ale i ostatních demencí.

3.3.2 Střední

Zůstává ještě schopnost sebereflexe, ale mění se. *„Jak Alzheimerova nemoc postupně přechází z raného stadia, poškození mozku se šíří do temenních mozkových laloků. Jestliže k tomu dojde, ztrácí nemocný schopnost integrovat zrakové vjemy, zvuky a pocity těla“* (MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. eds, 2008) Nemocný má již problémy s prováděním běžných činností jako je oblékání, orientace v čase a místě, má zpomalené reakce, není schopný se správně vyjadřovat. V této fázi vyhledává pomoc u odborníků a rodina si začíná uvědomovat, že je tu problém. Některé schopnosti člověku zůstávají a je důležité se na ně zaměřit a pracovat s nimi. Zaměřit se na nepoškozené funkce a s těmi pak pracovat.

3.3.3 Těžké

„V pokročilém stadiu nemoci se poškození šíří dál do čelního mozkového laloku. Jakmile je zasažen a poškozen, nemocný přestává být schopen přiměřeně jednat“ (MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. eds, 2008) Člověk bývá v této fázi upoután na lůžko a není schopný se o sebe postarat, bývá pak téměř bez jakékoli reakce. Nepoznává své okolí ani své příbuzné. Je pak odkázán na péči druhých, zejména pak odborné ošetrovatelské péče a povětšinou bývá umístěn do některých ze speciálních zařízení pro seniory, protože domácí péče již není často možná. V tomto stádiu se již pacient čím dál tím více blíží ke smrti, což je pro jeho pečovatele a hlavně pečující v rodině, velmi těžké období.

3.4 Poruchy při AD

3.4.1 Emoce

Není možné zjistit, co konkrétní člověk, který trpí demencí, cítí nebo co si myslí. Můžeme se pouze domnívat. V jiném případě se musíme spoléhat na to, co nám řekne sám. Jsme schopni si říci něco o emocích, které demenci zákonitě musejí provázet. Jak již bylo řečeno, jsou to pocity, který nám pacient sám nějak sdělí, je to jeho chování a dále naše schopnost vcítit se. Emoce hrají při onemocnění demencí velikou roli. Ovlivňují prakticky celý proces nemoci, pacienta, pečujícího a následné chování každého z nich, což má vliv na celé zvládání situace. Klienti mají stejné emoce, jako kdokoli jiný. U pacientů je projev emocí intenzivnější, jelikož dominují nad myšlením. Nemocný nepřemýšlí nad tím, jestli je jeho vyjádření emoce přiměřené situaci, podléhá momentálním impulzům. Ztrácí schopnost sebekontroly, nedovede zhodnotit situaci ani své chování. Mezi jejich primární pocity patří smutek, úzkost, radost, důvěra. Mizí pocity, kterým předchází promyšlení situace např. stud nebo vděčnost. Stejně tak takový člověk nechápe jiný čas než ten přítomný, což znamená, že naději nebo výčitky za něco z minulosti již dávno nemá. Časté střídání pocitů, je také pro tyto osoby normální. Takový člověk může mít na nás vztek a brzy poté už neví, že se zlobil. Směje se, vzápětí je smutný a pláče.

V lehkých stádiích demence si postižení mohou uvědomovat počátky nemoci. Nemusí tušit, že se jedná o toto onemocnění, ale vědí, že se něco děje. Nejsou ve své kůži, všímají si, že zapomínají. Trápí je pak strach nebo obavy z odhalení před příbuznými nebo i z toho, že zapomenou něco důležitého např. vypnout žehličku. Vzniká u nich nejistota. Vaření nebo běžný nákup v obchodě se pro ně stávají čím dál složitější a proto u nich vzniká frustrace. Frustrační tolerance každého z nás je jiná a proto i jejím výsledkem mohou být různé pocity. Objevit se tak může úzkost, zlost nebo sklíčenost. Vzniklé příznaky toho, že není něco v pořádku, často kryjí, což způsobuje další problémy jako je lhaní, hádky, hněv příbuzných aj. Jsou i tací, kteří si nemusí svých problémů všimnout nebo je jednoduše příznaky netrápí a berou je jako součást normálního stárnutí. Odpověď na otázku, zda si člověk vždy uvědomuje, svou zhoršující se situaci není lehká. „*Výzkum prováděný mezi lidmi, kteří prožili nějakou dramatickou životní událost, a v jejím důsledku jim zůstalo psychické trauma, nás poučil, že psychika člověka je schopna vytvářet ochranou bariéru proti myšlenkám, které by mu působily příliš velkou bolest.*“ (BUIJSSEN,H., 2006)

3.4.2 Apraxie

„Apraxie neschopnost vykonat správný pohyb na základě slovní instrukce, neschopnost imitovat pohyb předvedený vyšetřujícím, neschopnost vykonat správný pohyb ve vztahu k viděnému předmětu, neschopnost správně zacházet s předměty.“ (JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., 2004) Znamená to, že již nedovede dělat zcela běžné, jednoduché úkony, jako je třeba používání příboru nebo vázání tkaniček.

3.4.3 Poznávání a agnózie

Poznávání známých věcí, je pro nemocné velmi těžké. Po většinu své nemoci, je nepoznávají vůbec. Jsou to známá místa, cesta domů i vlastní domov. Místo ve kterém žijí, neznají. Jejich příbuzní jsou pro ně cizí, nepoznávají členy své domácnosti. Nakonec nepoznávají i úplně základní věci. Neví, jak používat základní předměty.

Agnózie je neschopnost vnímat určité objekty. Známe například vizuální agnózi, což znamená, že člověk nedokáže vnímat určité věci zrakem. Ačkoli určitý objekt vidí, není schopen jej interpretovat. Je to tedy neschopnost vnímat smyslové vjemy i přesto, že smysly nemocného nejsou porušeny.

3.4.4 Afázie

„Afázie je porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením řečové dominantní hemisféry mozku.“ (JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., 2004) Poruchu nemusí způsobovat jen poškození mozku, nýbrž také různé psychické poruchy. Je to vlastně ztráta řeči, která provází člověka, zejména v pokročilejších stádiích demence. Může se projevat tak, že takto postižení nedovedou správně vyslovovat slova, mívají problémy s chápáním abstraktních vět. Příkladem mohou být třeba přísloví. Člověk používá zkomoleniny nebo se mu plete pořadí slov ve větě. Existuje několik druhů afázií. Nejčastěji se setkáváme s Broccovou afázií, což je porucha tvorby řeči, Wernickeho afázií, porucha porozumění řeči.

Pokud se jedná o poruchu tvorby hlasu, hovoříme o dysfonii. Dysartrie je porucha vyslovování. Problémy ve vyjadřování také souvisí s četbou a psaním. V takovém případě se pak setkáváme se dvěma pojmy. Alexie, což je ztráta schopnosti číst a agrafie, ztráta schopnosti psát. Všechny tyto symptomy způsobují různé reakce zasažených lidí. Jsou to deprese, apatie. Může se vytvořit paranoia (že je okrádají apod.). Jiní své problémy bagatelizují.

3.5 Problémy a změny v péči přicházející s výskytem AD

Jednou z nejčastějších potíží při výskytu Alzheimerovy nemoci, jsou poruchy nálady. Jak jsme si již uvedli, emoce takto nemocných lidí se velmi rychle mění, což ovlivňuje jejich náladu. Kromě depresivních stavů, o kterých jsme hovořili již na začátku, jsou to zejména stavy, kdy jsou agresivní nebo podezřívaví.

Pokud u někoho nastávají tyto stavy, je velmi těžké je zvládat. Zejména rodina se s nimi špatně vyrovnává a pro všechny zúčastněné je to velký psychický tlak. Jedna z rad, jak situaci zvládnout je zkusit se vžít do člověka s demencí. Jak bychom asi reagovali my, kdybychom několikrát denně zapomínali, něco ztráceli a hledali? Neustále by nás někdo musel opravovat, připomínat nám co jsme zkazili. Je jasné, že bychom byli naštvaní, měli vztek, že nám nic nejde, tak jak by mělo jít. To může vyústit až v agresi.

U dementních lidí to tak většinou bývá a opravdu není jednoduché tyto okamžiky zvládat. Pečující by totiž měli zachovat chladnou hlavu, jednat s rozvahou a pochopením. Pro nikoho, ale není lehké, zvláště pokud je psychicky vyčerpán nebo nějak podrážděn, zůstat v klidu. Projevy agrese mohou být různé. Zejména si pečující vyslechnou spoustu, leckdy i velmi silných, nadávek. Bohužel nadávky nejsou to jediné, s čím se může setkat při agresi, může se stát i obětí fyzických útoků, kdy se pacient chce prát, aby se ubránil něčemu, co si nepřeje.

„Agresivita je normální lidská reakce na obtížnou situaci, nástroj, který používáme v úsilí znovu získat kontrolu nad svým životem.“ (BUIJSSEN, H., 2006) Autor Huub Buijssen uvádí jako příčiny agrese frustraci, sníženou mentální schopnost nebo to, že agrese je reakce na smutek, nebo jinou významnou emoci. Poslední příčinu dle něj, můžeme hledat již v dětství, kdy jsme mohli hněv používat, jako výraz něčeho. (BUIJSSEN, H., 2006) Je přeci mnohem jednodušší projevit agresivitu než ukázat, že máme strach nebo si nevěříme.

Jakým způsobem se vyvarovat takto vznětlivým reakcím u dementního pacienta? Důležité je se snažit vyhýbat situacím, které toto chování vyvolávají. Může to být hlas pečujícího, tón jakým vyslovíme větu, pohyb, dotek, jak se tváříme. Pokud ovšem už něco takového nastane, zásadou číslo jedna je zůstat klidný, nenechat se rozhněvat. Člověk pak musí mít velkou trpělivost. Musí myslet na to, že nemocného tento stav brzy přejde. Uvědomit si, že to nedělá naschvál, že si vůbec neuvědomuje následky svého chování.

