

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická

Možnosti resocializace u osob s Alzheimerovou chorobou
Bc. Tereza Perníčková

Diplomová práce
2019

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Perníčková**
Osobní číslo: **H17376**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Možnosti resocializace u osob s Alzheimerovou chorobou**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce bude zaměřena na možnosti resocializace u klientů s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části práce bude popsán obecně vývoj pojmu resocializace, demografický vývoj vzhledem k výskytu demencí a konkrétně Alzheimerovy choroby. Tato problematika bude analyzována také z pohledu medicíny a sociálních služeb. V práci budou definovány termíny stáří, stárnutí a demence, popsány druhy aktivizací a specifika vybraných sociálních služeb zabývajících se problematikou Alzheimerovy choroby. Praktická část bude kvalitativní. Výzkum bude realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru s klienty i pracovníky specializovaného pracoviště. Kazuistiky dotazovaných klientů výzkum doplní o konkrétní případy.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2472699-1.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. Pedagogický slovník. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026204039.

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

1. dubna 2018

Termín odevzdání diplomové práce:

30. června 2019

prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 3. 2019

Tereza Perníčková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto velice děkuji PaedDr. Zdence Šándorové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce. Poděkování také patří instituci a dotazovaným, kteří mi poskytli potřebné informace a podíleli se tak na výzkumu k diplomové práci.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá možnostmi resocializace u osob s Alzheimerovou chorobou. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část se věnuje vymezení Alzheimerovy choroby, socializaci a resocializaci těchto osob. Dále zahrnuje Alzheimerovu chorobu v kontextu sociální práce. Výzkumná část obsahuje cíle, metodiku, prezentaci výsledků, jejichž součástí jsou kazuistiky klientů s Alzheimerovou chorobou a diskuzi. Výzkum probíhal kvalitativní strategií s technikou polostrukturovaného rozhovoru u osob s lehkým stupněm Alzheimerovy choroby.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba, demence, resocializace, socializace, sociální práce

TITLE

Resocialization possibilities of people with Alzheimer's disease

ANNOTATION

This diploma thesis deals with the possibilities of resocialization of people with Alzheimer's disease. The thesis consists of theoretical and research part. The theoretical part is focused on the definition of Alzheimer's disease and socialization and resocialization of people affected by it. It also deals with Alzheimer's disease in the context of social work. There each part contains objectives, methodology and results presentation, which includes case reports of clients with Alzheimer's disease and a discussion. The search was conducted with a qualitative strategy with the technique of semi-structured interview with people in early stage of Alzheimer's disease.

KEYWORDS

Alzheimer's disease, dementia, resocialization, socialization, social work

OBSAH

Seznam tabulek	9
Seznam zkratk	10
Úvod	11
I. Teoretická část	13
1 Alzheimerova choroba.....	13
1.1 Demence.....	14
1.1.1 Dělení demence.....	14
1.2 Alzheimerova choroba	15
1.2.1 Vymezení	15
1.2.2 Příznaky	16
1.2.3 Průběh a rozvoj demence	17
1.2.4 Příčiny	19
1.2.5 Diagnostika	20
1.2.6 Léčba.....	20
2 Socializace a resocializace	25
2.1 Socializace	25
2.1.1 Fáze socializace	25
2.1.2 Sociální význam demence.....	26
2.2 Resocializace.....	28
2.2.1 Metody resocializační pedagogiky	28
3 Sociální práce	32
3.1 Pravidla konverzace s pacientem	34
3.2 Dávky sociálního zabezpečení pro osoby s Alzheimerovou chorobou.....	36
3.2.1 Starobní důchod	36
3.2.2 Invalidní důchod	36
3.2.3 Příspěvek na péči	37
3.3 Pobytová sociální služba pro osoby s Alzheimerovou chorobou	38
3.3.1 Domov se zvláštním režimem.....	38
3.4 Organizace pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinné příslušníky ..	40

3.4.1	Česká alzheimerovská společnost.....	40
II.	Výzkumná část	42
4	Výzkumný cíl a výzkumné otázky	42
5	Metodika výzkumu	43
5.1	Metody a techniky sběru dat	43
5.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	44
5.3	Organizace výzkumu.....	44
5.4	Zpracování dat.....	45
6	Prezentace výsledků.....	46
6.1	Kazuistiky	46
6.2	Analýza rozhovorů.....	47
6.2.1	Aktivní spoluúčast rodiny	48
6.2.2	Trávení volného času	49
6.2.3	Adaptace na prostředí zařízení.....	51
6.2.4	Vyloučení z kolektivu	53
6.2.5	Ztráta soběstačnosti.....	54
7	Diskuze	56
	Závěr	62
	Použitá literatura	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika respondentů.....	44
--	----

SEZNAM ZKRATEK

ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
JZD	Jednotné zemědělské družstvo
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚVOD

„Moje tělo a můj mozek se přeladily na primitivní nouzový agregát, který mám k dispozici... Sociální kontext mi musí dát oporu, kterou mi nemůže poskytnout tělo.“

(Dörner a Plog, 1999, s. 208)

Pro vznik mé diplomové práce jsem si zvolila téma Alzheimerovy choroby. Konkrétně pak možnosti a problematiku resocializace osob touto chorobou zasažených. K tomu mne vedlo hned několik důvodů. Mimo zájmu a zkušenosti na osobní úrovni, kterou bych ráda přiblížila později, se jedná o míru aktuálnosti dané problematiky. Predikce počtu lidí trpících touto chorobou pro rok 2020 hovoří o téměř dvou set tisících nemocných. A to pouze na území České Republiky (Mátl, 2016). Přesto však znatelně cítím nedostatečnou míru diskuze a obecného povědomí široké veřejnosti o úskalích této choroby.

Právě diskuzi a dostatečné množství informací považuji za zásadní. Samozřejmě by bylo naivní tvrdit, že pouhá informovanost dokáže nemocné a jeho blízké připravit na to, co je v průběhu nemoci čeká. Jsem přesvědčena, že na strasti takto fatální životní události, jakou onemocnění Alzheimerovou chorobou bezesporu je, dokáže připravit informační brožura či článek v novinách. Podobné životní situaci mohou plně porozumět pouze osobně zainteresovaní. Přesto však dostatečným množstvím informovanosti můžeme předejít prvotnímu šoku při osobním setkání s chorobou. Dostatek validních informací také může pomoci porozumět chování nemocných, naučit nás odpovídajícím reakcím na něj a pomocí dostatku informací pochopit jejich původ a význam. Nejsou to totiž pouze nemocní, které choroba sužuje. Nemalá část starostí, bolesti a smutku, které chorobu doprovázejí, leží právě na bedrech jejich blízkých. To mne vede k dalšímu důvodu, pro který jsem si dané téma své diplomové práce zvolila. Tou je osobní zkušenost s léčbou nemocných touto chorobou a styk s jejich blízkými.

V rámci své práce v Alzheimercentru jsem se setkala s několika osudy poznamenanými právě Alzheimerovou chorobou. Na vlastní oči jsem pozorovala postupnou proměnu nemocných, které jako bych jeden den znala a následně byla nucena bezmocně sledovat, jak se sami sobě vlivem nemoci vzdalují. Hovořila jsem s blízkými nemocných, vnímala jejich beznaději, tužby i obavy. Právě tyto zkušenosti mne ještě více utvrdily v mém osobním zájmu o danou problematiku.

Svou prací bych ráda napomohla k rozšíření informací a všeobecného povědomí. Pokusila jsem se o detailní popsání příznaků a postupné progresse nemoci jako takové. Povědomí o těchto jevech, jak věřím, povede k jejich lepšímu pochopení a schopnosti vhodné reakce na ně. Dále se zaměřuji na mechanismy obrany proti nemoci, možnosti zapojení pacientů v reálném životě a navrácení jejich sociálního statusu. Mým záměrem bylo vytvořit práci, která nebude pouhým odborným textem, nýbrž i praktickým zdrojem informací s potenciálem reálně pomoci nemocným a jejich blízkým. Jsem totiž přesvědčena, že právě zde tkví celá podstata mého oboru. Ve snaze pomoci a podpory resocializace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Na psychiku nemocného působí somatická choroba, jejíž sociální význam se vyznačuje rolemi a postavením nemocného. Nemoc jako takovou lze chápat jako narušení některých funkcí organismu, což negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného člověka. Trvalé znevýhodnění pak pro nemocné jedince představuje chronické onemocnění. U chronicky nemocného jedince můžeme očekávat jen malé zlepšení, respektive úpravu stavu, ale nelze jej nikdy zcela vyléčit. Chronicky nemocný jedinec by měl přijmout své onemocnění jako svoji součást a naučit se s ním žít (Vágnerová, 2008, s. 75).

Na nemoc lze pohlížet nejen jako na biologickou odchylku, ale i určitý druh sociální deviace. Nemoc bývá konkretizována nejen z medicínského hlediska, ale i sociálně. U člověka se závažným onemocněním se mění jeho identita a postavení. Onemocnění u pacienta mění jeho sociální postavení a zároveň získává kvalitativně horší roli, a to roli nemocného (Vágnerová, 2008, s. 89-90).

Nemocný člověk není schopen udržet svoji profesi, která mu přinášela uspokojení a prestiž. Dochází ke změně jeho pozice v rodině, na které bývá závislý, zejména na péči ostatních. Často není schopen plnit povinnosti, které běžně plnil před onemocněním. Není akceptován jako rovnocenný zdravým členům rodiny, což záleží i na tom, jakou roli měl v rodině před onemocněním a jak je velký rozdíl mezi dřívějším a současným postavením. Pro nemocného je velmi důležité chování nejbližších, jak budou reagovat na jeho onemocnění a na celkově vzniklou situaci (Vágnerová, 2008, s. 91).

Dochází tak k redukci sociálních rolí, nemocný je v prostředí instituce anonymizován, podřízen zdravotnickému personálu. Nemocný se tak stává pasivním objektem péče jiných lidí. Může nabývat pocitu ztráty kontroly nad svým životem, dezorientace, je omezováno jeho soukromí, musí se přizpůsobovat svému okolí. Musí akceptovat nová pravidla zařízení, ve kterém je hospitalizován, atd. Nové podněty, které na nemocného působí, nemocniční řád a různá omezení mohou u nemocného vyvolat nepřiměřené reakce. Pobyt v zařízení s sebou přináší vesměs negativní zkušenosti. Ty mohou být považovány za ponižující, čímž u nemocného posilují pocit bezmoci. Přesto se tento svět stává středem zájmu nemocného, jeho sociálními kontakty jsou zdravotnický personál a další pacienti. Nemocný tak ztrácí

zájem o dění mimo tuto oblast a minimalizuje společné prožitky s rodinou a přáteli (Vágnerová, 2008, s. 92).

1.1 Demence

Demence je organicky podmíněný syndrom. Jeho nejvýznamnějším projevem je úbytek paměti a inteligence a postupně dochází k poklesu celé osobnosti. Demenci lze diagnostikovat až po druhém roce života. Tedy po dosažení určitého stupně rozumového vývoje, kdy již může docházet ke ztrátě intelektových schopností. Dříve vzniklé postižení je posuzováno jako mentální retardace. Demence je získané postižení, není tedy vrozené, a postihuje především starší část populace. Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Tyto poškození vyvolávají různé faktory, které se mohou vzájemně ovlivňovat (Vágnerová, 2008, s. 265).

V České republice žilo do roku 2012 s demencí přibližně 300 000 lidí, z toho 130 000 s těžkou formou a každoročně přibývá asi 20 000 nových případů. Nejčastěji se vyskytuje Alzheimerova demence (60%), s prevalencí 1% populace. Ve věkové skupině 80-85 let je postiženo Alzheimerovou demencí více jak 10% populace. Lidé s demencí ovlivňují životy a osudy dalších lidí, kterým starost a péče o nemocné příbuzné snižuje kvalitu života. Asi 80% nemocných Alzheimerovou demencí jsou v péči členů rodiny, které nazýváme rodinnými pečovateli (Zvěřinová, 2017, s. 108).

Polovinu případů demence představuje Alzheimerova choroba, její výskyt se zvyšuje s věkem. Druhou formou demencí je vaskulární demence, které vznikají na podkladě zneprůchodnění cév či mozkových infarktů (Probstová a Pěč, 2014, s. 26).

1.1.1 Dělení demence

Demenci dělíme do dvou základních skupin, a to atroficko-degenerativní a sekundární. Sekundární demence se dále člení na ischemicko-vaskulární a ostatní sekundární demence. Primární příčinou atroficko-degenerativní demence je degenerativní postižení mozku, sekundární demence vzniká v důsledku jiné primární poruchy, která poškozuje centrální nervový systém. Ischemicko-vaskulární demence je následkem kardiovaskulárního onemocnění, vzniká na základě hypoxicko-ischemických změn mozku a ostatní sekundární demence jsou vyvolány jinými příčinami (poúrazové, infekční, metabolické, aj.) (Vágnerová, 2008, s. 265).

1.2 Alzheimerova choroba

1.2.1 Vymezení

Mezi atroficko-degenerativní demence patří Alzheimerova choroba, která je progresivním neurodegenerativním onemocněním, projevujícím se atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí. Dochází k úbytku neuronů i jejich spojení. V mozkové kůře se vytváří ložiska bílkoviny beta amyloidu a neurofibrilární zámotky. Dochází tak k poškození nervových buněk a k poruše rovnováhy neurotransmiterů, kdy je primárně poškozen cholinergní systém. Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence, tvoří 50-70% ze všech typů. Podle časového kritéria rozlišujeme presenilní formu s časným začátkem do 65 let a senilní formu s počátkem po 65. roce života. Většina případů se rozvíjí mezi 65 a 80 lety a raná forma postihuje častěji ženy. Tato choroba se rozvíjí pomalu a pozvolna (Vágnerová, 2008, s. 272-273).

Alzheimerova choroba je neurologická porucha, která se nejčastěji vyskytuje u starších lidí. Dochází při ní k likvidaci životně důležitých mozkových buněk, což vede k celkovému zhoršení duševních i fyzických schopností jedince. V roce 1907 německý psychiatr Alois Alzheimer objevil ve vnější vrstvě mozku abnormální plak a neurofibrilární klubka. Pro tyto zvláštnosti se začalo používat označení „presenilní demence“, protože poškození mozku bylo pozorováno u pacientů mladších 65 let. V roce 1968 britští patologové zjistili, že tato nemoc není žádnou vzácnou chorobou. Jednalo se o jev, tehdy označovaný jako „senilita“. Alzheimerova nemoc se někdy dědí, jindy je její výskyt nahodilý. Častěji se objevuje ve vyšším věku. V roce 1984 George Glenner identifikoval degenerativní protein beta-amyloid, který má blízkou spojitost ke genu na 21. chromozomu a je přítomen v mozku všech pacientů s Alzheimerovou nemocí. Tento beta-amyloid společně s proteinem tau, který je přítomen v neurofibrilárních klubkách, způsobují poškození mozku (Glenner, 2012, s. 18-19).

Dalším znakem tohoto onemocnění je úbytek neuronů, což vede k celkové atrofii mozkové tkáně. Zpočátku se toto onemocnění projevuje jako amnestický syndrom. Později se patologické změny šíří temporálně i extratemporálně, je zde progresse klinických příznaků z jiných oblastí, a to exekutivní postižení (poruchy řeči, zrakové dysfunkce, aj.) Výskyt tohoto onemocnění výrazně narůstá po 65 roce věku. Alzheimerova nemoc odpovídá přibližně za dvě třetiny syndromů demence v naší republice. V roce 2010 bylo touto nemocí postiženo

u nás asi 80 000 jedinců, celosvětově 36 miliónů. V souvislosti se stárnutím populace je odhad počtu osob postižených touto nemocí v roce 2030 dvojnásobný (Rusina a Matěj, 2014, s. 102).

1.2.2 Příznaky

Holmerová a Mátlová (2015) uvádí, že mezi příznaky spojené s Alzheimerovou chorobou, patří zejména ztráta paměti, potíže při verbálním projevu, s abstraktním myšlením a při běžných aktivitách, neadekvátní úsudek, časoprostorová dezorientace, porucha chování či nálady, změny v povaze osobnosti, převládající pasivita, odkládání věcí na místo, kam nepatří, aj.

Příznaky se objevují postupně a zpočátku nenápadně. Až po čase si okolí všimne, že se dotyčný změnil. Potíže způsobené tímto onemocněním začínají být zřejmé mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění. Úpadek je celkový, zahrnuje všechny kompetence i osobnost nemocného, psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně. Rozvoj příznaků lze dělit dle narušení jednotlivých funkcí:

- Úbytek kognitivních funkcí je generalizovaný a probíhá bez výkyvů. Významná je postupující porucha paměti, která se zpočátku zdá být pouhou zapomnětlivostí. Nemocný zapomíná na běžné věci, neustále něco hledá, což zvyšuje jeho pocit napětí a nejistoty své výpadky paměti nahrazují smyšlenkami.
- Celková porucha paměti a dalších poznávacích procesů vede ke ztrátě orientace v prostoru i čase. Dezorientace vyvolává pocit úzkosti a v pokročilém stadiu onemocnění může dojít ke ztrátě vlastní identity. Tedy stavu, kdy nemocný neví kdo je, nepoznává blízké lidi, okolí a ani sebe v zrcadle.
- Pacient ztrácí schopnost logického myšlení a uvažování, nechápe různé situace a neví, co má za daných okolností dělat. Běžné a doposud pro něj obvyklé požadavky a problémy se mu zdají nesrozumitelné, nechápe vztahy mezi lidmi. Význam činností, které není schopen zvládnout.
- Snižuje se schopnost porozumět slovy vyjádřenému sdělení, rovněž i schopnost jeho slovního vyjadřování, dochází ke komolení slov, k opakování sdělení za sebou (perseverace) nebo opakování otázky (echolalie). V konečné fázi může dojít ke konečné ztrátě verbálních kompetencí.

- Nemocný ztrácí schopnost kontrolovat své emoce. Častá je neopodstatněná euforie, úzkostná nebo depresivní nálada. Na některé podněty může nemocný reagovat zlostně a agresivně, a to jak vůči členům rodiny nebo blízkých, tak zdravotnickému personálu. Tyto projevy nemocného lze chápat jako obranu. Na nepříjemné pocity, které jsou vyvolány tím, že nemocný nerozumí jednání lidí ve svém okolí nebo jako signál neschopnosti nemocného ovládat své jednání. V další fázi onemocnění může dojít k celkové apatii nemocného (Vágnerová, 2008, s. 273-274).

U nemocného se postupně začínají projevovat změny osobnosti a chování, přestává dodržovat společenská pravidla a zvyklosti, není ohleduplný a ztrácí soudnost. Z tohoto důvodu si neuvědomuje své nevhodné chování. V určité fázi onemocnění mohou být psychické změny tak závažné, že dochází k narušení mezilidských vztahů. Nakonec nemocný ztrácí zájem úplně o vše, přestává o sebe dbát, není schopen ovládat vyměšování a stává se inkontinentním. Psychopatologie pro pomáhající profese (Vágnerová, 2008, s. 274).

Zpočátku onemocnění bývá postižena epizodická paměť, jedinec má problémy s odpovědí na jednoduché otázky „kdo, co, kde, kdy“. Paměť se postupně zhoršuje a dochází k narušení dalších kognitivních domén. Závažnější postižení dominantní hemisféry se projevuje poruchou řeči a komunikace. Změny v pravé hemisféře znamenají pro pacienta zhoršené zrakové a prostorové funkce. Pacient je dezorientován, zaměňuje a hůře poznává osoby a tváře. V pokročilé fázi onemocnění se objevují exekutivní dysfunkce. Mezi ně řadíme poruchy plánování, sociálních interakcí a emoční kontrolu. Dále se u pacientů objevují neuropsychiatrické symptomy a příznaky s různou intenzitou a četností. Dochází k narušení aktivit denního života, zpočátku se jedná o instrumentální aktivity, jako jsou telefonování, zacházení s financemi, vnímání času, aj. Později jsou to každodenní činnosti, např. vaření, nakupování, hygiena, oblékání, stolování. Pacienti s Alzheimerovou nemocí přežívají průměrně sedm až deset let od prvních příznaků s celkovou dobou nesoběstačnosti pět až osm let (Rusina a Matěj, 2014, s. 102-105).

1.2.3 Průběh a rozvoj demence

Vágnerová (2008) popisuje čtyři stádia demence, pro které je charakteristická míra postižení jednotlivých složek:

Při **prvním stadiu-lehká demence** se objevují mírnější poruchy krátkodobé paměti, obtíže s vybavováním slovní zásoby, občasná časová či místní dezorientace, obtíže při pochopení

složitějšího sdělení nebo příběhu, dále při řešení méně obvyklých problémů a uvažování nemocného bývá pomalejší a těžkopádné. Návyk běžných činností zůstává zachován. Mohou se projevit některé nápadnosti v chování, zpomalení, apatie, nezájem o činnosti, které byly dříve příjemné a vyhledávané. Nemocný může vyžadovat pomoc a občasnou kontrolu.

Ve **druhém stadiu-střední demence** nabývá porucha paměti závažnějšího charakteru a projevuje se i v rámci paměti dlouhodobé. Nemocný se neorientuje v čase ani prostoru, má problémy s řešením banálních problémů, nechápe běžné souvislosti, nerozumí sdělení a požadavkům a ztrácí soudnost. Dochází zde k poruše aktivního verbálního projevu. Řeč je obsahově chudá, nemocný má problém se základními slovními výrazy. Objevuje se apraxie, nemocný selhává ve všech oblastech sebeobsluhy. Nerespektuje běžné sociální normy, dochází ke ztrátě kontroly nad emocemi, upadá osobní hygiena, dochází k inkontinenci. Mění se i mezilidské vztahy a nemocný potřebuje dohled a trvalou pomoc.

U **třetího stadia-těžká demence** dochází k dezorientaci nemocného v čase, prostoru i osobnosti samé. Možnosti komunikace jsou velmi omezené, nemocný ztrácí schopnost myšlení, není schopen se verbálně vyjadřovat a verbálním projevům většinou nerozumí. Dále přestává respektovat sociální pravidla, projevuje se negativismus, porucha hybnosti způsobuje ztrátu běžných dovedností, nezvládá nejjednodušší sebeobslužné úkony, běžná je úplná inkontinence. Aktivita nemocného spočívá v opakování neúčelných pohybů a je plně odkázán na péči okolí. Pomoc rodiny je nezbytná a někdy je nutné přemístění do ústavního zařízení.

Ve **čtvrtém stadiu-terminální** je nemocný upoután na lůžko a je zcela závislý na ošetrovatelské péči. Nemocný nekomunikuje, nerozumí a ztrácí schopnost jakékoliv aktivity. Navázání kontaktu je značně limitováno.

Základní symptomy demence se nezhoršují simultánně. Rozeznáváme tři fáze demence, které by měly sloužit jako obecné vodítko. V první fázi, kterou obvykle není snadné rozpoznat, se projevuje mírná demence. Jejimi příznaky jsou zmatenost, zhoršení krátkodobé paměti, mírné zhoršení řečových schopností (afázie), snížená pozornost, narušená schopnost racionálního úsudku a uvažování, deprese, uzavřenost, obtíže při manipulaci s přístroji a s pomůckami. V druhé fázi hovoříme o rozvinuté demenci a objevují se zde příznaky jako u první fáze, které jsou však výraznější a navíc se objevuje neklid, dezorientace na známých místech, nejisté a ztuhlé držení těla (hypertonie), problémy s motorikou a vnímáním, problémy s kontinencí, potíže při aktivitách běžného dne, repetitivní chování (opakující pohyby). V třetí fázi se jedná o pokročilou, terminální demenci, kdy je nutná asistence

a nepřetržitý dohled. K příznakům patří bludy a halucinace, neschopnost udržet moč a stolicu, obtíže s polykáním, hubnutí a neschopnost reagovat na podněty a uvědomovat si své okolí (Glenner, 2012, s. 16-17).