O agresivitě jsme zatím mluvili pouze negativně avšak má i svou pozitivní stránku. Vzhledem k tomu, že hněv a agrese je pro každého z nás obranný reflex, tak to, že je pacient

agresivní, není o tom, že je zlý a chce nám ublížit. Je to pouze projev jeho postoje k dané situaci. Brání se, nelíbí se mu co se s ním děje, nechce se vzdát. Ještě má kousky sebeúcty, svého já, může stále o nějakých věcech rozhodovat sám. Bojuje proti osudu, nechce se vzdávat. Na jednu stranu bychom měli být za tyto reakce rádi, protože signalizují jakýsi nemocného „boj o přežití.“

Dalším zmiňovaným problémem je velká podezřívavost, kterou oplývají. Díky tomu, co se kolem nich děje a oni nejsou schopni spoustu těchto situací pochopit, ztrácí důvěru v druhé. Stačí k tomu například zaslechnout rozhovor někoho, s kým žijí, s jinou osobou. Mohou slyšet jen jeho část a udělají si svůj vlastní závěr. „*Nedostatek informací spolu s úzkostí, nejistotou a pocity nedostatku bezpečí jsou ideální živnou půdou pro fantazie a smyšlené „plány“, jejichž hlavní zásada zní „druzí to se mnou nemyslí dobře, ale mě neoklamou“*“ (BUIJSSEN, H., 2006) Díky změnám ke kterým u těchto lidí dochází, se pro ně běžné záležitosti stávají naprosto nepochopitelné. Jsou to zamčené dveře v domě, který je jim „cizí“, to, že chceme, aby šli někam, kam on zrovna nepotřebuje. Nerozumí, proč ho tam vedeme. Neustále hledá svoje věci, protože už třeba nejsou, tam, kde je přesvědčený, že vždy byli. Často pak dochází k tomu, že třeba obviní své děti z krádeže, z toho, že je chtějí zabít nebo, že je drží pod zámkem a nepustí je. Dalším projevem podezřívavosti je třeba to, že jim chceme ublížit, že jsme něco udělali s jejich blízkými. Nepoznávají nás a jsme pro ně cizí, i když jsme syn nebo dcera dotyčného.

Pokud dojde k podezřívavosti, je dobré zjišťovat příčinu, tedy pocity, které ji vyvolaly. Samozřejmě si také musíme ověřit, zda jejich obvinění nejsou založena na pravdě, což se klidně může stát. Je důležité nezlobit se na něj, spíše mu pomoci zbavit se takových pocitů například tím, že s ním věc budeme hledat. Nemá smysl mu vymlouvat, že to tak není. Je také dobré nechat ho na chvíli samotného, aby se vyrovnal se situací sám. Je možné, že mu vadí naše přítomnost, která ho nutí myslet na ty „špatnosti“ kolem něj. Dobrou radou je nešeptat před ním, abychom nevyvolali podezření, že mluvíme o něčem, co nemá on sám slyšet. Informujeme také jeho blízké, přátelé, pečovatele o jeho podezřívavosti, aby byli připraveni reagovat.

Jednotlivé příznaky nemoci způsobují, ale i další problémy. Mezi ty zásadní řadíme noční neklid, toulání, problémové chování, což je například jejich závislost na jiné osobě

Závislost dementních lidí na jiné osobě je podmíněna jejich strachem, nejistotou a touhou po pocitu bezpečí. Pomoc pak hledá u toho, kdo o něj pečuje. Vidí na něm totiž, že ten člověk, na rozdíl od něj ví, co má dělat. Proto začínají být nervózní ve chvíli, kdy

vybraná osoba zmizí z jejich dohledu. To, že nás neustále někdo pronásleduje a stává se na nás závislý, velice narušuje soukromí každého z nás. Můžeme tomu předcházet, tak, když se pokusíme nemocného uchránit před pocity úzkosti, nejistoty, strachu. Snažit se, aby byl co nejvíce v pohodě a žil v hezkém prostředí. Pokud se nám nepovede tomu zabránit a staneme se těmi „oběťmi“ závislosti, je nutné vždy oznámit, co budeme dělat nebo kam odcházíme. Ujistit tak pacienta, že se vrátíme, neopouštíme ho.

Toulání, další ze závažných problémů, který pečovatелům i rodině způsobuje spoustu problémů. Typickou situací je, že když na chvíli nemocného pustíme z očí, tak zmizí. Odejde z domu, na procházku nebo něco hledat, protáhnout se, utéci. Jaké jsou příčiny toho, že odejdou? Je to útěk před prostředím, kde se nachází, chtějí uvolnit psychické nebo fyzické napětí. Hyperaktivita, kterou způsobují některé léky. Někteří z nich se vydávají hledat něco, co ztratili. Příbuzného, přítele, někteří hledají cestu domů, protože si myslí, že doma jsou jinde. Může to být i nějaký zdravotní problém. To je nutné řešit s lékařem. Řešení je pak tedy závislé na příčině toulání. Mohou jím být dlouhé procházky, vybití energie jinou aktivitou či léky na utlumení a uklidnění. Jiná opatření jsou například výměny zámků u dveří.

Pokud si někdo myslí, že večer, když pacienta uložíme ke spánku, tak vše skončí, ten se hodně plete. Mnoho z nich totiž v noci nespí nebo spí špatně a budí se. Pokud jsou vzhůru, tak se děje úplně to samé, co přes den. Příčina? V noci se probudí a nemohou spát, nechápou, proč leží v posteli, že je všude tma, kde jsou ostatní. Mají spoustu otázek. Nebo se mu už chce spát. Je známé, že večer, když jsme v klidu, jsou naše emoce mnohem intenzivnější než ve dne, kdy máme spoustu jiných starostí. Podobně to mají i tito lidé. Jejich silné emoce jim narušují spánek. Jedním z důvodů nespavosti je i úbytek neurotransmiterů v mozku. Jejich nedostatek způsobuje potřebu spánku a deprese. Pacienti tak prospí většinu dne a v noci pak nemohou spát. Je to typické zejména u Alzheimerovy choroby.

4. Sanace rodiny

4.1 Definice

„Sanace rodiny/podpora rodiny - postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen. V současnosti v západních zemích převažuje názor promítající se i do praxe sociální práce, že sanace rodiny by měla být metodou první volby u většiny případů, kdy je sociální služba kontaktována kvůli výskytu domácího násilí. Sanace rodiny však má mnohem širší pole působnosti, například jako postup doplňující léčbu závislosti u dospělých lidí. Práce s rodinou může mít formu podpora od zaškoleného dobrovolníka, terapie poskytované profesionálem celé rodině nebo někomu z rodiny v domácím či jiném prostředí, služby poskytované rodinám (např. docházka dětí do specializovaných denních center, přípravné vzdělávání dětí před vstupem do školy, docházka do mateřských a rodinných center).“ (BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., 2008) Tuto definici poprvé uvedl Oldřich Matoušek roku 2003.

Mezi klienty sanace patří celá rodina, která je nějakým způsobem sociálně ohrožena, nachází se ve špatné sociální situaci a díky tomu se u ní objevuje zvýšená míra stresu či frustrace. Tato rodina pak potřebuje nějakou podporu, jejíž složkou je právě sanace. Každý v této rodině prožívá situaci jinak, každý z nich má své specifické potřeby, což ovlivňuje kvalitu jejich fungování v celé rodině. Sanace rodiny je sociálně aktivizační službou poskytovanou rodinám. Je zařazena do služeb sociální prevence v zákoně o sociálních službách. Ty *„pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy z důvodu krizové sociální situace, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.“ (BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., 2008)*

Nejvíce těžkostí v sanování rodiny vzniká tehdy, když je očekávání vymizení problémů příliš velké. Například, když se čeká, že problémy úplně vymizí. Dále pak to, pokud se čeká, že zmizí problém hned. Někdy trvá velice dlouho, než se situace vyřeší a pomalé, ale kvalitní řešení je lepší než rychlé a neefektivní. Je důležité vymezit si s klienty rodiny průběh řešení, vymezit si cíle, kterých by se mělo dosáhnout. Vše záleží na tom, jak klient sám bude na situaci pohlížet a plnit doporučení, které mu jsou sděleny.

4.2 Cíle

Cílem je pomoci rodině překonat jejich nepříznivou životní situaci a chránit tak společnost před nepříznivými jevy. Měla by eliminovat, zmenšovat nebo i předejít vzniku ohrožení rodiny a poskytovat podporu v zájmu jejího zachování. Měla by posilovat dobře fungující rodinné funkce.

4.3 Rodina

4.3.1 Definice

„Společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“ (HARTL, P., 2004) Rodina je základní jednotkou lidské společnosti. Pro každého z nás je velice důležitá. Pomáhá nám vytvářet naši osobnost. Pokud rodina funguje tak jak má, přináší nám pocit jistoty, bezpečí. Ve chvíli, kdy nějaký člen potřebuje pomoci, nachází se v nějaké složité životní situaci, obracíme se právě na ni. Očekáváme její pomoc a podporu. *„V současnosti by bylo v našem typu společnosti přiměřenější než o rodině mluvit o rodinném soužití lidí. Jádrem tohoto soužití, pokud spolu dospělí žijí, je citová vazba mezi nimi.“* (MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H., 2010)

Dříve se rodiny zakládaly hlavně kvůli zvětšování populace. Dnes jsou již zakládány pro potřebu partnerů uspokojit své citové potřeby. *„Protože city představují velmi křehké pouto, stala se rodina velmi křehkou institucí“* (MATOUŠEK O. a kol., 2008) Dnes se člen rodiny snaží splnit si své osobní cíle a tím jsou ty společné oslabeny. Neohlíží se na vzájemné chápání potřeb. Sociální vazby pak bývají přetrhány a tím se rodina stává v podstatě dysfunkční. To je také příčinou čím dál tím větší rozvodovosti. Ačkoliv dochází stále více k odmítání mezigeneračního soužití jak ze strany mladých tak starších občanů, tak stále chtějí být blízko sebe, kdyby potřebovali pomoci. *„Česká rodina si nadále zachovává citovou vazbu, prarodiče se podílejí na řešení manželských krizí svých dětí. Jsou to babičky a dědečkové, kteří stále pomáhají při výchově vnoučat a přinášejí finanční podporu.“* (KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008) Ti pak na oplátku počítají s tím, že se o ně rodina postará, až budou nemohoucí. Mladá generace by neměla zapomínat na to jak je pro jejich blízké stáří těžké a že i oni jednou zestárnou a snažit se jim věnovat v rámci všech svých možností. Staří si většinou neřeknou o pomoc, nestěžují si na to, jak se cítí sami a opuštění, aby nezatěžovali životy své rodiny. Ta by měla sama dbát o to, aby se jejich blízcí tak necítili.