Mezi psychické potíže řadíme úzkost, strach a deprese. V počáteční fázi uvědomování si nemoci to mohou být pocity bezmoci, beznaděje, rezignace, opuštěnosti a bezbrannosti. Úzkost může postupně přerůst do stavu paniky, neklidu a může se vystupňovat i v agresivitu. Dále se může objevit podezřívavost, která může přerůst až ve vznik bludů, které mohou být posíleny zrakovými halucinacemi nebo iluzemi (Probstová a Pěč, 2014, s. 30-31).

Mezi některé typy problémového chování u pacientů s demencí patří zejména úzkost, deprese, nerozlišování dne a noci, paranoidní a podezřívavé chování, toulání, odmítání jídla, pojídání věcí, které nejsou k jídlu, hltání jídla, přecházení sem a tam, shromažďování věcí, nevhodné sexuální chování, apatie, neupravený zevnějšek, špatné hygienické návyky, slovní výbuchy a fyzická agrese, kramaření, nevhodná konverzace s druhými, nevhodné návyky spojené s vyprazdňováním, aj. (Glenner, 2012, s. 50).

1.2.4 Příčiny

Genetické predispozice můžeme označit za základní či hlavní příčiny demence. Jedná se o poškození funkce konkrétního genu, jehož důsledkem je vznik patologického proteinu, např. u Alzheimerovy choroby byla potvrzena porucha genů na 1. 12. 14. 19. a 21. chromozomu. Biologický základ demence tvoří funkční nebo morfologická změna mozku. Ke vzniku demence mohou rovněž přispět chemické, biologické nebo zevní fyzikální faktory. Rovněž sociální faktory mohou do jisté míry ovlivnit nástup nebo průběh onemocnění, jehož důsledkem je demence. (Vágnerová, 2008, s. 266).

Příčiny Alzheimerovy choroby jsou genetické a neurobiologické. U této nemoci se vyskytuje tzv. familiární forma. U této formy je patrná větší rodinná zátěž. Nemoc vzniká dříve, než je běžné, tedy před 65. rokem života a rozvíjí se rychleji. Příčina neurobiologická se projevuje úbytkem mozkových buněk a zmenšováním možnosti spojení mezi nimi, čemuž předcházely neurobiologické děje. U rozvoje Alzheimerovy choroby je příznačný plíživý průběh, postupné a plynulé zhoršování. V počáteční fázi si pacient změny uvědomuje. Objevují se poruchy paměti, zejména té krátkodobé, a drobné problémy při vykonávání každodenních aktivit. Ve středním stadiu choroby se prohlubuje porucha paměti. Objevuje se porucha řeči, čtení, psaní, zvýrazňuje se postižení aktivit denního života. Mohou se objevovat i poruchy chování

a jiné psychické příznaky. V těžkém stadiu je pacient zcela odkázán na pomoc a podporu druhých, nepoznávají své nejbližší, okolí, ztrácí orientaci místem i časem a nejsou schopni sebeobsluhy. Příčinou smrti takto nemocného jedince pak bývají přidružené nemoci, např. zápal plic, úrazy (Probstová a Pěč, 2014, s. 28-29).

1.2.5 Diagnostika

Pokud chceme zjistit, zda dotyčný netrpí Alzheimerovou chorobou, je dobré provést diferenciální diagnózu, při které dojde k odlišení příznaků této nemoci od jiných. Jedná se o složitější, ale spolehlivý proces s přesností až 90%. Určit správnou diagnózu je velice důležité, protože některé typy demence se dají léčit. Alzheimerova choroba je progresivní nemocí a vždy končí smrtí (Glennner, 2012, s. 24-25).

1.2.6 Léčba

Vágnerová (2008) uvádí způsoby terapie demence zaměřující se na zlepšení stavu nemocného, jeho podporu a úpravu životních podmínek:

Medicínská léčba je závislá na diagnóze a příčině demence a je často zaměřena na snížení dílčích potíží, například neklidu, deprese, aj. Základní onemocnění však nelze zásadním způsobem ovlivnit. Určitou naději dává nemocným vývoj nových léků, tzv. antialzheimerik.

Cílem **psychoterapeutická péče** je podpora sebehodnocení, emočního prožívání a zvládnutí zátěže, spojené s onemocněním. Specifickou formou je terapie vzpomínkami, ta posiluje identitu a kontinuitu vlastního života nemocného. Resocializační techniky slouží k zachování sociálních kompetencí. Aktivizace nemocného a využití jeho zájmů se provádí ve skupině, hojně je používána tzv. behaviorální terapie, kde dochází ke stimulaci a nácviku různých dovedností, zejména v oblasti sebeobsluhy. Dále může být přínosem i kognitivní trénink, což je nácvik orientace v realitě, rehabilitace řeči a motoriky.

V současné době se proces demence dočasně zpomaluje **medikamentózní léčbou**, využívají se inhibitory cholinestázy, které brání enzymu acetylcholinestáze v rozkládání acetylcholinu, který je nezbytný k vytváření spojů mezi mozgovými buňkami. Často používaným inhibitorem je Aricept (donepezil), Exelon (rivastigmin), Reminyl (galantamin) a Namenda (memantin) (Glennner, 2012, s. 25).

Biologická léčba v počátcích Alzheimerovy choroby je založena na tzv. kognitivech, tedy lécích, které inhibují odbourávání acetylcholinu v oblastech mozkové kůry a ovlivňují tak spojení mezi mozkovými buňkami, které jsou zodpovědné za krátkodobou paměť. Mezi tyto léky řadíme donepezil, rivastignin a galantamin. Jejich nežádoucími účinky obvykle bývají nechutenství a potíže s trávením. V těžším stadiu choroby se nemocnému podává memantin, který blokuje receptory v oblastech a je přenašečem spojení mezi neurony glutamátu, které jsou zodpovědné za střednědobou paměť. V případě dalších psychických příznaků se podávají antipsychotika nebo antidepresiva (Probstová a Pěč, 2014, s. 32).

V současnosti je dostupná léčba Alzheimerovy choroby symptomatická. Je tedy schopna oddálit nejzávažnější stádium onemocnění, prodloužit období soběstačnosti a zlepšit kvalitu života nemocných a ulehčit tak osobám, které pečují o své blízké s touto nemocí. Používají se inhibitory acetylcholinesterázy (donepezil, rivastigmin, galantamin) a inhibitory glutamatergního přenosu (memantin). Vhodná je i léčba interních komorbidit a dostatečná duševní, sociální a fyzická aktivita (Rusina a Matěj, 2014, s. 110-111).

Nefarmakologická léčba zahrnuje rehabilitační programy, které jsou zaměřeny na trénování kognitivních a nekognitivních funkcí nemocného. Snahou je udržet nemocného co nejdéle dobu zapojeného v chodu domácnosti a sociálních aktivitách. U pacienta je důležitá reedukace paměti a různých dovedností, kterých lze dosáhnout nepřetržitou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou. Základem této léčby je správný psychologický přístup k nemocnému, což vyžaduje od pečujících notnou dávku trpělivosti. Čím déle se podaří udržet nemocného býti nezávislým na péči okolí, tím oddálíme jeho umístění ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení. S tímto umístěním bývá často spjat adaptační syndrom, který často vede ke zhoršení stavu nemocného (Zvěřová, 2017, s. 76).

Mlýnková (2011) charakterizuje **arteterapii** jako léčbu pomocí výtvarného umění. Autorka dodává, že se však nejedná o ztvárnění dokonalého díla, nýbrž o využití vlastní kreativity.

Müller (2014) zařazují do muzikoterapie poslech nebo tvorbu hudby, zpěv a pohyb na hudbu.

Canisterapie zahrnuje působení psa na člověka a ovlivňování jeho životních pocitů. To se dále dělí na povzbuzující, edukativní, tedy výchovnou, terapeutickou neboli léčebnou. Vždy jde o stejnou vazbu, člověk-pes a o vzájemný prospěch z ní (Galajdová a Galajdová, 2011, s. 15-16).

Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, například v institucionální péči. Tato metoda je založena na uznání důležitosti vzpomínání. Vzpomínání obecně je přirozená

a normální aktivita. Reminiscenční terapie byla rozvinuta ve Velké Británii a zahrnuje v sobě řadu interaktivních, tvořivých a výrazových aktivit. Konkrétními výstupy pak mohou být výstavy vytvořené na základě vzpomínek seniorů, napsání knihy vzpomínek, tvorba knihy životního příběhu konkrétního seniora, vzpomínání nad určitými tématy ve skupině, aj. Reminiscenční terapii lze využít tedy i u seniorů s demencí (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 9).

Reminiscenční terapie napomáhá ke zlepšení kvality života seniorů s demencí a to i přesto, že jejich krátkodobá paměť je značně narušena, ale schopnost vybavit si vzdálenější minulost je v mnoha případech téměř nedotčena. Při využití této terapie u seniorů s demencí je třeba myslet na to, že při navazování kontaktu s těmito lidmi hrají hlavní roli emoce. Při reminiscenční terapii je možné využít různé způsoby stimulace, například hudbu, konkrétní pomůcky, tvořivé aktivity, aj. Pokud je to možné, dát přednost individuální reminiscenci, která je pro tuto skupinu seniorů vhodnější (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 66-68).

Ergoterapii lze chápat jako součást rehabilitace člověka, pro kterého může být smysluplná činnost jistou nadějí (Krivošíková, 2011, s. 7). Ergoterapie napomáhá lidem vykonávat každodenní činnost tím, že je do těchto činností zapojí, i přes jejich postižení nebo poruchu. Ergoterapie se týká všech činností, které vyplňují čas a prostor člověka a jeho životu dávají smysl, umožňují mu potvrdit sebe sama, účastnit se života v širším kontextu a přispívat k životu jeho rodiny. Tyto činnosti se odborně nazývají oblastí výkonu zaměstnání. Dělíme je do tří skupin, a to všední denní činnosti, práce a produktivní činnosti a hra a volný čas (Krivošíková, 2011, s. 13).

Dalšímu popisu ergoterapie se Krivošíková (2011) věnuje v následujících dvou odstavcích. Výsledkem a cílem ergoterapeutického působení je naučit pacienta novou nebo dříve zapomenutou činnost. Dále pomáhat při plánování a organizování činností a aktivit v běžném životě, doporučit alternativní způsoby provádění činností a úkolů. Technické a kompenzační pomůcky, které napomáhají zvyšovat soběstačnost jedince v běžných denních aktivitách, poskytovat metody a zdroje pro nácvik provádění činností u pacientů s dočasným nebo chronickým onemocněním, a specifikovat oblasti problémů u jedince.

V léčbě a hodnocení využívá ergoterapeut dva přístupy, a to přístup shora dolů a přístup zdola nahoru. V přístupu shora dolů hodnotí výkon jedince v oblastech soběstačnosti, produktivních činnostech a ve volnočasových činnostech. V přístupu zdola nahoru se ergoterapeut zaměřuje na nedostatky ve specifických dovednostech, které zabraňují zapojení jedince do činností,

kteře jsou pro něj důležité, například svalovou sílu jedince, rozsah pohybu, koordinaci, paměť, pozornost, aj. Pak dochází k hodnocení jejich vlivu na činnosti, jako je nakupování, oblékání, hra, sport, apod. Tento přístup předpokládá, že jedinec bude schopen rozšiřovat naučenou izolovanou dovednost do komplexní činnosti. Například jemnou motoriku do oblékání. Oba přístupy lze kombinovat. Dle používaných činností rozeznáváme několik oblastí ergoterapie, a to ergoterapii zaměřenou na nácvik všedních denních činností, na nácvik pracovních dovedností, ergoterapii zaměstnáváním, funkční a zaměřenou na poradenství.

Jiráek (2009) popisuje **validační terapii**, která je založena na úctě k osobě s demencí, jedná se o pozorné naslouchání a empatie, pracuje s původním tématem pacienta, posiluje lidskou důstojnost a motivuje pacienta.