Pospolitost rodiny je velice důležitá pro každého člena tohoto soužití. Bez ní se člověk cítí osamělý a to má dopad na jeho psychický stav. Každá rodina má své hodnoty, zásady a ty vytváří na základě svého přesvědčení. Ty pak předává dál prostřednictvím výchovy svých dětí a vytváří, tak nové osobnosti. „*Rodina je instituce, kterou formuje civilizace, kultura i společnost.*“ (MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H., 2010) Existuje několik typů rodin. Ten nejideálnější je rodina nukleární, tedy otec, matka a děti. Ovšem ani ta nemusí fungovat správně a uspokojovat potřeby ostatních. I přesto, že by měla být nukleární rodina jednou z nejčastějších, v poslední době tomu tak není. Objevují se čím dál častěji matky samoživitelky nebo rozvedené páry nebo také rodinu tvoří více generací. „*Schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na tom, jak je rodina napojena na své sociální okolí.*“ (MATOUŠEK, O., 2003) Říkáme tomu sociální síť rodiny. Sem patří příbuzní nebo i lidé co s rodinou úzce spolupracují. Jak takováto síť funguje, se pak ukáže ve chvíli, kdy se vyskytne nějaká závažná rodinná událost. Orientační rodina je ta, do které se člověk narodil a prokreační, kterou sami vytvoříme. Dalšími typy jsou rozšířená rodina, tedy rodina nukleární a další příbuzní. Funkční je taková, co plní všechny své funkce, a u dysfunkční, některá funkce schází. Afunkční je neplní vůbec.

4.3.2 Funkce

„*Až do 18. století byla v Evropě rodina společenstvím, které své členy zajišťovalo ekonomicky, poskytovalo jim vzdělání a péči v době nemoci či ve stáří.*“ (MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H., 2010) Dnes jsou za základní funkce rodiny považovány tyto. Výchovná a socializační, díky nim se utváří naše osobnost. Ekonomická, tedy zajištění materiálních hodnot, domestikační, což nám přináší pocit, že se máme vždy kam vrátit, vytváří nám zázemí a bezpečí domova. Dobré prostředí a pohodu. Pocit, že někam patříme. Dalšími funkcemi jsou podpůrná, emocionální, ochranná, zájmová a nakonec biologicko-reprodukční, z jejichž názvu vyplývá, co by nám měly poskytnout. Ve většině není možné rodinu nahradit někým jiným.

Je potřeba, aby se na plnění těchto funkcí podílela rodina celá, to znamená se všemi svými členy. Pokud některá z nich nefunguje, tak rodina nemůže být plně funkční. Takové rodině se říká dysfunkční. Ve chvíli, kdy chybí některá funkce rodiny, přichází problémy, které mají dopad na celé rodinné soužití a zejména na jednotlivé osoby.

4.4 Legislativa a péče v rodině

Rodina může získat pro člověka, který je jakýmkoliv způsobem závislý na jiné osobě, která o něj musí pečovat, z důvodu jeho zdravotního stavu, příspěvek na péči. Ten je určen na náklady vynaložené pro jeho péči. Neměl by sloužit potřebám pečujícího. Výši příspěvku určuje stupeň závislosti dotyčného. Stupně jsou čtyři a ty jsou lehká, střední, těžká a úplná závislost. Závisí to na tom, kolik úkonů nedokáže vykonat sám, bez jakékoli pomoci. Pokud potřebuje pomoci, při více jak 12 úkonech jedná se o stadium lehké.

Pro určení dalších stupňů závislosti je to více jak 18, 24 a 30 úkonů, které nedovede vykonat sám a potřebuje pomoc jiné osoby. Tyto hodnoty se ještě liší, pokud se jedná o člověka do 18 let. Počty úkonů, které nedovede vykonat člověk sám, jsou 5 a více, kdy se jedná o stadium lehké, dále pak 10, 15 a 20 úkonů, kdy se jedná o úplnou závislost. Pokud jsou osoby mladší 18 let, jedná se o částky 3000Kč, 5000Kč, 9000Kč, 11000 Kč. Nad 18 let to jsou pak částky tyto 2000Kč, 4000Kč, 8000Kč, 11000Kč. O tento příspěvek je možné zažádat na odboru sociálních věcí obce, ve které občan žije. Posouzení nároku na příspěvek na péči můžeme zjistit buď rozhovorem s pacientem nebo pečovatelem, nebo pak dotazníkem, který vyplní pacient nebo pečovatel.

V zákoně č. 94/1963 Sb., tedy v zákoně o rodině, najdeme informace o tom, že dítě má povinnost vypomáhat svým rodičům dle svých možností a přispívat na společné potřeby. Jsou také povinni zajistit rodičům výživu, pokud to potřebují. Mají tedy vyživovací povinnost a to nejen ke svým rodičům, ale i k těm členům své rodiny, o které se nemůže starat nikdo z nejbližší rodiny.

5. Možnosti péče o člověka s AD

5.1 Péče v rodině

Jedním z typů péče o člověka s demencí je péče v rodině. Pro takto nemocného člověka je nejlepší, co nejdéle zůstat v domácím prostředí. Je důležité, aby nemocný byl co nejdéle mezi svými blízkými, které má rád. Pro rodinu je velice těžké vyrovnat se s tím, že o daného člověka přichází. V podstatě celou dobu jen očekávají blížící se smrt a snaží se poslední chvíle života svému blízkému zpříjemnit. Ztrácí svého milovaného člověka a musí se vyrovnávat se spoustou změn, které s nemocí přichází. Kromě toho, že se jim někdo blízký mění před očima, se mění celé jejich životy. Nemoc má největší dopad právě na rodinu.

Pečující rodina zažívá s příchodem nemoci obrovskou životní zkušenost, kterou je velmi těžké zvládnout. Nemocnému obětují velmi mnoho ze svých životů, zvláště pokud se jedná o člověka v pokročilejších stádiích demence. Špatně se vyrovnává s tím, že ačkoli je to jejich blízký, stává se nakonec někým jiným, s kým už se nedokážou na ničem domluvit. V podstatě se ještě za jeho života musí po celou dobu vyrovnávat, s jeho blížící se smrtí.

Jak vůbec vnímá rodina příchod tohoto onemocnění? Jak již bylo v práci řečeno, zpočátku si rodina nemusí ničeho všimnout. Jen sám nemocný ví, že se něco děje. Později si všimnou, že více zapomíná, je zmatený. Tyto příznaky však většinou připisují normálnímu procesu stárnutí. Nakonec je již dotyčného situace v takovém stádiu, kdy o něj rodina začíná mít strach. Zjišťují, že již přestává být schopen se sám o sebe starat, mají obavy o to, aby si třeba neublížil. Poté následuje rozhodování, jak situaci řešit. Někdo se musí o dotyčného postarat. Pak nadchází otázky, zda jsou schopni starat se o něj sami nebo zda zvolí nějaké zařízení pro takto nemocné. Pokud se rozhodne rodina starat se o něj doma, přichází teprve to nejtěžší.

Nejideálnější je zvolit si možnosti obojího. Starat se o něj v domácím prostředí a zároveň využít pomoc nabízenou státem. Vzniká pak v podstatě „nejideálnější“ situace v péči o nemocné. Avšak pokud se rodina rozhodne pečovat o člověka pouze za pomoci svých členů, stávají se sami obětí celé situace. Nejen tedy, že se musí vzdát svých životů, ale nemoc je ničí jak psychicky tak fyzicky. Provází je spousta emocí. Je to zejména beznaděj z toho, že ačkoliv pomáhají, nemohou pomoci úplně. Nevěří tomu, co se kolem nich děje. Cítí hněv, zármutek a spoustu dalších, v tomto smyslu, negativních pocitů. Jsou vyčerpaní, rozladění. Ať se snaží sebevíc, jednoho dne přestanou situaci zvládat.

Přichází pak velmi složité rozhodnutí. Musí určit jak postupovat dále. Ačkoliv je to složité rozhodování, nakonec spousta z nich volí institucionální péči, která je pro leckteré nemocné, nezbytná.

Uvedeme si příklad toho, jak může vypadat, když se v rodině Alzheimerova nemoc vyskytne. Zpočátku se neděje nic zvláštního. Dotyčný občas na něco zapomene, nevzpomene si třeba na jména. Později jemu samotnému připadá, že se něco děje, ale má strach to přiznat a tak to skrývá. Rodina si nejprve ničeho nevšimá, přijde jim to normální z hlediska věku dotyčného. Jednoho dne se, ale stane, že onen člověk nenajde cestu domů i přesto, že trasu důvěrně zná. Může zapomenout na to, že si natáčí vodu do vany, a při té příležitosti vytopí sousedy apod. Pak začne věc řešit rodina, kdy zjišťují, že se situace stává vážnější. Nakonec nastane den, kdy je jasné, že již nemůže žít sám a potřebuje určitý dohled.

Zde přichází první rozhodování. Kdo se o něj postará? Povětšinou tento úděl padne na někoho z rodiny. Nejprve to jde docela dobře. Později začne být situace vážnější. Pečující se často musí vzdát svého zaměstnání, koníčků, přátel. Jeho život se mění. Aby se nemocný cítil co nejlépe a měl dostatečnou péči, pečující se pro něj obětuje. I když je rodina, kde nemocný žije plně funkční, mohou nastat problémy a konflikty mezi jednotlivými členy. Ti ztrácí soukromí, pohodlí a spoustu dalších věcí. Díky tomu, co se s nemocným děje, dopadá na rodinu velký tlak. Vzniká pak velká směs emocí, o kterých jsme se již zmiňovali. Hlavním bodem celého chodu rodiny i domácnosti se stává ten, kdo trpí Alzheimerovou nemocí. Ostatní věci musí jít stranou. Jsou plně závislé na potřebách druhého člověka. Jejich život se řídí životem jiným.

Rodině nepomáhá ani to, že nikdo jiný než oni nechápe, co všechno tato péče obnáší. Nikdo si to nedovede představit, nevidí situaci tak černě. Když totiž rodinu navštíví, tak je dotyčný povětšinou úplně jiný než kdykoliv jindy. Nemohou proto sdílet své problémy, tak jak by potřebovali.

5.2 Péče v instituci

Na péči v instituci dochází ve chvíli, kdy už rodina není schopna se postarat sama. V ústavních zařízeních pracují zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, lékaři, rehabilitační sestry nebo pečovatelky. Toto konečné rozhodnutí přichází hlavně tehdy, když už jsou stávající pečovatelé na pokraji všech svých sil. Do instituce jsou pak nemocní umístováni až ve chvíli, kdy je situace neudržitelná. Povětšinou je to na doporučení lékaře.

Rodinným příslušníkům se z části velmi uleví, pokud nechají umístit svého blízkého do nějaké instituce. Po tomto rozhodnutí je ovšem provází myšlenky na to, že se ho jaksi „zbavili“ a situaci sami nezvládl. Trápí se dál. Stále přemýšlí nad tím, co mohli udělat lépe a neudělali a že to měli vydržet déle. V instituci se přece nepostarají tak dobře, jako oni doma. Mají špatné svědomí a mají strach, zda o ně bude dobře postaráno. Trápí je jejich vlastní selhání. Často je to až do doby, dokud dotyčný nezemře a leckdy i dlouho potom člověka svírají pocity viny.

Ano, pravdou je, že doma je vždy nejlépe, ovšem i zde, je situace nakonec nezvladatelná a péče v instituci, je tím nejlepším rozhodnutím, které můžeme učinit. Institucionální péče není tak dobrá, jako péče v dobře fungující rodině. Výhodou ale je, že zde fungují různé aktivizační programy, terapie, které zvyšují kvalitu života seniorů. Instituce oproti rodině, přináší pozitiva zejména v tom, že nabízí péči mnoha specialistů, jako jsou třeba lékaři, tudíž je člověk pod neustálým lékařským dohledem. Pacientovi tedy instituce poskytuje stálou odbornou péči, kterou mu doma poskytnout nikdo nemůže.

Instituce samozřejmě musí úzce spolupracovat s rodinnou. Tato spolupráce je velice důležitá pro správné fungování celého dalšího procesu a také pro určování dalších postupů. Profesionální pečující by měli rodině pomáhat nejen prakticky, ale poskytovat i rady, doporučení, spojené s velkou oporou. Pokud rodinu trápí pocity viny, je třeba jim pomoci se ho alespoň částečně zbavit. To mohou udělat například tak, že ho v instituci zapojí do jejich práce.

Kromě pomoci rodině má profesionální pečující i další důležité úkoly. Zejména by měli kromě základní péče o klienta jako je poskytnutí jídla nebo pomoc při sebeobsluze, také dbát na ostatní potřeby pacienta. Kromě uspokojení těch fyziologických, má také psychické a duchovní. Měli by umět vypořádat, co se s ním děje. Zda ho něco nebolí nebo něco nepotřebuje, zda má nějaké přání. Snažit se být mu nablízku a pokusit se mu vyhovět i přesto, že již nedokáže sám říci, co přesně je mu příjemné a co chce nebo nechce. Pokud toto

nedovede specializovaný pracovník odhadnout, může nemocnému způsobovat další problémy, další trápení, které vedou k zhoršování jeho stavu. Respektujeme všechna pacientova přání.

Velice důležité je také, aby všechen personál od ředitele až po pomocnou sílu vycházel dobře s pacienty. Mnozí z obyvatel instituce se často cítí osamocení a mají potřebu mít někoho na blízku, s kým si mohou v případě potřeby popovídat nebo ho o něco požádat. Každý z pracovníků by se jim měl snažit vyhovět. Proto je důležité, aby i uklízečka měla dobrý vztah s obyvateli a naslouchala jim. Pro samotný personál bývá proto také velmi těžké, vyrovnávat se se smrtí jejich pacientů. Je to pro ně také velmi těžké období, se kterým se musejí srovnat. „*Základním cílem pomoci je zachovat autonomii člověka a dělat všechno pro to, aby mohl prožít závěr svého života po svém.*“ (PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., 1998)

Je důležité si v této kapitole uvést, i jaké typy institucionální péče ČR nabízí lidem s Alzheimerovou chorobou a povědět si něco o tom jak fungují. Centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, lůžková zdravotnická zařízení a hospice. Všechna tyto zařízení mohou rodiny využít po své blízké.

Centra denních služeb, poskytují denní programy seniorům, častokrát spojené se stravováním. Řadí se mezi ambulantní služby a jsou určena osobám s chronickým duševním onemocněním nebo zdravotním postižením, které potřebují dohled jiné osoby, z důvodu snížené soběstačnosti.

Denní stacionáře nabízí ambulantní péči klientům, kteří nejsou schopni žít zcela sami a potřebují určitý dohled. Po celý den se jim věnují pracovníci centra. Probíhají zde různé terapie, výlety apod. Je zde připravený celodenní program, který má za úkol pomoci klientovi k lepšímu trávení času, aktivitě a celkového zlepšení jeho stavu. Poskytuje také úlevu těm, co o ně pečují doma. Ti svého blízkého ráno přivezou a v odpoledních hodinách si ho opět vyzvednou. Většinou je v nabídce denního stacionáře i služba, poskytující dopravu klientům do stacionáře nebo zpět domů. Týdenní stacionáře fungují stejně jako stacionáře denní. Nabízí ovšem i pobytové služby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují služby klientům, které díky svému zdravotnímu postižení nejsou schopni plné soběstačnosti a potřebují pomoc jiné osoby. Jsou to zařízení pobytová. Na stejném principu fungují i Domovy pro seniory. Ty jsou určeny klientům, kteří se díky věku stávají méně soběstační a taktéž potřebují dohled jiné osoby. Je zde poskytnuta zdravotnická péče, kterou většina z nich potřebuje.

Domovy se zvláštním režimem. V zákoně č. 108/2006 Sb., tedy zákoně o sociálních službách, najdeme následující definici pro tato zařízení: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“

Lůžková zdravotnická zařízení, sem patří zejména léčebny dlouhodobě nemocných, které poskytují péči chronicky nemocným pacientům, kteří potřebují neustálý zdravotnický dohled. Doba pobytu se velice liší. Někdo odchází po měsíci, někdo v zařízení zůstává několik let. Jde zde většinou o přeložení rovnou z nemocnice.

„Hospic je specializované zařízení, které poskytuje tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší.“ (Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory, 2005) Pacient se sem dostává ve chvíli, kdy už není možnost jiné péče. Jsou určeny již umírajícímu člověku.

„Ústavní péče by měla mít tolik forem, aby byla možnost volby a plynulého přechodu od bydlení až k ošetrovatelské péči na lůžku.“ (MATOUŠEK, O., 1995) Velkým problémem ústavní péče u nás je velké přetížení ústavů z hlediska volných míst. Starých lidí, co by potřebovali tento typ pomoci, stále přibývá a místa v ústavech nejsou.

5.3 Terapie

5.3.1 Kognitivní terapie

Je tréninkem základních kognitivních funkcí, kterými jsou paměť, myšlení, intelekt, řeč, pozornost apod. Je důležitá k procvičování těchto dovedností a samozřejmě co nejdelšímu možnému fungování zmíněných funkcí. Tato terapie je vhodná zejména pro zdravé seniory nebo ty, co mají mírnější poruchu kognitivních funkcí. Není vhodná pro lidi trpící střední a hlavně těžkou demencí. Většinou už nedovedou jednotlivé úkoly zvládat a často jim spíše ubližuje. Cítí se méněcenní, vyřazení ze skupiny, podléhají depresím. Mezi příklady kognitivní terapie patří různá cvičení paměti typu, co je dnes za den?, kolikátého je? Vymýšlení slov se stejným kořenem. Povídání o obrázcích. Jazykolamy. Doplnění přísloví aj. Existují některé publikace, kde můžeme najít spousty typů na takováto cvičení.

5.3.2 Reminiscenční terapie

„Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starým člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.).“ (JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010) Probíhat může opět jak skupinově tak individuálně. Pro lidi s demencí se hodí velmi. Je pro ně důležité někam patřit, necítit se osamělý, zachovat si identitu, připomínat si hezké věci, aby se cítili dobře. Zde se vytváří skupina, kde každý zúčastněný má svou roli, prostor pro vyjádření. Není ovšem nutné, aby se vyjadřovali všichni, nikdo by se neměl nutit do vzpomínání. Je známé, že staří lidé rádi vypráví o tom, co bylo a velmi jim pomáhá, když je někdo poslouchá a má zájem o jejich vyprávění. Dalším kladem této terapie je, že pomáhá ošetřujícím zjistit, to co nedovedou pacienti sami vyjádřit. Například z čeho mají strach, o čem je lepší s nimi nemluvit apod. Velmi zajímavou a užitečnou pomůckou je tzv. vzpomínková krabice nebo kufr. Je to krabice, do které se dá to, co měl klient nejradši, co mu připomene minulost. Jsou to fotografie, předměty připomínající důležité etapy v životě nebo také věci se specifickou vůní apod. Některé instituce také vytváří různé speciální pokoje pro reminiscenční terapii, které bývají vybaveny předměty z dřívější doby, tedy předměty, které vyvolávají ve starých lidech vzpomínky. Člověku, který takovou terapii vede, se říká facilitátor. Samozřejmě to není jen o vzpomínání na hezké věci, lidé si často zavzpomínají i na špatná období jejich života, vznikají pak tedy dohady o tom, zda je vůbec tato terapie tím správným přístupem k pomoci lidem.