Mlýnková (2011) sděluje, že **animoterapie** je způsob léčby, která využívá pozitivního vlivu zvířat na organismus člověka a zlepšuje psychickou i tělesnou stránku, čímž se podílí se na snížení úzkosti a deprese.

Holmerová (2009) popisuje **kinezioterapii** tzv. psychomotorickou terapii, kdy pacienti posilují ochablé svalstvo vybraných svalových skupin. Dále autorka uvádí, že cílem terapie je především posilování oslabených svalů, zvyšování svalové síly, udržení a zlepšení hybnosti.

Terapie **kognitivních stimulací** - jedná se o program z tělesných cvičení, her a aktivit ke stimulaci myšlení, paměti a řeči. Obtížnost tréninku u osob s demencí je třeba zohlednit podle stádia onemocnění pacienta (Probstová a Pěč, 2014, s 32).

Pomoc s **úpravou domácího prostředí** v sobě zahrnuje i vytvoření systému péče o nemocného. Nedílnou a důležitou součástí péče je podpora rodiny, která je zaměřena hlavně na emoční zpracování zátěže. Pomoc rodinám poskytuje pečovatelská služba nebo denní stacionáře. Jejich výhodou je to, že nemocný je udržován ve známém rodinném prostředí. V případech, kdy tuto péči nelze v rámci rodiny zajistit, bývají nemocní umístováni do léčeben pro dlouhodobě nemocné, na gerontopsychiatrická oddělení nebo specializovaných ústavů. Tato umístění nemocných bývají nutná v poslední fázi choroby (Vágnerová, 2008, s. 287).

Schopnost vykonávat aktivity ubývá od složitějších profesionálních dovedností k tzv. instrumentálním, které umožňují jedinci vést nezávislý život (vaření, úklid, nakupování, aj.) až po základní aktivity všedního dne (oblékání, hygiena, konzumace jídla, aj.) Alzheimerovu chorobu nelze v současnosti vyléčit, lze pouze zpomalit její průběh

a co nejvíce demenci udržet v počátečním stadiu a to za pomoci biologické léčby a psychosociálního přístupu. Léčba je záležitostí týmovou a multiprofesní, proto je třeba, aby se do ní zapojili lékaři, psychologové, zdravotní sestry a sociální pracovníci (Probstová a Pěč, 2014, s. 31).

Biologická léčba společně s psychoterapeutickými programy mohou zbrzdit prohlubování demence, ale časem toto onemocnění postupuje a vyžaduje zapojení ošetrovatelské péče. V počáteční fázi onemocnění je vhodné přizpůsobit životní prostředí klienta tak, aby mu zaručovalo větší bezpečnost a zátěž jeho blízkých se zmenšovala. Při dalším postupu onemocnění je třeba asistence při konzumaci jídla, udržování hygieny a ošetřování zdravotních komplikací, jako jsou například dekubity, podvýživa, infekční onemocnění, aj. (Probstová a Pěč, 2014, s. 33-34).

Z jednotlivých terapií se vytváří komplexní programy, a to společně s psychosociálními přístupy, biologickými, ošetrovatelskými a sociálními službami, které se využívají na půdě denních center nebo stacionářů (Probstová a Pěč, 2014, s. 33).

2 SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE

2.1 Socializace

Socializace je celoživotním vývojovým procesem, na jehož základě se jedinec stává společenským. Adaptuje se tak na prostředí, ve kterém žije, začleňuje se, postupně se osamostatňuje a navazuje sociální kontakty. Proces socializace vzniká na základě sociálního učení, které probíhá v sociálních podmínkách, v různých sociálních situacích a při sociálních komunikacích. Sociální vývoj a postavení jedince jsou ovlivňovány zdravotním stavem, jenž je základem celého socializačního procesu, který probíhá v primárním společenském okruhu, tedy v rodině (Šándorová, 2015, s. 63-64).

V případě socializace můžeme hovořit o procesu sociálního učení, jenž probíhá od nejranějšího věku dítěte, které je ve styku se sociálním okolím, v tomto případě se jedná o kontakt dítěte s rodinou. Vzájemné působení rodiny a dítěte je individuální. Je ovlivněno zejména dědičností, vrozenou konstitucí jedince a lidskými druhovými vlohami. Neexistuje jednotné pojetí socializace, na němž by se dala její definice založit (Nakonečný, 2000, s. 57).

2.1.1 Fáze socializace

Helus (2015) sděluje, že socializace se objevuje až ve 20. letech minulého století a v následujících 4 odstavcích definuje její fáze:

1. fáze - datuje se od dvacátých až čtyřicátých let 20. století a má pojem spíše kulturněantropologický a byla chápána ve smyslu vnucování nových kulturních vzorců. Zaměřovala se na přizpůsobování domorodců koloniálních území v Africe a Asii, na kulturní normy a zvyklosti obyvatel.

2. fáze - převládá orientace na oblasti ve Spojených státech a sociálně psychologické bádání. Výzkumy se zaměřovaly na přistěhovalce, kteří přicházeli v masových vlnách do Spojených států a byli nuceni osvojit si americký způsob života, jejich normy a hodnoty. V opačném případě byli odsouzeni k živoření a stávali se celospolečenskou zátěží. V této době se poprvé objevuje pojem sociální deviace.

3. fáze – dochází k uplatňování sociálně psychologického hlediska. Zkoumají se zejména psychické mechanismy a procesy, které jsou nositeli přetváření socializačních požadavků do vývoje individuální osobnosti. Socializující se jedinec přejímá kulturní vzorec a učí se žít

v souladu s požadavky a nároky prostředí. Pozornost je ve větší míře věnována dětství a mládí jedince, kdy se utváří základ jeho osobnosti.

4. fáze - socializace se stává celoživotním vývojovým procesem, tedy od narození až do konce života jedince.

Proces socializace v sobě zahrnuje tři fáze, a to primární, sekundární a terciární. **Primární fáze** socializace probíhá od narození jedince po vstup do školy a je vázána na přilnutí k mateřské osobě. Jedná se o prvotní psychologickou a sociální vazbu, která značně ovlivňuje kvalitu vztahů a možnou potřebu resocializace. Pro vývoj osobnosti jedince je tato fáze jedinečná a zásadní. **Sekundární fáze** probíhá od vstupu jedince do školy po období adolescence, **terciální fáze** od období adolescence a dospělosti. Zde je nevyhnutelná úvaha o možnosti další fáze, tzv. **kvartární fáze** socializace, která se vztahuje k seniorskému věku. Věk seniorů bývá spojen s řadou socializačních výzev, např. odchod ze zaměstnání, smrt životního partnera, ale i zhoršený zdravotní stav jedince, kdy se mění jeho denní činnost a výkonnost vlivem jeho podlomené zdraví. V každé z těchto fází vznikají určité socializační problémy, na které by měla reagovat a hledat odpovědi i resocializační pedagogika (Škoviera, 2018, s. 21-22).

Socializaci označujeme za funkční či dysfunkční. V případě funkční socializace dochází k začlenění jedince do společnosti, kde nachází své místo a realizuje svoje vztahy. V opačném případě se jedná o dysfunkční socializaci, kdy má jedinec značné potíže v utváření interpersonálních vztahů. Jeho jednání je tak asociální. Na dysfunkční socializaci má velký vliv rodina a blízká společnost (Helus, 2015, s. 122-123).

2.1.2 Sociální význam demence

Chování lidí trpících demencí je často přisuzováno jejich věku. Ztráta kompetencí v pokročilém věku se považuje za něco přirozeného a zcela běžného. Postoj k nemocnému tak v sobě zahrnuje soucit a pocit nároku na péči. Je zde tendence omezení kontaktu s nemocným trpícím demencí a to z důvodu nemožnosti vzájemné komunikace a obtížemi ve vzájemném porozumění. Demence vede ke ztrátě sociálních rolí nejen ve společnosti, ale zejména v rodině. S tím souvisí i změna vzájemných vztahů v rodině, mění se rodinná hierarchie uspořádání (Vágnerová, 2008, s. 284-285). Autorka dále uvádí, že pro rodinu bývá postupná ztráta kompetencí a úpadek osobnosti jednoho ze členů velkou zátěží, která v sobě zahrnuje dvě složky:

– Náročnost péče o člena rodiny postiženého demencí

Tato složka v sobě zahrnuje kontrolu nemocného, která může být rovněž obtížná, kdy výpadky paměti nemocného, úbytek soudnosti a jeho dezorientace mohou mít negativní důsledky. Domluva s nemocným je také nesnadná, pro příbuzné bývá velmi emočně vyčerpávající a způsobuje u nich pocity bezmoci. Mnohdy nelze respektovat přání nebo nápady nemocného, protože mohou být pro něj, ale i pro okolí nebezpečná. Postupně se z nemocného stává pasivní objekt péče, přestane být soudným a zcela ztrácí schopnost porozumět okolnímu dění. V pokročilé fázi onemocnění je nemocný zcela odkázán na péči ostatních lidí. Ta je psychicky i fyzicky značně náročná, jedná se o péči komplexní a nepřetržitou, spojenou s pocitem marnosti, jelikož stav nemocného se nezlepší a nelze jej vyléčit.

– Přijetí proměny osobnosti nemocného

Akceptovat zdravotní stav blízkého člověka spojený s proměnou jeho osobnosti je velice těžké a neobejde se to bez změny vztahu k nemocnému. Zpočátku onemocnění je snaha příznaky choroby popírat a vykládat si je jiným způsobem, například jako důsledek únavy a přetížení. Konečná negativní diagnóza, která je nepříznivá, vyvolává obranné reakce blízkých lidí nemocného. Ti pocítují lítost a soucit, zároveň i negativní emoce, jako odpor, nechuť. Mohou dokonce myslet i na to, že by bylo lepší, kdyby nemocný zemřel. Příbuzní těžko přijímají situaci, že dříve tak schopný, cílevědomý a ohleduplný člověk se nyní projevuje nepřijatelným způsobem. Nejsou schopni přijmout fakt, že tuto změnu nemůže nemocný ovládat vlastní vůlí. Nemocný je fyzicky přítomen, ale psychicky se změnil, ztratil svoji osobnost. Čím je postižený jedinec mladší, tím hůře okolí tento stav a danou situaci zpracovává. Značně frustrující je pro ošetřující nemocného, stav kdy je zcela přestává rozeznávat. Intenzivní péče tak postrádá smysl, když je nemocnému vlastně lhostejné, kdo tuto péči vykonává.

Pokud se příbuzní nevyrovnají s úpadkem osobnosti nemocného, reagují různými způsoby, například únikem ze situace, umístěním nemocného v léčebném zařízení. Také omezují četnost svých návštěv u nemocného, což si odůvodňují tím, že je nemocný stejně nepoznává, v zařízení je mu lépe, aj. Umístění nemocného do specializovaného zařízení bývá někdy nutností, návštěvy příbuzných jsou ale žádoucí na jeho podporu (Vágnerová, 2008, s. 285).

Holmerová a Mátlová (2015) zařazují do práv pro osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími formami demence tyto práva:

- mít informace o své chorobě,
- mít k dispozici nepřetržitou a vhodnou léčbu,
- v rámci možností být užitečným při práci i zábavě a to tak dlouho, dokud to půjde,
- vnímat ho jako dospělého a ne jako dítě a brát vážně jeho pocity,
- při léčbě, pokud to není nezbytné, neužívat psychotropní látky,
- žít v klidném, známém a bezpečném prostředí, mít možnost chodit ven,
- těšit se z každodenních činností, které dávají smysl životu,
- cítit tělesný kontakt v podobě objetí, pohlazení, stisku ruky,
- být s lidmi, kteří znají život a zvyky nemocného,
- být ošetřován zkušeným personálem, který je vyškolen pro péči o osoby s demencí.

2.2 Resocializace

Existuje více definicí pojmu resocializace, velký psychologický slovník ji definuje jako opětovné zapojení člověka propuštěného z dlouhodobé ústavní, vězeňské, nemocniční, či jiné péče do otevřené společnosti (Hartl, 2010, s. 499). Slovník sociální práce hovoří o návratu ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj nějakým způsobem odchýlili (Matoušek, 2013, s. 183).