Reminiscence je validační metodou. Co znamená pojem validace? *„Jde o přístup vycházející z humanistické psychologie, opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání.“* (MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P., eds, 2005) Je důležité, aby se i lidé s demencí vyrovnali se svou minulostí a životem. Protože právě minulost může způsobovat chování, kterému ostatní nemusí rozumět. Sociální pracovník pak musí zjistit příčinu takového chování a pracovat na jejím řešení. Důležité je vnímat všechny projevy pacienta s demencí. Vcítit se do situace, naslouchat a pozorovat. Komunikovat s ním, přijímat jeho emoce a i „jeho svět“. Nesnažit se vracet ho do reality, ale pochopit to co vidí on. S tímto vším pak musí člověk pracovat, aby dokázal nemocnému pomoci. Pomáhá tím i sobě. *„Validací pomáháme obnovovat pocity vlastní ceny, dodáváme sílu a podporujeme to, co je v člověku zdravé.“* (MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P., eds, 2005)

5.3.3 Kinezioterapie

Je zaměřena na udržení funkčnosti svalů a je dobrá i k předcházení nějakého problémového chování. Jsou to různá cvičení zejména na židlích v kruhu. Je důležité, aby na sebe všichni viděli. Mohou se napodobovat a vzniká tak lepší pocit pacienta, protože není vystrčen z kolektivu. Dále sem patří procházky a součástí je i taneční terapie. *Podle názoru Americké asociace pro taneční / pohybovou terapii „...se jedná o psychotherapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka.“ Taneční terapie je nyní uznávanou metodou rozšířenou po celém světě“* (HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol, 2007)

5.3.4 Pet terapie

V knize *Mylý princ*, od Antoine de Saint Exuperyho, najdeme kapitolu XXI- o lišce:

Liška zde vysvětluje Malému princovi, co znamená si někoho ochočit: *„Je to něco, na co se moc zapomíná. Znamená to vytvořit pouta. Ty jsi pro mne jen malým chlapcem podobným statisícům malých chlapců. Nepotřebuji tě a ty mě také nepotřebuješ. Jsem pro tebe jen liškou podobnou statisícům lišek. Ale když si mě ochočíš, budeme potřebovat jeden druhého. Budeš pro mne jediným na světě a já zase pro tebe jedinou na světě...“* (DE SAINT EXUPERY, 2010)

Vytvořit si s někým nebo něčím pouto je velice důležitou součástí života každého z nás. Petterapie nebo také animoterapie je terapie pomocí zvířat. Nejčastěji jsou pro tuto terapii používáni psi, hovoříme tedy o canisterapii. Dále je to pak felinoterapie, práce s kočkami, hippoterapie, léčba pomocí koní. Člověk se o zvíře stará, což mu zlepšuje kognitivní i emocionální funkce. Zlepšuje stav klienta zejména po stránce psychické, protože zmírňuje deprese, úzkostné stavy, člověk se cítí více uvolněný, klidný. Lidé mají za něco odpovědnost, tvoří se citové pouto.

5.3.5 Arteterapie

Její součástí je malování, kreslení, vyrábění, vytváření, modelování, skládání, ale i poslouchání hudby. Pomáhá procvičovat motoriku pacientů. Pomáhá zvyšovat sebevědomí, zlepšovat kreativitu a vypořádávat se se změnou jejich zdravotního stavu.

5.3.6 Dramaterapie

Zde se procvičuje prakticky vše co je potřeba. Její součástí bývají ostatní terapie. Patří sem čtení, zpěv, hraní, procvičování paměti, učení se nazpaměť, pohyb, tanec apod.

5.3.7 Muzikoterapie

Ta slouží k práci s hudbou, se zvuky. Je známo pravidlo že „hudba léčí“. Bývá součástí ostatních terapií, ale samozřejmě je požívaná i jako samostatná terapie. Zvyšuje sebevědomí, protože *„texty písní či známá říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v jeho podvědomí nejdéle.“* (HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol, 2007) Muzikoterapie může být jak aktivní, kdy se pacient zapojí aktivně - tanec, zpěv, hraní na hudební nástroj apod. anebo pasivní, kdy se hudba stává jakýmsi podkladem pro nějakou jinou činnost jako je třeba vzpomínání, vaření a jiné aktivity.

5.3.8 Ergoterapie

Slouží k posilování soběstačnosti u pacientů s demencí, k udržení jejich vlastní sebeobsluhy. Tento typ terapie je dodnes vnímán jako léčba prací. Ta je sice její součástí, ale má mnohem širší působení. *„Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality jejich života.“* (HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., 2003) Ergoterapeut udělá klientovi různá vyšetření, ty zjistí, které funkce je potřeba nejvíce procvičovat. Provádí také nácvik každodenních činností. Sestaví plán, podle kterého pracuje, vymezí cíle, které mají dosáhnout toho, aby kvalita života nemocného byla co nejlepší. V roce 1995 vznikla v Ostravě Česká asociace ergoterapeutů, která má za úkol informovat širokou veřejnost o rozvoji ergoterapie v České republice.

6. Pomoc pečujícím rodinám

Důležité je samozřejmě pracovat nejen s klienty, ale hlavně o ty kdo o ně pečují a jejich rodinné příslušníky na které je vyvíjen obrovský nátlak. Jsou vystaveni velké zátěži. Vzhledem k tomu jak ovlivňuje pacient jejich životy, nejsou pak většinou sami schopni vykonávat svou práci a jejich kvalita života je celkově snížena. Pro tyto lidi existuje také několik druhů pomoci, jako je ulehčení práce člověku doma. Různá setkání pečujících osob apod. V ČR je nejdůležitější institucí zabývající se touto problematikou, Česká Alzheimerovská společnost, které bude věnována také jedna část této práce.

6.1 Rady jak s nemocným komunikovat

Velmi zásadní při péči je, jak s těmito pacienty komunikovat. Komunikace je velice důležitá pro každého z nás. Vyjadřujeme jí prakticky všechno, co chceme sdělit. Takováto vyjádření může být psanou nebo mluvenou formou. Komunikujeme i gesty, postojem, mimikou. Dělíme ji tedy na verbální a neverbální.

Pacient s demencí má velké potíže se vyjadřovat i chápat, co mu chtějí sdělit ostatní. Aby komunikace probíhala správně, musí fungovat jak ten, co sděluje informaci tak i ten co ji přijímá. Jejich podíl by se měl vyrovnávat. To, ale u takto nemocných neplatí. Nedokážou přijímat ani sdělovat, tak jak je potřeba a sdělující, tak musí vynaložit mnoho energie.

Komunikace je velice důležitou součástí života každého člověka. To, že si máme, s kým popovídat, je jednou z nejdůležitějších potřeb každého z nás. Zejména pak staří lidé, kteří žijí sami a nemají možnost si s někým pohovořit. Pro ně je komunikace s jinou osobou leckdy jedinou denní radostí.

Existují určitá pravidla, která nám alespoň trochu pomohou ulehčit situaci při péči. Je důležité mluvit s nimi, když kolem nás nejsou žádné rušivé elementy. Příkladem je třeba zapnutá televize nebo rádio. Nemluvit na ně, když jim stojíme za zády nebo z jiné místnosti. Hlavním pravidlem je oční kontakt, aby věděl, že mluvíme s ním, že to co říkáme, se týká jeho. I když nemusí rozumět tomu, co mu říkáme, to, že se mu díváme do očí, pro něj může mít velký význam. Pokud s ním mluvíme, hovoříme stručně a jasně. Neměli bychom mu dávat vybírat z několika možností. Ptát se ho jestli chce k obědu to nebo to nebo jestli chce dělat to či ono nemá žádný smysl. Nechápe, nerozumí. Neví, co je pro něj správné nebo dobré.

Při rozhovoru se věnujeme pouze dotyčnému člověku. Neobracíme se na jiné nebo neděláme jinou činnost. Zkrátka bychom měli mít na rozhovor dostatek času. Stejně tak je

důležité, pokud mluvíme o člověku, nemluvit o něm ve třetí osobě. Je dobré komunikovat směrem k němu, i když hovoříme s někým jiným o jeho osobě. Nešeptáme před ním. Mohl by u něj vzniknout pocit podezíravosti, ztrácíme tím pak jeho důvěru. Náš hlas by měl mít klidný a vyrovnaný tón. Člověk dovede do konce svého života, ať je na tom zdravotně jakkoli, vnímat melodii hlasu.

Když s námi hovoří, musíme být trpělivý, vyslechnout ho i přesto, že jeho výklad je nesrozumitelný. Pokud nám něco tvrdí a my víme, že to není možné. Nepřesvědčujeme ho o opaku, neopravujeme jeho slova.

Samozřejmě je nejlepší, pokud se na člověka co nejvíce usmíváme (pokud je takovýto výraz vhodný). Náš hlas je pak příjemný na poslech, a pokud je pacient vystrašený, neklidný nebo dokonce agresivní, má uklidňující schopnosti. Je přeci pravdou, že i když telefonujeme, poznáme, když se člověk na druhém konci telefonu usmívá. Jak se tváříme, je velice důležité, protože i náš výraz nebo postoj, může člověku hodně říci. Stejně tak je důležitá řeč dotyků. To že člověka pohladíme po rameni nebo chytíme za ruku, leckdy hovoří za vše. Vždyť spouště lidí, kteří jsou smutní nebo ti, co se necítí bezpečně, stačí jen obětí k tomu, aby se cítili dobře. Mimoslovně prostředky vyjadřujeme mnohem více informací než samotnými slovy. V komunikaci je jednou ze zásadních věcí i náš postoj a vzdálenost od toho, kdo přijímá naše sdělení. Můžeme u něj být moc blízko, což mu bude nepříjemné, nebo naopak moc daleko, což může signalizovat náš odstup.

Dalším důležitým krokem k správné komunikaci, je oslovení člověka. Zejména pokud se takový pacient dostane do nějaké instituce nebo třeba i u lékaře, bývají oslovováni tituly „babi“ nebo „dědo“. Není to správné. I oni si zaslouží slušné jednání a zachování si určitého statusu. Pro svého lékaře přece není babička nebo dědeček, ale paní nebo pan Novotný. Stejně tak je důležité oslovovat ho tak, aby byli jaksi poznati jeho úspěchy. Jsou to třeba získané tituly. Zaslouží si přece respektovat pro to, co dokázali a díky jejich onemocnění, jejich zásluhy a tituly nezmizí.

6.2 Profesionální pomoc pečujícím

Každý, kdo pečuje o člověka s demencí, potřebuje pomoci při zvládnání této složité situace. Tedy není důležitá jen pomoc nemocnému, ale zejména těm, kdo se o něj stará. Někdy je péče o ně důležitější než o samotného pacienta. Tomu můžeme pouze poskytnout péči a zpříjemnit poslední chvíle života. Ačkoli je smutné to takto říci, takovému člověku již není pomoci a pouze čekáme na jeho smrt a tedy osvobození, jak jeho, tak těch, kdo pečují. Pečující se zanedbávají, jejich hlavním cílem je udělat vše, co je v jejich silách pro svého blízkého. Sami sobě se už ale nevěnují, nemyslí na sebe.

Pečující tady budou, ale po jeho smrti nadále. Oni se musí vyrovnat s tím, že tady již není a vrátit se zpět do svých běžných životů, což není lehké. Psychický i fyzický stav bývá v nepořádku i několik dalších let po smrti blízkého. Někteří lidé se s tím nevyrovnejí do konce života. Trápí je myšlenky na to, co mohli udělat lépe nebo jinak. Zda udělali vše, co bylo v jejich silách a zda to nebylo málo.