2.2.1 Metody resocializační pedagogiky

V oblasti resocializační pedagogiky panuje mezi odborníky nízká shoda. To je dáno šířkou jejího obsahu a upřednostňováním autorů. Klasická resocializační pedagogika nabízí dva základní okruhy metod a na ně navazující další metody. Prvním okruhem je individualizační přístup jako činitel resocializační výchovy. Tam se řadí metody, které usměrňují aktivitu vychovávaného (sdělování rozhodnutí, výchovné rady, přesvědčování) a metody podmiňující a zvyšující aktivitu vychovávaného (metoda osobního vlivu, organizování zkušeností, ukázkující působení). Druhým okruhem metod je sociotechnika resocializační výchovy. Je zde činitelem resocializační výchovy vztah ke kolektivu. Řadíme sem metody usměrňující vliv skupiny (tvorba norem, a struktury skupiny, tvorba cílů skupiny) a metody na zvýšení a posílení vlivu skupiny (posílení významnosti skupiny, její sjednocování a začlenění skupiny) (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Metody se uskutečňují v pěti současně probíhajících rovinách. V první rovině je výrazné vnější přímé vedení, ve druhé rovině se jedná o vnitřní odpoutání se od přímého vedení a objevování vlastních schopností. Třetí rovina v sobě zahrnuje přijetí společenství jako potřebnou součást samostatného pozitivního prožívání života. Ve čtvrté rovině jde o upevňování chování a jednání jednotlivce. Pátá rovina v sobě zahrnuje tvorbu přijatelného společenství z konkrétních jedinců ve vnějším prostředí a jedince, který do něj přichází nebo se do něj vrací (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Regulačně-korektivní metody vyjadřují rozdíl v odpovědnosti mezi pedagogy a jedinci, s nimiž pracují, používají sport a práci k aktivizaci kognitivních, emocionálních a sociálních procesů, směřují od výchovy k sebevýchově, od vnější regulace k samoregulaci a sebeřízení. K těmto metodám řadíme metody režimu, odměny a trestu, hodnocení chování, logických důsledků, úkolů a požadavků, sportu a práce, relaxace, obměny skupinové dynamiky (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Kreativní a sebepoznávací metody jsou spojeny s novým zážitkem či zkušeností z tvůrčí činnosti, budují vzájemnou důvěru, směřují k hlubšímu sebepoznání a rozvíjí schopnost být více otevřený a přijímat otevřenost druhých. Sem patří například metody hry, tvůrčího psaní a dramatiky, rytmických aktivit, tvůrčích a pracovních aktivit, pohybových aktivit, výtvarného vyjádření, a jiné (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Do **personálně-vztahové metody** řadíme metody rozhovoru, osobního příkladu, meditace, řešení sporu, metodu dohody a skupinového zájmu, účasti a podílu na kvalitě života, společného zážitku, aj. Tyto metody jsou zaměřené především na skupinových vztazích, ale vedou i k zachování vlastní jedinečnosti a jedinečnosti postavení v rámci skupiny (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Metody posilování a zvyšování odolnosti a fixace chování vedou jednotlivce k cítění a vnímání jeho hranic v zátěžových situacích, pomáhají vnímat sám sebe a vedou k pozitivním změnám v sebevědomí jedince. Jsou také zaměřeny na fungování jedince v ne příliš bezpečném prostředí. Sem řadíme metody zátěžových situací, rozboru rizik a nácviku rizikových situací (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Metody opětovného zapojení a přizpůsobení se v původním prostředí jsou metody posilující účast a podíl na životě společenství, umožňují ověření strategií zvládnání stresu a připravují externí prostředí na přijetí jedince. Mezi tyto metody patří metoda dlouhodobé

terapeutické dovolené, samostatné vycházky a propustky, dobrovolné činnosti a veřejně prospěšné práce (Škoviera, 2018, s. 78-82).

Stankowski (2003) uvádí, že z pedagogických metod se v resocializaci užívají výchovné metody. Dále sděluje, že základními kritérii těchto metod jsou čas, místo použití užité techniky a prostředky působení, kam řadíme osobní hodnoty, formální a neformální skupiny, kulturu či společenskou situaci.

Metoda přímého výchovného vlivu zahrnuje přímou komunikaci a reakce mezi osobou vychovávajícího a vychovávaného. Řadíme sem například metodu přesvědčování, osobní příklad, vyjadřování nesouhlasu či souhlasu, zavádění sebevýchovy, vyjádření názoru, uvědomování a přesvědčování, nácvik a návyk (Stankowski, 2004, s. 54).

Metoda nepřímého výchovného vlivu obsahuje rozdílné formy a druhy. Řadíme sem metody situačního vlivu, pozitivního a negativního posílení, uvědomování důsledků chování, instruování, organizování zkušeností, prvky sociotechnické a trénink (Stankowski, 2004, s. 54).

Metoda samosprávy vychovávaných jedinců v praxi naráží na mnoho překážek spojených s odpovědností vychovatele, a to jak civilní, tak i trestní. Proto se častěji zavádějí do praxe prvky samosprávy, které řídí činnost prostřednictvím reprezentace výchovných skupin s formální organizační strukturou (Stankowski, 2004, s. 54).

Müller (2014) chápe resocializaci tak, že v socializaci došlo k selhání, tedy socializace nebyla funkční ale disfunkční. Autor také zmiňuje, že resocializaci tvoří tři procesy, a to readaptace, tj. reakce jednotlivce na změny prostředí a na vlastní osobní změny. Reintegrace, tj. opětovné budování vztahu skupiny a jednotlivce. Re-personalizace, která v sobě zahrnuje znovuobjevení hranic své jedinečnosti a tvorbu pozitivní integrity jedince.

Objevují se a vzájemně na sebe působí změna hodnot a role jedince a jeho změna sociální situace. U jedince velice často dochází ke vnitřním konfliktům ve snaze dosáhnout a naplnit svým jednáním novou roli a uchovat si stále své původní hodnoty. Tuto situaci nazýváme „kognitivní disonancí“ (Škoviera, 2018, s. 29).

Hartl a Hartlová (2010) chápou resocializaci jako opětovné zapojení člověka, který byl propuštěn z dlouhodobé ústavní, nemocniční nebo jiné péče do společnosti nebo ji chápeme jako návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování těch lidí, kteří se od takového způsobu chování odchýlili.

Další skupinou jsou jedinci, jejichž socializace proběhla bez problémů, ale na základě nepříznivé životní události, zvrátů či krize se úspěšná socializace přerušila. Došlo k výrazným sociálním změnám a oni nejsou schopni se sami orientovat a přizpůsobit se životu ve společnosti. Jedná se o proces transformace identity, v němž se jedinec učí nové role a odpoutává se od těch starých. To vyžaduje odučení přijatých norem, která jsou nahrazovány normami novými. Dále se jedná o odučení hodnot, názorů a zvyků. Tito jedinci vyžadují náležitou podporu, pomoc a péči. Resocializace je ovlivňována řadou faktorů. Vnitřními faktory jsou např. schopnost adaptovat se na novou roli a její nároky. Vnějšími faktory jsou míra odlišnosti nového prostředí oproti původnímu, nové prostředí jako takové a s ním spojená ochota pomoci novému jedinci, tolerantnost, vstřícnost a podpora. Citová vazba k původnímu prostředí může proces resocializace jedince zpomalit (Reichel, 2004, s. 189-191).

Stankowski (2003) uvádí, že cílem resocializace je hledání nových řešení. To znamená, že u sociálně nepřizpůsobivých jedinců, kteří mají společensky nežádoucí a neakceptující hodnoty je zapotřebí resocializace, tedy změna hodnotového systému tak, aby byl akceptovatelný a shodný s hodnotovým systémem dané společnosti.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE

V České republice dlouho fungoval a byl upřednostňován kolektivistický model péče. V té době zde existovala řada dobře materiálně i personálně zajištěných ústavů. Klienti byli svěřeni do ústavní hierarchie. Vzhledem k nízké spoluúčasti klientů a rodin na řešení obtíží a zavedený systém, na kterém byli klienti a rodiny závislé, vedly k bezmocnosti. Zvyšovalo se tak riziko manipulace. V devadesátých letech 20. století probíhaly jednotlivé reformní kroky, které vedly k uvolnění především nevládních neziskových organizací. Zejména nevládní sektor se pružněji a rychleji zaměřil na poskytování služeb v komunitách a rodinách. Vznikaly různé projekty na podporu začlenění osob se zdravotním postižením tj. chráněné dílny a byty, osobní asistence, denní centra a stacionáře, aj. (Sychrová, 2014, s. 73-74).

Zásadním krokem k proměně rezidenční ústavní péče byla Bílá kniha v sociálních službách. Ta stanovila pravidla a principy pro transformaci poskytování péče (Sychrová, 2014, s. 73-76; MPSV, 2003). MPSV (2003) mezi tyto principy řadí zejména nezávislost a autonomii klientů, začlenění a integraci, respektování potřeb, partnerství, kvalitu, standardy, rozhodování v místě poskytování služby.

První porevoluční zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., vycházel ze základního pojetí Bílé knihy. Došlo tak ke koncepční změně v poskytování služeb. Finanční příspěvky se distribuovaly primárně k uživatelům nikoli k poskytovatelům služeb, posilovala se zodpovědnost klientů za řešení své životní situace, ve větší míře bylo umožněno poskytování péče v domácím prostředí, zavedla se povinnost plánování služby tak, aby se přizpůsobovala proměně požadavků konkrétního uživatele na péči. Zákon rovněž posiluje rovnoprávné postavení uživatele a poskytovatele. Ke zkvalitnění sociálních služeb vede bezplatné sociální poradenství a zvyšování kvalifikačních požadavků na vzdělání pracovníku v sociálních službách (Sychrová, 2014, s. 74-76). Poskytovaná pomoc má být podle MPSV (2007) dostupná, efektivní, kvalitní a bezpečná.

V současné době se vazby sociální interakce rychle mění a postavení člověka je velmi složité. Mechanismy sociální regulace jsou uvolňovány, odstraňovány a vytváří se nové. Opět však prosakují jevy, jako jsou ztráta identity osamocení, problematické využívání volného času, bezohlednost, emoční labilita, autorita, aj. (Vališová a kol., 2012, s. 198). Autoři negativní jevy projevující se ve společnosti shrnují do jednotlivých bloků, a to:

- pluralizace životních forem a sociálních vztahů,
- etické a ekonomické problémy,

- multikultura,
- virtuální a mediální realita,
- transformace rodiny a partnerských vztahů,
- relativizace autority.

V rámci mezigeneračních vztahů uvažujeme o vzájemném vztahu mezi příjemcem a nositelem autority. V současné době v naší společnosti ovlivňují autoritu i moderní technologie, což s sebou přináší i skutečnost, že starší generace se učí od té mladší, pro kterou jsou inovace přirozenou potřebou. Většina seniorů se však drží svých osvědčených praktik a zkušeností a o inovace moc nestojí. To v sobě skýtá riziko, že o lidi staršího věku není v pracovním procesu zájem. Je zde obecné povědomí, že starší člověk bude na své pracovní pomalejší, bude mít častější absenci z důvodu zdravotních problémů, nebude zvládat práci s použitím nových technologií, atd. Bez ohledu na zmíněné stinné stránky pokročilého věku, můžeme průběh našeho stáří ovlivnit naším osobním přístupem (Vališová a kol., 2012, s. 200 - 201).

Mezi seniory lze nalézt jedince působící spokojeně. Jedince, kteří mají spoustu zájmů a aktivit. Tyto jedinci jsou empatičtí, tolerantní, optimističtí, udržují sociální kontakty, zajímají se o druhé lidi a jejich osudy. Ale i jedinec upoutaný na invalidní vozík může kolem sebe rozdávat radost a nabídnou pomoc jiným. Tito lidé svůj život nevzdávají a umí se k problémům postavit čelem. Díky těmto cílům mají stále pro co žít. Jejich sebedůvěra podporuje jejich imunitu a pomáhá utvářet pevné, vřelé a upřímné vztahy s druhými. Opakem jsou jedinci, kteří se při prvním neúspěchu uzavrou do sebe. Nevyhledají pomoc, obviňují druhé ze svých neúspěchů, závidějí ostatním, přestanou se zajímat o dění kolem sebe, upadají do depresí. Jejich organismus oslabuje, což může vést k mnoha zdravotním potížím. I pro starší generaci platí, že je třeba žít a ne živořit a každý den poznávat něco nového (Vališová a kol., 2012, s. 201-202).