Tito lidé potřebují pomoc, ať již se jedná o osoby z rodiny nebo pečující z různých institucí. Protože toto onemocnění se skutečně týká všech, kterých s ním přišli na nějaký čas do styku.

Jednou ze služeb k odlehčení domácí péče je například péče respitní, která slouží k tomu, aby si člověk který se o klienta stará doma, mohl odpočinout nebo si zařídil vše potřebné. Znamená to, že sociální pracovník jde ke klientovi domů, kde mu poskytne potřebné služby. Tato služba patří mezi odlehčovací a měla by být vykonávána na základě zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten určuje, že by poskytovanou pomoc měla být při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Další možností pomoci jsou různé instituce zabývající se péčí o člověka s demencí. Ty poskytují různé programy a poradenství pro pečovatele. Poskytována je také finanční podpora v podobě příspěvků, o kterých jsme již hovořili v souvislosti s legislativou.

Velmi významnou pomocí je paliativní péče, která nastupuje ve chvíli, kdy už není možné pomoci a blíží se smrt. Tato péče má tři pilíře. „*Jednak je to filosofické přesvědčení, že smrt je součástí života, za druhé jde o etickou dimenzi-bezpodmínečnou úctu k životu jako*

k jedinečné a komplexní bytosti, třetím pilířem je praktická péče o fyzické pohodlí a psychologická podpora, která se poskytuje nasloucháním nemocnému.“ (PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., 1998) Zajímá se a pomáhá jak o umírající, tak i jejich blízké. Kromě toho, že pomáhá nemocným, aby si i ke konci života zachovali svou důstojnost, tak také dodává sílu pečujícím, vyrovnat se s blízcí se smrtí a následným truchlením. Jedná se zejména o naslouchání, ztišení bolesti a úzkosti, která toto složité období obnáší.

6.3 Psychická hygiena pečovatelům

Je třeba pamatovat na to, že čím lépe se bude cítit pečovatel, tím lépe se postará o nemocného. Vytvoří pak příjemnou atmosféru při péči, ve které se zajisté bude cítit lépe i pacient. Není tedy správné se zcela podřizovat svému blízkému, ale dbát také na své potřeby, které jsou stejně důležité.

Základem by pro nás měly být rady jak pečovat, které nám poskytuje literatura nebo specializované instituce, popřípadě zkušenosti jiných lidí. Když se alespoň pokusíme jimi řídit, můžeme si tím situaci ulehčit. Velice důležitá je podpora rodiny. Tedy nejen těch, kdo pečují, ale i ostatních členů rodiny. Velmi pomáhá, když se rodina dohodne na střídavé péči několika jejích členů. Pro pacienta je pak sice situace těžší, ale časem si na ni většinou navykne. Neizolovat se od ostatního světa a vypovídat se svým přátelům o svých pocitech. Není dobré pocity potlačovat, a pokud nás dostihnou ty špatné, je dobré nechat jim volný průběh a nebrat to jako selhání.

Musíme si nechat prostor pro sebe a pro své koníčky. Určit si čas a den, kdy se jim budeme věnovat, čímž předejdeme pocitům viny a nemělo by nás pak tížit svědomí, že nejsme se svým blízkým. Musíme myslet také na to, že nikdo z nás není dokonalý a ani tak naše péče nebude. Je důležité snažit se vyhnout pocitům selhání. Není dobré se bát požádat o pomoc profesionály ve chvíli, kdy nám síly nestačí. Nikdo nám nemůže mít za zlé, že už je pro nás situace neúnosná a o cizí pomoc žádáme. Dobré také je, soustředit se na pozitiva, která péče přináší. Hezký pocit z toho, že někomu pomáháme nebo se nám něco povedlo, je také důležitý. Nesmíme se kvůli této situaci trápit příliš.

Pokud si všechna tato pravidla shrneme, dojdeme k závěru, že nejdůležitější na tom, aby se pečující úplně nezhroutil, je uvědomit si celou situaci opečovávaného. Zjistit si co nejvíce informací o demenci a možnosti jejího řešení. Posoudit, co je pro jeho blízkého důležité a co nikoliv a podle toho uspořádat svůj život, tak aby vyhovoval oběma stranám. Aby byly vyplňovány, jak potřeby pacienta tak pečujícího. Když se nám alespoň polovina

ze všech dobře míněných rad povede vyplnit a budeme se jich stále držet, naše i pacientova situace se o mnoho procent vylepší. Naše psychická i fyzická kondice si udrží alespoň z části svou dobrou formu a péči zvládneme lépe.

6.4 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) je jednou z organizací zabývajících se pomocí lidem s demencí a jejich rodinné příslušníky. Jejím cílem je podporovat osoby, které byly onemocněním zasaženy, podporovat. Vznikla roku 1996 a zaregistrována byla občanským sdružením počátkem roku 1997. Její vznik je podmíněn setkáváním různých specialistů, jako jsou sociální pracovníci, lékaři, sestry nebo i studenti sociální práce, které tato problematika zajímala. Najdeme ji v Praze v Kobylisích a sídlí v prostorách gerontologického centra, jehož je součástí. Vychází z potřeb osob s demencí a jejich pečovateli. Služby, které poskytuje, jsou sociální služby, vzdělávání, konzultace a certifikace Vážka. Mezi sociální služby patří konzultace pacientům a jejich rodinným příslušníkům a respitní péči. V oblasti vzdělávání, je možno se zúčastňovat přednášek, které jsou běžně přístupné veřejnosti. Služba konzultace poskytuje poradenství profesionálům. Certifikace Vážka se pak zaměřuje na kvalitu zdravotně sociálních služeb pro lidi trpící demencí.

Česká alzheimerovská společnost vytváří také několik projektů a některé si zde představíme. Svépomocné skupiny neboli Čaje o páté, jsou to skupiny, které podporují pečující rodiny. Jejich název plyne z toho, že se již několik let schází jednou za čtrnáct dní, vždy v pět hodin a nabízí klientům posezení u čaje a jiné občerstvení. Rodinní pečovatelé se zde schází a povídají si o svých zkušenostech. Poskytují si různé rady a získávají tím nové informace i pohled na jejich situaci. Občas je pozván i nějaký odborník, s kterým je možné si o problémech pohovořit.

Dalším projektem je Bezpečný návrat. Je určen lidem, kteří často bloudí a neví kudy domů. Pomáhá jim k tomu náramek, který obdrží po zápisu do projektu a který je vybaven identifikačním kódem a telefonem na českou alzheimerovskou společnost. Díky němu ho pracovníci společnosti naleznou a informují jejich blízké.

Tanec pro seniory umožňuje rekvalifikaci profesionálním tanečnickům, tak aby se mohli věnovat práci se seniory. Kvalifikaci si mohou rozšířit i sociální nebo rehabilitační pracovníci, kteří se seniory pracují, aby své dovednosti mohli využívat při práci s nimi.

Toulky paměti a duší, členové tohoto projektu se pravidelně schází, aby zavzpomínali. Je určena hlavně klientům první fáze demence a pomáhá jim se s nemocí vyrovnat. Poskytuje jim psychosociální podporu.

Dny paměti, slouží ke zjištění stavu paměti seniorů. Včasné zjištění problémů s pamětí, může objevit vznik Alzheimerovi nemoci, popřípadě její včasnou a správnou léčbu. Včasná diagnóza a léčba nemoci, dokáže průběh zpomalit. Česká alzheimerovská společnost má určitá kontaktní místa, kde je možné si nechat udělat vyšetření paměti. Vyšetření probíhá pomocí testů, které předkládají proškolení pracovníci. Pokud se problémy objeví je nutné vyšetření u psychiatra, neurologa nebo geriatra. Ti pomocí dalších testů zjistí příčinu poruchy a poskytnou vhodnou léčbu.

7. Sociální šetření

7.1 Příklad rodiny xxx

KLIENTKA: PANÍ X

NAROZENA: 1925

VZDĚLÁNÍ: ZÁKLADNÍ

ZAMĚSTNÁNÍ: DŮCHODKYNĚ

Osobní anamnéza

Klientka má pouze základní vzdělání a za svůj život vystřídalá mnohá povolání. Nejdéle pracovala jako dělnice u Vodních staveb. Je katoličkou, kostel navštěvovala jako mladší, posledních cca 15 kostel nenavštěvuje.

Klientce byla diagnostikována Alzheimerova nemoc. Je ve středním stádiu. Nezapojuje se do žádných aktivit, koníčky ani jiné zájmy nemá. Většinu dne prospí. Komunikuje prostřednictvím vět celých vět, občas zapomíná, co chce říci. Jiné problémy s řečí nemá. Slyší i vidí dobře. V noci je neklidná, spíše aktivní. V noci křičí, chodí po bytě.

Bytové poměry

V počátku své nemoci žila klientka na vesnici v rodinném domě s velkou zahradou, nedaleko Prahy. Žila zde se svým manželem a jejich děti s rodinami je jezdili často navštěvovat. Klientka měla také se svým mužem pronajatý byt v Praze, kam jezdila cca jednou měsíčně na návštěvy k lékaři. Poté, co se odstěhovali na vesnici, nechali svůj byt svému nejmladšímu synovi a jeho rodině. Stále jim ale zůstávala v bytě ložnice, kterou obývali, když přijeli do Prahy. Byt se nachází v centru Prahy.

Když už nebylo možné, aby klientka zůstávala ve svém domě na vesnici, přestěhovali se s manželem zpět do bytu ke svému synovi. Byt je o velikosti 2+1. Žila zde se svým manželem a dalšími čtyřmi členy v podobě jejího syna, jeho manželky a dvěma téměř dospělými dětmi. Má stále svou ložnici, kterou sdílí se svým manželem. Pokoj je prostorný, postel je dvojlůžko a sdílí ji se svým mužem. Hnedka vedle ložnice je k dispozici koupelna a toaleta. Vedle její ložnice se nachází prostorný pokoj, který sdílí její syn se svou rodinou. Ačkoli je byt velký cca 90 m² a klientka má vše co potřebuje, je příliš malý pro šest dospělých lidí.

Ekonomické poměry

Klientka pobírá důchod a byl jí připsán příspěvek ve výši 8 000 Kč, tedy příspěvek pro třetí stupeň závislosti. Její manžel také pobírá důchod a přispívá za sebe i svou ženu peníze na chod domácnosti. Syn a jeho žena chodí do práce. Syn pracuje jako živnostník v oboru zedník a jeho manželka jako kuchařka. Jejich děti studují. Na péči o klientku finančně přispívá také její dcera, která žije v Praze.