Role sociálního pracovníka a dalších profesionálů pro klienty s tímto onemocněním je nenahraditelná. Jejich úsilí směřuje zejména k udržení kvality života klienta a současně ke snížení zátěže rodinným příslušníkům. U klienta je zásadní zajistit bezpečnost, životní pohodlí a udržet co nejdéle jeho produktivitu. Sociální pracovník dbá na to, aby měl klient zabezpečen přístup k zdravotním službám, dále dbá o jeho bezpečnost, poskytuje vhodnou psychoedukaci, informuje o pomoci a o službách. Jeho úlohou je také poskytování podpory a asistence v oblasti právní a finanční. Sociální pracovník neposkytuje pomoc pouze klientům, ale také jejich rodinám. Rodinní příslušníci jsou znepokojeni novým chováním klienta, jeho

myšlením, dětinským chováním či emočními projevy. Mnohdy se rodinní příslušníci obviňují z toho, že péči o nemocného nezvládají. Cítí, že jim nejsou schopni ulevit, mají ambivalentní pocity vůči nemocnému a jsou vyčerpaní. Ze strany sociálního pracovníka se jedná o individuální podporu rodinným příslušníkům a psychoedukaci. Pokud je to možné, je třeba členům rodiny poskytnout odlehčovací péči (Probstová a Pěč, 2014, s. 34-35).

Odlehčovací péče, či tzv. respitní péče nebo služba umožňuje na určitou dobu zastoupit rodinného příslušníka v každodenní péči o nemocného. Rodinný příslušník má tak možnost načerpat nové síly, zrealizovat rekreaci, zajistit další potřebné věci pro chod domácnosti aj. (Probstová a Pěč, 2014, s. 38).

3.1 Pravidla konverzace s pacientem

Mezi pravidla konverzace s pacientem řadíme *pomalou a zřetelnou mluvu*. Lidé postižení demencí potřebují dostatek času na to porozumět slovům a jejich významu. Pokud postižený jedinec nerozumí tomu, co je mu sdělováno, je třeba mu své sdělení zopakovat pomaleji nebo užít jednodušší slova. V žádném případě není vhodné zvyšovat hlas nebo křičet. *Sdělovaná věta* by měla obsahovat pouze *jednu informaci*. Je vhodné užívat *věty jednoduché*, dlouhá souvětí se nedoporučují, a to proto, že postižený jedinec na konci věty může zapomenout její začátek a tak nepochopí celé výpovědní sdělení. Pokud je třeba uvést nějaké souvislosti nebo vyprávět příběh, je třeba sdělení rozložit na kratší úseky. Věty by měly být krátké a měly by být mezi nimi pauzy. *Otázky* postiženému jedinci klademe co *nejjednodušší*, aby jeho odpověď zněla ano nebo ne. Při konverzaci s jedincem postiženým demencí je vhodné *používat osobní a ukazovací zájmena a jméno osoby*, které bylo zmíněno na začátku rozhovoru vkládat do každé věty, aby si ji postižený jedinec zapamatoval po celou dobu rozhovoru. *Důležitá sdělení* je vhodné *opakovat* několikrát a *vkládat na konec věty*. Není vhodné rychle měnit téma rozhovoru. Po uzavření jednoho tématu, je lepší udělat krátkou přestávku a pak přejít na téma druhé. Při rozhovoru je třeba dbát na *oční kontakt* s postiženým jedincem a je tak vhodné sedět během rozhovoru proti sobě. Při rozhovoru *neopravujeme* postiženého jedince při chybném výběru slov, aktivně mu nasloucháme a jeho sdělení pak vlastními slovy zopakujeme (Ehrenfreuchter et al., 2014, s. 78-79).

Rozhovor s klientem a způsob vedení rozhovoru by měl odpovídat schopnostem klienta, především jeho kognitivním schopnostem. Pokud jsou na nižší úrovni, užívá se při rozhovoru jednoduchý jazyk, klade se vždy jedna otázka, klient se oslovuje jménem a mluví se pomalu.

Rozhovor se vede s klientem nejlépe, pokud je v klidu. Jsou-li poznávací funkce klienta na dobré úrovni, není třeba vést zjednodušené způsoby rozhovorů. Mohlo by to vést ke zvýraznění dominance pracovníka nad klientem. U klienta může dojít k apatii, k většímu osobnímu ústupu a ztrátě sebeúcty (Probstová a Pěč, 2014, s. 37).

Velice důležitou a nezbytnou je správná komunikace s osobou postiženou demencí. Aby komunikace byla efektivní, je třeba přizpůsobit své komunikační metody jeho rozpoložení nemocného, jeho míře pozornosti a celkové schopnosti jeho fungování. Hovoříme tak o pozitivní interakci. Interakcí rozumíme obousměrnou komunikaci, při které používáme verbální i neverbální projev (výraz tváře, řeč těla). Za primární způsob komunikace je považován verbální projev, tedy mluvený nebo psaný projev, ale z devadesáti procent probíhá veškerá komunikace neverbálně. Nálada pečujícího se často přenáší na nemocného. Tento jev je známý jako „zrcadlení“. Je tedy nutné, aby chování pečující osoby bylo klidné a uvolněné. A to v situacích, kdy se tak pečující osoba necítí.

Mezi základní pravidla pozitivní interakce patří snaha pečujícího být klidný, příjemný a dodávat nemocnému sílu. Zvláštní pozornost je kladena na hlas, jeho tón, výšku, rychlost řeči a modulaci hlasu. Tón hlasu by měl být příjemný a uklidňující, rychlost řeči by neměla být příliš pomalá, nemocný by se tak mohl ztrácet v souvislostech. Při rychlé mluvě zase hrozí, že vás nemocný nebude stačit vnímat. Důležité je také myslet na tělo a jeho držení, protože i řeči svého těla vysílá pečující osoba určitá sdělení nemocnému a oční kontakt. Dalším neméně důležitým pravidlem je podpora pozitivního sebehodnocení. Je třeba považovat nemocného za sobě rovného, a tak s ním jednat. Nemluvit o něm s nikým v jeho přítomnosti, nepoužívat zápory a vyhýbat se kritice na jeho osobu. Není vhodné mluvit s nemocným jako s malým dítětem, takové jednání pro něj může být zahanbující. Dále je nevhodné, pokládat nemocnému otázky, které začínají slovem **proč**. Je dobré, dopřát nemocnému samostatnost v rámci bezpečných mezí a možnost volby. S pacienty s pokročilou demencí je vhodné mluvit v jednoduchých větách a v případě potřeby tyto věty opakovat, pacienti s mírným postižením tolik zjednodušování nepotřebují. Někdy je třeba i jednoduchou větu pozměnit, aby si pacient uvědomil, co je mu říkáno a co má udělat. Pokud pečující osoba nemocnému nerozumí, neměla by svoji frustraci dávat najevo. Hrozí totiž, že dojde k rozrušení nemocného a vzájemná komunikace se tak ztíží. V takových případech se doporučuje představit si sám sebe ve stejné situaci jako je nemocný, mluvíme o vcítění, čili empatii (Glenner, 2012, s. 43-48).

3.2 Dávky sociálního zabezpečení pro osoby s Alzheimerovou chorobou

3.2.1 Starobní důchod

Nárok na starobní důchod vzniká, pokud daná osoba dosáhla stanoveného věku a potřebné doby pojištění, případně splňuje další podmínky stanovené zákonem č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Nárok na předčasný důchod vzniká v případě splnění podmínky získání potřebné doby pojištění nejdříve 3 roky, pokud jeho důchodový věk je nižší než 63 let nebo 5 roků, pokud jeho důchodový věk činí alespoň 63 let a dosáhl věku alespoň 60 let. O výši důchodu, jeho přiznání a výplatě rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení nebo orgán sociálního zabezpečení Ministerstva obrany ČR, Ministerstva vnitra nebo Ministerstva spravedlnosti na základě žádosti o důchod. Žádost o důchod se podává u okresní správa sociálního zabezpečení, u složek ozbrojených sil jsou pak určité odchylky (MPSV, 2015, s. 103).

3.2.2 Invalidní důchod

Nárok na invalidní důchod má ten, kdo nedosáhl věku 65 let, stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění. Pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod dle zákona č. 155/1995 Sb., popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod dle výše uvedeného zákona, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo se stal invalidním následkem pracovního úrazu. Osoba je invalidní, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastane pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 % (ČESKO, 1995).

Podle poklesu pracovní schopnosti osoby rozlišujeme invaliditu na:

- invaliditu prvního stupně - pokles pracovní schopnosti osoby nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %,
- invaliditu druhého stupně - pokles pracovní schopnosti osoby nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %,
- invaliditu třetího stupně - pokles pracovní schopnosti osoby nejméně o 70 % (ČESKO, 1995).

Pracovní schopností je schopnost osoby vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k jeho vzdělání, zkušenostem

a znalostem. Poklesem pracovní schopnosti je snížení schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u osoby před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (ČESKO, 1995).

Pro přiznání invalidního důchodu, musí být splněna podmínka potřebné doby pojištění jedince, která činí dle věku osoby:

- do 20 let méně než jeden rok,
- od 20 let do 22 let jeden rok,
- od 22 let do 24 let dva roky,
- od 24 let do 26 let tři roky,
- od 26 let do 28 let čtyři roky a
- nad 28 let pět roků (ČESKO, 1995).

3.2.3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Rozhoduje o něm krajská pobočka Úřadu práce a náklady na tento příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Stát se tak podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb. Nárok na tento příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb a tuto pomoc jí poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Nárok na příspěvek má osoba i po dobu, po kterou je jí poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Na jeho nárok nemá osoba mladší jednoho roku (ČESKO, 2006).

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v stupni I. (lehká závislost), pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout tři nebo čtyři základní životní potřeby. V stupni II. (středně těžká závislost) není schopna zvládnout pět nebo šest základních životních potřeb. V stupni III. (těžká závislost) není schopna zvládnout sedm nebo osm základních životních potřeb a stupni IV. (úplná závislost) není schopna zvládnout devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (ČESKO, 2006).

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, a to mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, péči o zdraví a domácnost, výkon fyziologické potřeby a osobní aktivity. Pro uznání závislosti musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení pak stanovuje prováděcí právní předpis (ČESKO, 2006).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- stupeň I (lehká závislost) – 880 Kč,
- stupeň II (středně těžká závislost) – 4 400 Kč,
- stupeň III (těžká závislost) – 8 800 Kč,
- stupeň IV (úplná závislost) – 13 200 Kč (ČESKO, 2006).

O příspěvek na péči žádá osoba prostřednictvím žádosti na předepsaném tiskopise u příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR. Sociální pracovníci pro účely rozhodování o příspěvku provedou sociální šetření, při kterém zjistí schopnost samostatného života osoby v jeho domácím, tedy přirozeném sociálním prostředí. Poté krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Na základě tohoto posudku vydá kontaktní pracoviště krajské pobočky Úřadu práce rozhodnutí o tom, zda příspěvek na péči přiznává či nepřiznává (MPSV, 2015, s. 79).

3.3 Pobytová sociální služba pro osoby s Alzheimerovou chorobou

3.3.1 Domov se zvláštním režimem

V těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách. Osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a jinými typy demence. Jejich situace a zdravotní stav tak vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Mezi služby poskytované domovy se zvláštním režimem patří zejména poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně a pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o sebe sama. Zprostředkování kontaktu

s okolním prostředím, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí (ČESKO, 2006).

Při poskytnutí této služby lze zajistit i pobytovou sociální službu, která je poskytována za úhradu. Maximální výši úhrad při poskytování služby stanovuje vyhláška k zákonu o sociálních službách č. 505/2006 Sb. (MPSV, 2015, s. 19).

Jihlavské **Alzheimercentrum** tvoří dvě propojené budovy, které poskytují zázemí pro 95 klientů. Nachází se v klidné části Jihlava na břehu řeky s výhledem na krajinu. Pokoje v tomto zařízení jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové, vybavené vanou či sprchovým koutem. V zařízení se nachází multisenzorická terapeutická místnost, tzv. Snoezelen, která je u klientů velmi oblíbená. Jedná se o místnost s nejrůznějšími formami smyslových a světelných podnětů, které pomáhají k relaxaci klientů. Dále mohou klienti využívat Reminiscenční místnost, která jim pomocí důvěrně známých dobových předmětů pomáhá vyvolávat a uchovávat vzpomínky. Tento prostor je využíván i pro pravidelné bohoslužby. K udržení a rozvoji kondice a procvičování dovedností klientů využívá toto zařízení společné prostory k ergoterapii v různých formách. Jsou zde například dílny s výrobou dekorací, ručními pracemi a možností šití na stroji. K dispozici je i kuchyňský kout, kde v rámci ergoterapie klienti vaří a pečou. Všechny tyto činnosti a aktivity jsou důležité pro zachování co nejdélejší samostatnosti klientů (Alzheimercentrum, 2019).

Zařízení také disponuje zastřešeným atriem, které je při vhodném počasí využíváno klienty k setkávání s blízkými, nejrůznějšími aktivitám, zpívání či relaxaci. Díky blízkosti přírody klienti mohou v doprovodu personálu nebo svých rodin, chodit na inspirativní procházky podél břehu řeky. Toto centrum je také kontaktním místem České alzheimerovské společnosti. Provádí se zde testování paměti a je přístupné i zájemcům z řad veřejnosti. Jihlavské Alzheimercentrum je držitelem certifikátu Vážka, který je dokladem nejvyšší kvality poskytované péče, a to nejen po stránce odborně proškoleného personálu, ale i nároků na prostředí a celkový přístup k našim klientům (Alzheimercentrum, 2019).

3.4 Organizace pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinné příslušníky

3.4.1 Česká alzheimerská společnost

Česká alzheimerská společnost, o.p.s. (ČALS) vznikala v průběhu roku 1996. V únoru 1997 byla zaregistrována jako občanské sdružení. Společnost vznikala zejména na základě vzájemné spolupráce profesionálů v oboru gerontologie, kteří se zabývali problematikou demence. Mluvíme tak o řadě lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších. Řady členů postupně rozšiřovali i ti, jichž se problematika demence osobně týká - rodinní příslušníci a pečovatelé (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 113).

V současné době je Česká alzheimerská společnost respektovaným členem významných mezinárodních organizací, a to Alzheimer's Europe a Alzheimer's Disease International. Kontaktní a informační centrum společnosti lze kontaktovat telefonicky nebo navštívit osobně. Kontaktní a informační centra existují na dalších více než 20 místech v celé České republice. Společnost vydává brožury a příručky dle požadavků pacientů a jejich rodinných příslušníků, vytvořila si vlastní databázi služeb pro klienty postižené demencí. Informace jsou veřejnosti k dispozici na www.gerontologie.cz a webová stránka ČALS je umístěna na internetové adrese www.alzheimer.cz (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 113-114).

Česká alzheimerská společnost organizuje semináře a školení pro své spolupracovníky, pro širší veřejnost a specializované týmy. Také realizuje kurzy, které jsou akreditovány MPSV. **Čaje o páté** jsou svépomocné skupiny, které jsou určeny pro rodinné příslušníky klientů postižených demencí. Zde dochází za šetrné koordinace k výměně zkušeností. **Toulky paměti a duší** jsou určeny pro lidi s demencí. **Respítní péče** spočívá v tom, že spolupracovníci České alzheimerské společnosti převezmou na několik hodin týdně péči o klienta postiženého demencí a rodinní příslušníci si tak mohou odpočinout, věnovat se svým zájmům, vyřídit si své záležitosti nebo se setkat se svými známými (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 114).

Je třeba stále upozorňovat na skutečnost, že základním a prvním předpokladem pro to, aby se postiženému dostala správná terapie, péče a pomoc je včasná diagnóza. Projekt **Dny paměti** je zaměřený na včasnou diagnózu Alzheimerovy choroby. Zájemce si může nechat vyšetřit paměť, a v případě potřeby jemu předán kontakt na specialistu, který provede následné podrobné vyšetření a zahájí léčbu. **Certifikát Vážka** propůjčuje Česká

alzheimerovská společnost, o.p.s. jednotlivým zařízením, která poskytují kvalitní a důstojnou péči pacientům postiženým demencí (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 115).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na výzkumné cíle, otázky, metodiku výzkumu a prezentaci výsledků. Dále obsahuje diskuzi, která se týká získaných dat a závěr. Výzkumná část mé diplomové práce umožňuje nahlédnout na problematiku resocializace Alzheimerovy choroby pomocí výpovědí osob s touto chorobou.

4 VÝZKUMÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem diplomové práce je zjistit možnosti resocializace u klientů s Alzheimerovou chorobou.

Výzkum byl realizován na základě následujících třech výzkumných otázek.

VO1: Jaké metody resocializace klienti v rámci vybraného zařízení využívají?

VO2: Jak klienti ve vybraném zařízení tráví volný čas?

VO3: Jak se na péči klientů podílí jejich nejbližší?

5 METODIKA VÝZKUMU

5.1 Metody a techniky sběru dat

Pro výzkum byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2008, s. 48). Mezi přednosti kvalitativního výzkumu patří získání podrobného popisu při zkoumání jedince, události, skupiny, skutečnosti. Tento výzkum umožňuje navrhnout teorie a zkoumat procesy v přirozeném prostředí, hledá místní příčinné souvislosti a dobře reaguje na lokální podmínky a situace. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je především skutečnost, že výsledky výzkumu mohou být ovlivnitelné výzkumníkem, nemusí být zobecnitelné do jiného prostředí a sběr dat s jejich rozбором jsou časově náročné. Obtížné je také testování teorií a provádění kvantitativního odhadu budoucích hodnot (Hendl, 2008, s. 50).

Při rozhovorech s respondenty jsem využila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor nebo též rozhovor pomocí návodu či částečně řízený rozhovor je optimálním způsobem k získávání dat a bývá hojně využíván. Může mít podobu různých modifikací. U polostrukturovaného rozhovoru má tazatel připraven soubor otázek/témat, který bude předmětem rozhovoru a nezáleží striktně, v jakém pořadí budou otázky kladeny. Tazatel může během rozhovoru otázky upravovat, ale je důležité, aby byly položeny všechny. Některá témata mohou být předepsána přesně, tedy jejich formulace a pořadí, v dalších může mít tazatel větší volnost. Polostrukturovaný rozhovor v sobě zahrnuje volný, nestrukturovaný a strukturovaný typ rozhovoru, což v praxi znamená, že díky volnosti rozhovoru dochází k vytváření přirozenějšího kontaktu tazatele a dotazovaného, komunikace plyne lehčeji a dají se částečně přijmout osobnostní specifika dotazovaného. Částečná formalizace rozhovoru usnadňuje práci se zjištěnými údaji, jejich třídění, porovnávání, zobecňování, atd. (Reichel, 2009, s. 110-111).

Polostrukturované rozhovory byly doplněny o případové studie, které byly získány jak od respondentů, tak od sociální pracovnice vybraného zařízení. Dále byly získány z dokumentace klienta. V případové studii se sbírá velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Jedná se tedy o detailní studium jednoho či několika málo případů. Předpokládá se, že na základě důkladného prozkoumání jednoho případu, lze lépe porozumět

jiným podobným případům. V případové studii se jedná o zachycení složitosti případu a popis vztahů vcelku. Zkoumaný případ se pak vnáší do širších souvislostí a může dojít k porovnání s jinými případy, případně se provádí posuzování platnosti výsledků. Výzkum určitého aspektu u jedné osoby nazýváme osobní případovou studií. Pozornost je věnována minulosti, postojům jedince a jiným faktorům, které se odehrály před určitou událostí. Zkoumá se především možná příčina, zkušenosti, procesy, faktory a jiné logické postupy, které mají souvislost k dané události (Hendl, 2008, s. 102-103).

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal ve specializovaném pobytovém zařízení Alzheimercentru, domově se zvláštním režimem, kde žijí osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí účelového výběru, který Vojtíšek (2012) definuje jako výběr, kdy výzkumník rozhoduje, kdo z respondentů nejlépe odpovídá potřebám a zaměření výzkumu. Respondenti mého výzkumu jsou osoby s lehkou formou Alzheimerovy choroby. Výzkumu se zúčastnilo celkem 5 osob, z toho 4 ženy a 1 muž. Všichni dotazovaní respondenti jsou ubytovaní na jednolůžkových pokojích a v zařízení žijí déle než rok.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů

Jméno	Věk	Příspěvek na péči	Délka pobytu v zařízení
Jarmila	78 let	4 400 Kč	2 roky
Věra	88 let	4 400 Kč	2 roky
Kateřina	81 let	8 800 Kč	3 roky
Milada	76 let	8 800 Kč	3,5 roku
Josef	87 let	13 200 Kč	4 roky

5.3 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v období listopad až leden 2019 ve spolupráci s Alzheimercentrem. Zařízení i dotazovaní respondenti s realizací výzkumu souhlasili. S jednotlivými respondenty byla domluvena osobní schůzka, při které byli seznámeni s předmětem výzkumu. Dotazovaní byli informováni o přibližné délce rozhovoru a ubezpečeni o anonymitě výzkumu. Hendl (2008) uvádí, že je vhodné nejen anonymizovat respondenty, ale také pozměnit určité

skutečnosti tak, aby nenarušily výsledky výzkumu. Na základě tohoto doporučení jsem pozměnila jména klientů. Všichni poskytli souhlas s pořízením zvukového záznamu pro účely výzkumného šetření. Polostrukturované rozhovory probíhaly na pokoji klientů nebo v relaxační místnosti, kde byly zajištěny vhodné podmínky pro vzájemnou interakci. Každý vedený rozhovor měl svoji strukturu a trval přibližně 30 minut. Pořadí některých kladených otázek bylo přizpůsobeno dané situaci a k některým otázkám byly přidány doplňující otázky. Během rozhovoru jsem si zapisovala poznámky, které zachycovaly neverbální projevy klientů. Audiozáznamy s rozhovory byly následně přepsány do písemné podoby ke zpracování.

5.4 Zpracování dat

Po transkripci získaných dat jsem použila metodu zakotvené teorie. Kódování v souvislosti se zakotvenou teorií lze vymezit jako operaci, ve které jsou dané informace analyzovány, přesně definovány a opět sestavovány novými způsoby. To je hlavním procesem tvorby nové teorie. Do první fáze řadíme otevřené kódování, kde se označí jednotlivé jevy a pocity, které se dále uspořádají do kategorií. Druhou fází je axiální kódování, ve kterém jsou data po otevřeném kódování znovu řazena za pomoci vytvořených vazeb. Poslední fází je selektivní kódování neboli vytvoření centrální kategorie. Tuto kategorii uvádíme do vztahu k ostatním kategoriím (Miovský, 2006, s. 228-231).

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola obsahuje výsledky výzkumu, které jsou prezentovány pomocí prostého textu a přímých citací dotazovaných klientů. Součástí kapitoly rovněž jsou kazuistiky dotazovaných respondentů.

6.1 Kazuistiky

Jarmila (78 let)

Narodila se v Havlíčkově Brodě, kde žila celý život. Její otec byl poštovní úředník, matka pracovala jako švadlena v domácnosti. Měla starší sestru, která již zemřela. Vystudovala obchodní akademii s maturitou. Jarmila žila v menším rodinném domku, vdaná byla 5 let. V tomto manželství se jí narodil 1 syn. Poté, co se rozvedla, žila sama se synem. Jarmila má 2 vnoučata a 1 pravnouče. Pracovala jako úřednice v kanceláři. Je mobilní, pohybuje se pomocí vycházkové hole, která je jejím velkým pomocníkem. Potřebuje dopomoc při celkové hygieně ve sprše. Jarmila používá inkontinenční pomůcky pouze na noc, přes den si chodí na toaletu.