Rodinné poměry

Klientka se narodila jako nejstarší z deseti sourozenců. Momentálně žijí tři její sourozenci. Ona sama má se svým manželem čtyři děti. Má tři syny a dceru. Nejmladší syn a dcera žijí v Praze a zbylí dva synové žijí daleko od Prahy a s matkou se mnoho nevidají. Zajímá je ale její zdravotní stav, o kterém se pravidelně informují telefonicky. Stejně tak má dobrý vztah se všemi svými vnoučaty i jejich dětmi. Některá svá vnoučata vidá více, některá méně.

Poté, co se u ní začali projevovat problémy s pamětí, tak ještě žila cca rok se svým manželem ve svém domě na vesnici. Poté již její manžel nebyl schopný starat se o ni sám, díky spoustě práce okolo domu a péči o hospodářství. Pak rodina uvažovala jak situaci řešit dál. Nejvíce se celé situaci věnují nejmladší syn a dcera a to zejména proto, že jsou svým rodičům nejbližší bydlištěm a nejvíce se s nimi vidají. Jediným prozatímním řešením bylo, že se vrátí zpět do svého bytu v Praze, kde o ni bude postaráno, jak ze strany manžela, tak syna a jeho rodiny.

Ta neměla s přijetím dalších členů do své domácnosti problém. Tato možnost, byla nejjednodušší proto, že vlastně byt, který syn s rodinou obývají, je i bytem jeho rodičů a tedy klientka žije v poměrně známém prostředí a i samotná rodina je na přítomnost obou zvyklá. Rodině vypomáhá i dcera klientky, která jednou týdně dochází na návštěvu a o klientku se postará, pokud je potřeba. Jiné společenské vztahy neudrží. Občas ji navštíví její sestra nebo někdo ze širší rodiny. Klientka je velmi fixovaná na svého syna a manžela. Stejně tak je fixovaný její muž na ni.

Soběstačnost, hygienické návyky

Klientka je schopna se sama najíst a napít, když ji někdo jídlo nebo pití připraví na stůl. Používá lžici. Není schopna již použít vidličku a nůž. Jídlo přijímá dobře, nemá problém s přijímáním potravy. Velký problém má s přijímáním léků, které nechce polykat. Musí se ohlídat, zda si připravené léky vezme a spolkně je.

Řekne si, když chce na toaletu, ale potřebuje na záchod dovést. Občas si řekne pozdě. Stává se, že bloudí po bytě a toaletu hledá. Je pak potřeba ji navést a na záchod posadit. V poslední době je spíše inkontinentní.

Nezvládá hygienu. Musí se dovést k umyvadlu, když si má umýt ruce a říct jí co má dělat. Čištění zubů nebo celkové mytí nezvládá. Musí se jí pomoci. Celkovou hygienu-koupání odmítá. Co se týče oblékání, tak se jí musí pomáhat.

Poslední dobou se jí musí dopomáhat i s chůzí, přidržovat ji, aby neupadla. Chodí pouze na krátké vzdálenosti. Neujde mnoho, je brzy unavená. Chůze po schodech s dopomocí, poslední dobou spíše nezvládá vůbec. Z postele se zvedne sama občas s malou pomocí. Dokáže sama sedět. Používá hůl a inkontinenční pomůcky, které má trvale. Co se týče používání domácích spotřebičů, není schopna s nimi pracovat vůbec.

Zdravotní a psychický stav

Pacientka prodělala dvě mozkové mrtvice během 10 let. Po té poslední začali problémy s pamětí. Již při pobytu v nemocnici se objevovala zmatenost, dezorientace. Rodina připisovala vinu lékům, které užívala v nemocnici. Po návratu z nemocnice se vytratili problémy s dezorientací. Přetrvávala ale občasná zmatenost.

Později již byla situace taková, že se musela podrobit lékařskému a psychiatrickému vyšetření. Byla jí diagnostikována Alzheimerova demence středního stádia. Mimo jiné má klientka problémy s hypertenzí, srdcem, je po operaci, trojnásobný bypass, který má cca patnáct let. Je taktéž po operaci močového měchýře.

Její psychický stav je spíše horší. Má velké emoční výkyvy. Často je agresivní, používá sprosté nadávky. Tento stav se mění v plačtivá období, kdy se jí stýská po matce. Mývá velké stavy podezíravosti. Že ji rodina vězní, že ji okrádá nebo ji chtějí zabít. Nejvíce věří svému synovi, ale i ten se někdy setká s nadávkami a agresí mířených na jeho osobu.

Pacientka bere léky na ředění krve, na vysoký tlak, na srdce, na spaní a léky na uklidnění.

Sociální rehabilitace

Rodina se informovala na postupy a možnosti péče v prostorách gerontologického centra, kde se nachází Česká alzheimerovská společnost. Byly jim poskytnuty rady a informace, které potřebovali. Nevyužili ovšem jiné pomoci. Důvodem je hlavně to, že klientčin manžel odmítá jakoukoli institucionální péči pro svou ženu i pomoc jiné osoby než je někdo z rodiny. Dokáže se o svou ženu postarat během doby, kdy jsou ostatní členové domácnosti v práci nebo ve škole. Výhodou této domácí péče je, že se o nemocnou nestará pouze jeden člověk, ale střídá se jich několik. Díky tomu mají možnost si odpočinout, když je potřeba. I tak je ale soužití velmi náročné.

Shrnutí

Rodina je ve složité situaci zejména proto, že ačkoli je její byt velký, pro šest lidí je velmi stísněný. Pokud se sejdou v domácnosti všichni, což je většinou ve večerních hodinách. Situace se stává náročnou jak pro rodinu, tak zejména pro klientku, které to často není příjemné. I přesto, že se rodina v péči střídá, je na ní navalen obrovský psychický nátlak. Jelikož pacientka v noci nespí, nevyspí se tak ani členové rodiny, protože se vždy několikrát za noc probudí. Ráno jsou pak všichni nevyspalí, ale musí se věnovat svým povinnostem. Jednotlivé osoby jsou pak velmi vyčerpané, neklidné, nervózní, což ovlivňuje jak jejich každodenní povinnosti, tak i péči o nemocného. Je potřeba najít nějaká řešení, která by rodině usnadnila péči, zajistila dostatek odpočinku a zajistila tak zlepšení jejich psychického stavu.

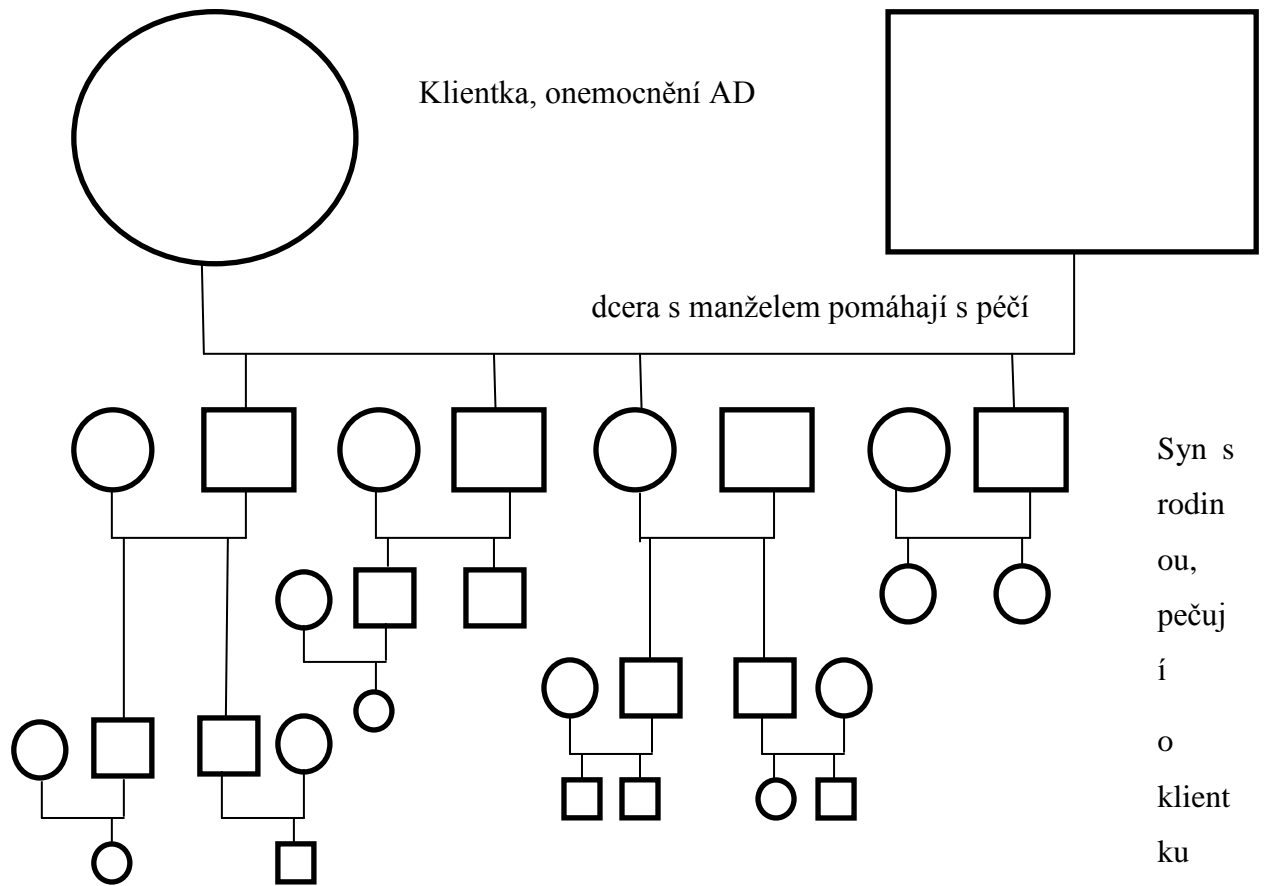
Návrhy na řešení

Vzhledem k tomu, že rodina odmítá jakékoli umístění klientky do institucionální péče, tak se zde nabízí zejména doporučení, týkající se hlavně rodiny a jejího stavu, než samotného nemocného. Rodina má několik možností jak řešit situaci.

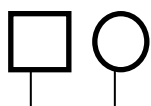
Může se například zúčastňovat projektu, který provádí Česká alzheimerovská společnost, kterým jsou Čaje o páté. Zde si mohou vyměnit zkušenosti s jinými pečujícími o osoby s demencí. Mohlo by jim to pomoci zejména, tak, že se vypovídají. Sdělí své emoce někomu, kdo jim rozumí a je v podobné situaci. Další možností je využití respitní péče. Tedy to, že k nim bude jednou za čas na určitou dobu chodit sociální pracovník, který se o klientku postará. Znamená to pak, že celá rodina bude mít v tu dobu volno a může se věnovat svým záležitostem. Může využít i lůžkový pobyt, které nabízí například Gerontologické centrum v Kobyliších. Tam je možno odvézt nemocného na nějakou dobu. Maximálně to bývá na dobu jednoho měsíce. Existují i výjimky a pobyt může být delší. Zde získává odbornou péči.

Odborníci se snaží o zlepšení stavu klienta a rodina si může na čas odpočinout. Další možností je tzv. domácí péče, což znamená, že lékař nebo zdravotní sestra dochází pravidelně do domácnosti. Poskytují lékařskou péči při domácí hospitalizaci.

Genogram rodiny xxx



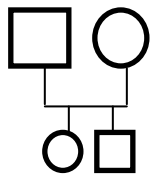
Vysvětlivky:



manželství



žena

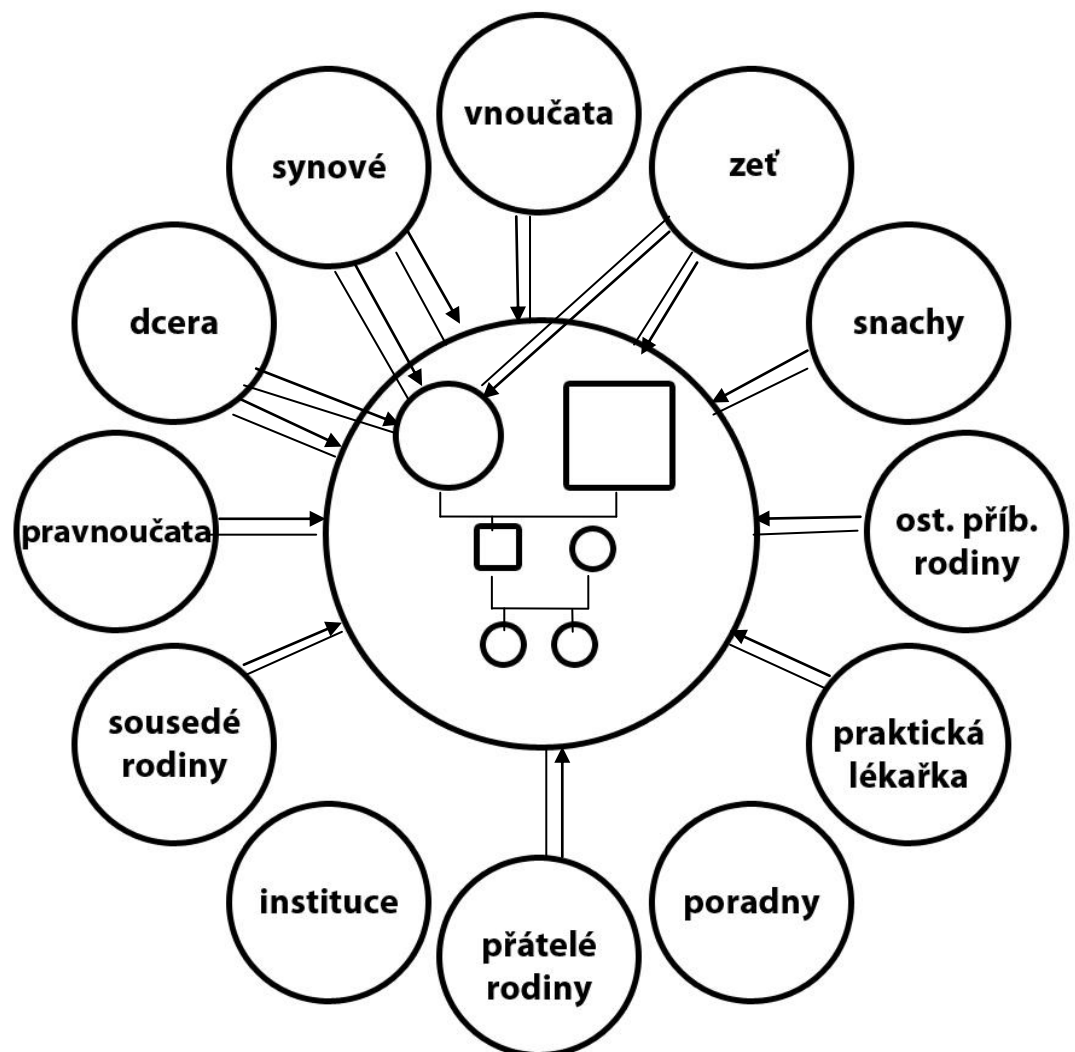


manželství se dvěma dětmi



muž

Ekomapa aktuálního sociálního pole rodiny xxx



Vysvětlivky:

- stresující vztahy
- napjaté vztahy
- ====> dobré, vzájemně

Závěr

Co říci závěrem? Mnoho již bylo řečeno v samotné práci. Pokud se někdo setká s jakýmkoliv typem demence, čeká ho velmi těžké životní období. Není lehké se s takovou situací srovnat. Spousta zasažených lidí situaci odmítá. Jak ten, co trpí nemocí, tak později rodina. Nechtějí věřit tomu, že nemoc zasáhla právě je. Když se začne situace zhoršovat a nemoc začíná postupovat, pro mnoho členů z rodiny je těžké uvěřit, že se jejich blízký takto změnil. Nesou těžce jeho chování, a problémy, které díky nemoci přichází. Není lehké ani vyrovnat se s blížící se smrtí, která bohužel s demencí, dříve nebo později, jistě přijde.

Práce nás měla informovat o onemocnění demence a jejím nejčastějším typu, Alzheimerově chorobě. Měla nám ukázat zásadní problémy a změny přicházející s demencí. Vysvětlit co s nemocí přichází a podat o tom základní informace. Dále pak měla za úkol poskytnout základní rady a možnosti při péči o osoby s tímto onemocněním. Dá se říci, že hlavním cílem bylo ukázat rodinám, které o někoho takového pečují, jak pečovat a jak situaci co nejlépe zvládnout a smířit se s ní. Ukázat, že není důležitá pouze péče o nemocného, nýbrž i o samotné pečující. Jak může probíhat výskyt Alzheimerovi nemoci v rodině, nám ukázal případ rodiny xxx, uvedený na konci práce. Tato práce by měla poskytnout všechny potřebné informace pro péči o člověka s demencí.

Seznam použité literatury

a) prameny

BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*, Praha: Mladá fronta a.s., 2010, ISBN 978-80-204-2282-8

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., *Sanace rodiny: Sociální práce s dysfunkčními rodinami*, Praha: Portál, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7367-392-5

BUIJSSEN, H., *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*, Praha: Portál s.r.o., 2006, ISBN 80 – 7367 – 081-X

CALLONE Patricia R., KUDLACEK C., VASILOFF Barbara C., MATERNACH J., BRUMBACK Rodger A., *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada Publishing a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2320-4

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, Praha: Panorama, 1991, ISBN 80-7038-158-2

HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007, ISBN 978-80-254-0177-4

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence, Využití vzpomínek při práci se seniory*, Praha: Portál, s.r.o., 2010, ISBN 978-80-7367-581-3

JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*, Praha: Grada Publishing a.s., 2009, ISBN 978-80-247-2454-6

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., *Demence*, Praha: Galén, 2004, ISBN 80-7262-268-4

KALVACH, Z., a kol., *Úvod do gerontologie a geriatrie, Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 1.díl gerontologie obecná a aplikovaná*, Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-366-0

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-2169-9

KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V., *Změny jednání seniorů*, Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-363-X

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., *Alzheimerova nemoc a další demence*, Praha: Grada Publishing a.s., 1998, ISBN 80-7169-615-3

- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat depresi*, Praha: Grada Publishing a.s., 2003, ISBN 80-247-0575-3
- KUČEROVÁ, H., *Demence v kazuistikách*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1491-4
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*, Praha: Portál, s.r.o., 2010, ISBN 978-80-7367-739-8
- MATOUŠEK O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7367-502-8
- MATOUŠEK, O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*, Praha: SLON, 2003, ISBN 80-86429-19-9
- MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. eds, *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál, s.r.o., 2005, ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O., *Ústavní péče*, Praha: SLON, 1995, ISBN 80-85850-08-7
- OREL, M., FACOVÁ, V. a kol., *Člověk, jeho mozek a svět*, Praha: Grada Publishing a.s., 2009, ISBN 978-80-247-2617-5
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*, Praha: Portál, s.r.o., 1998, ISBN 80-7178-184-3
- DE SAINT-EXUPERY, A., *Malý princ*, Praha: Albatros, 2010, ISBN 978-80-00-02738-8
- STUART-HAMILTON, I., *Psychologie stárnutí*, Praha: Portál, s.r.o., 1999, ISBN 80-7178-274-2
- VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Praha: Grada Publishing a.s., 2007, ISBN 978-80-247-2170-5
- Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory*, Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2005

b) užité encyklopedie a slovníky

HARTL, P., *Stručný psychologický slovník*, Portál, s.r.o., Praha, 2004, ISBN 80-7178-803-1

c) elektronické dokumenty nebo jejich části

Česká alzheimerovská společnost, [online], [cit 15.3.2012], dostupné z WWW:

<<http://www.alzheimer.cz/>>

Gerontologické centrum, poskytovatel zdravotnických a sociálních služeb v Praze 8, [online],

[cit 15.3.2012], dostupné z WWW: <<http://www.gerontocentrum.cz/>>

Nemoci ve stáří, [online], [cit 30.11.2011], dostupné z WWW:

<<http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>>

Zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách 2006, [online], [cit 15.3.2012], dostupné

z WWW: <<http://socialnirevue.cz/media/docs/zakon-o-socialnich-sluzbach.pdf>>

Život 90, [online], poslední úpravy, [cit 2.2.2012], dostupné z WWW:

<<http://www.zivot90.cz/#>>