Věra (88 let)

Věra se narodila na Ukrajině, v obci Lukov. Otec pracoval jako technik, matka byla porodní asistentka, Má o 10 let mladší sestru, která v této době žije v Rusku. Vystudovala gymnázium, a poté šla na vysokou školu zemědělskou do Kyjeva, kde se seznámila se svým manželem. Její manžel byl o 2 roky starší a po škole se odstěhoval do Brna. V roce 1955 se jim narodila dcera, ale klientka nejdříve dodělala vysokou školu a v roce 1957 se odstěhovala za mužem do bytu v Brně. V roce 1963 se jim narodil syn, má 5 vnuků a 1 pravnoučku. Pracovala jako vedoucí v zemědělské laboratoři. Věra je mobilní, pohybuje pomocí vycházkové hole. Potřebuje dopomoc personálu při celkové hygieně, inkontinenční pomůcky nevyužívá.

Kateřina (81 let)

Kateřina se narodila na Valašsku v obci Ublo. S otcem nebyla od dětství v kontaktu. Matka pracovala u Bati. Nejdříve bydlela v menším domě pouze s matkou, po válce se přestěhovali do Valtic, kde se matka vdala za krejčího. Matky nový partner si ji osvojil ke své dceři a zplodili další 3 dcery. Celkem bylo 5 holek. Kateřina vystudovala gymnázium v Mikulově. Na vysoké škole se věnovala českému a ruskému jazyku. Nikdy se nevdala a ani nemá žádné

děti. Celý život učila na ekonomické škole, kde byla hlavní češtinářkou. Kateřina je částečně mobilní, pohybuje se pomocí chodítka v doprovodu druhé osoby. Přes den i noc používá inkontinenční pomůcky. Potřebuje pomoc personálu při ranní, večerní i celkové hygieně.

Milada (76 let)

Milada se narodila v Humpolci. Otec byl lesník, ale později byl donucen pracovat v JZD, matka pracovala také v JZD. Měla 2 bratry, a 1 sestru, která zemřela v 8 letech. Nyní nikdo z jejích sourozenců nežije. Milada se vyučila kuchařkou. Manžel ji zemřel, když mu bylo 38 let a ona zůstala sama v prostorném domě. Má 2 dcery a 1 syna. Celý život pracovala jako kuchařka. Milada je mobilní s pomocí chodítka, v poslední době hůře vidí. Potřebuje dopomoc personálu jen při celkové koupeli. Inkontinenční pomůcky používá pouze na noc.

Josef (87 let)

Josef se narodil do zemědělské rodiny v Jihlavě. V 8 letech mu zemřela matka. Svoje dětství prožil se svým otcem a sestrou. Vlastnili velké pozemky, musel těžce pracovat již od útlého věku. V padesátých letech byla celá rodina násilně vystěhována a Josef s jeho otcem byli vlivem tehdejšího režimu uvězněni. Strávil několik let v nepředstavitelně těžkých podmínkách v uranových dolech v Jáchymově. Po návratu z Jáchymova na něj čekala pouze sestra, otec se z vězení už nevrátil. Po vojenské službě se oženil a přestěhoval se za manželkou do vesnice na Vysočině. Žijí spolu 56 let a Josef je na manželku značně fixován. Mají spolu 2 syny a 1 dceru. Pracoval jako dělník u pozemních staveb. Nyní je částečně mobilní a pohybuje se pomocí mechanického vozíku. V oblasti hygieny je závislý na péči druhé osoby. S pomocí mechanického vozíku se pohybuje samostatně. Používá inkontinenční pomůcky na den i noc. Josef má zavedený močový katetr.

6.2 Analýza rozhovorů

Hendl (2008) uvádí, že přepsané rozhovory by měli být interpretovány v podobě, která by měla zachytit celistvost zkoumaných jevů. Autor dodává, že data by měla být doplněna o citace pasáží rozhovorů, které nejsou nijak pozměněny, proto se objevují i nespisovné výrazy. Z jednotlivých kódů vniklo 5 kategorií:

- aktivní spoluúčast rodiny,
- trávení volného času,
- adaptace na prostředí zařízení,

- vyloučení z kolektivu,
- ztráta soběstačnosti.

6.2.1 Aktivní spoluúčast rodiny

a) Psychická podpora

Na psychiku klientů v pobytových zařízeních má nepochybně vliv kontakt s rodinnými příslušníky. V zařízení, kde výzkum probíhal, jsou návštěvy neomezené a rodiny mají možnost si své blízké vzít mimo zařízení, ať jen na určitou část dne, víkend nebo celý týden.

Věra: „Ale jo dcera chodí na návštěvy velice často a jak je v důchodu je tu každou chvíli a navíc žije v Jihlavě. Syn také jezdí, ale ne tolik, žije až v Brně a po té dálnici, víte jak to je. Volá mi také sestra, a to až z Ruska, našla si tam nějakého šamstra mladšího. Za rodinou jezdím na návštěvy, oslavy narozenin, Vánoce a Velikonoce. Ano, zůstávám tam i přes noc.“

Milada: „Syn mě navštěvuje často, bydlí v Jihlavě, bere si mě domů, ale já tam nechci, našel si novou ženu a já ji nemám ráda. Dcera, ta taky docela jezdí, bydlí v Brodě, druhá až v Plzni. S tou si aspoň volám. Na svátky si mě přehazují jako horkej brambor, ale je to od nich hezký. Navštěvuje mě někdy manželova sestřenice, ta je moc hodná ženská.“

Zaleží také na četnosti návštěv, o těch rozhoduje vzdálenost rodin od zařízení. Doporučuje se umístění klientů v nejbližším okolí.

Jarmila: „Syn hodně pracuje, vlastní benzínovou pumpu u Brodu. Takhle, měla jsem možnost jít do pečovateláku, blíž k nim, ale já nechtěla a on řekl: dobře, ale nepočítej s tím, že sem budu jezdit nějak často, víš, že hodně pracuju. Domů k nim nejezdím, neptali se mě na to a já sem jim o tom taky neřekla, možná bych měla.“

Může se stát, že klienti již nemají partnera, ani děti. V tomto případě je vhodné zapojit do kontaktu širší rodinu.

Kateřina: „Rodina...děti nemám, nikdy jsem na to nebyla a nelituji toho. Celý život jsem byla s dětmi ve škole. Jezdí za mnou mladší sestra a někdy i ty další. Jeden ze synů sestry za mnou minule přijel sám, je to hodný a šikovný kluk, udělal mi velkou radost.“

Rodina může trávit s klienty i každý den. Může se účastnit každodenních všedních aktivit, jako je například hygiena, konzumace jídla a pití či nácviky chůze.

Josef: „Manželka je tu denně, se sestřičkou zkoušíme stoj a chůzi v chodítku, i když mi to moc nejde.“

Rodinní příslušníci mohou trávit návštěvy kdekoli v zařízení, ale i venku v areálu, kde se nachází zastřešená zahrada. Ze zahrady lze pozorovat přírodu a řeku.

Jarmila: „*Když je hezky, jsme venku na zahradě. Jinak jdeme ke mně na pokoj, tam máme více soukromí.*“

Josef: „*My většinou sedíme na zahradě, na pokoji. V jídelně sedí rodiny kde s kým, o víkendu není pomali kde sedět.*“

b) Finanční podpora

Většina společnosti se může domnívat, že rodiny svého nejbližšího „odloží“ do ústavní péče a dále se o něj nezajímají. Pokud ano, tak jen v době výplaty důchodů.

Z vlastní zkušenosti vím, že většina klientů v tomto zařízení nemá dostatek financí na pokrytí nákladů pobytové sociální služby, a tak rodinní příslušníci doplácí. Tím se po finanční stránce podílejí na péči svého nejbližšího.

Jarmila: „*Pomáhá mi syn, platí bydlení tady, neměla bych na to, důchod mám malej.*“

Stává se, že na financování se podílí děti klientů společně.

Milada: „*Platí to děti rovným dílem, dali mě sem, tak at' platěj.*“

Někteří klienti mají natolik vysoký starobní důchod, že finanční podporu od rodiny nepotřebují.

Věra: „*Finančně mě rodina nepodporuje, důchod nemám špatný, ale věřím, že nějaké rodiny doplácet musí.*“

Kateřina: „*Přes 6 let jsem platila byt, kde jsem ani nebyla, loni se prodal, takže na život tady peníze mám.*“

Jeden klient z mého výzkumného šetření nemá o financování služby žádné povědomí.

Josef: „*Ani nevím, jak se to platí a co to stojí.*“

6.2.2 Trávení volného času

Alzheimercentrum pro své klienty nabízí široké spektrum aktivit. Účast v rámci těchto aktivit je dobrovolná. Jejich primární funkcí je podpora zachování soběstačnosti. Klienti mají možnost volby činnosti na základě vlastních preferencí. Ti, kteří vyhledávají aktivní formy

vyžití, se mohou realizovat skrze manuální činnosti, zaměřené na nácvik hrubé a jemné motoriky. Stejně tak je dostupná i možnost kondičního cvičení.

Jarmila: „*Po snídani chodím na půl 10 za Mirkou do dílniček, kde šiju a háčkiju, poslechnu si rádio, večer si ráda pustím televizi, kterou mám na pokoji. A co ještě no, u černé kávy sleduju lidi kolem mě, když je pěkně, jsem na zahradě. Jako malá jsem hrála na klavír, taky tu máme klavír a paní co nám chodí hrát. Jo a Terezko,každěj den kromě víkendů máme sraz v jídelně s holkama kolem půl 3 a mastíme žolíky a povídáme, je to velice příjemné.Jo a ještě za mnou teď chodí dobrovolnice a bere mě ven, do kavárny, na pivo, už jsme byly i v muzeu a moc si rozumíme.“*

Milada: „*Co myslíš? Vaření, jsem kuchařka, to miluju, ale není každý den. Jinak Anča mi nosí časáky, ale já to nečtu, projedu obrázky jen. Ráno jdu cvičit a pokecáme tam. Jo a ještě tam pak napiš, bohoslužby, za svoje hříchy se budu zpovídat až do smrti.“*

Ochuzeni však nejsou ani klienti vyhledávající pasivní formy odpočinku. Příkladem může být speciální místnost zvaná „snoezelen“. Tato místnost slouží k zapojení a stimulaci všech smyslů klienta. Velmi populární jsou také kulturní akce, které jsou pořádány několikrát do měsíce. Aktivizační pracovnice usedají ke klavíru a baví klienty živou hudbou, jsou pořádány představení dětských sborů. Pro ty, kteří si pobyt v centru rádi zpestří četbou, je k dispozici i rozsáhlá knihovna. Milovníci kinematografie mohou nalézt své vyžití v rámci filmového klubu.

Věra: „*Ráda čtu knihy, jak vidíte, mám jich plný pokoj. Chodí mi sem noviny a časopisy, koukám na televizi, luštím osmisměrku nebo chodím ven na zahradu posedět k řece. Ráno cvičím, když je klub vaření, tak jdu taky něco dělat, škrabat brambory, jablíčka...Taky někdy jdu cvičit paměť za Lenkou. Ráda zpívám, a tak když je tu nějaká kultura, představení, jdu se podívat.“*

Kateřina: „*Ve volném čase ráda odpočívám, dřív to bylo čtení, ale už mám opotřebovaný zrak a bolí mě oči. Až bude hezky, těším se ven na zahradu na čerstvý vzduch. A 60. léta písničky, to je moje mládí. Několikrát jsem byla v tom snuzlendu, jak se tam relaxuje a byla tam muzikoterapie, ale nikdy tam neusnu.“*

Neméně důležité jsou pro klienty i možnosti socializace mimo zařízení. Jistou formou úniku ze stereotypu pomyslných čtyř stěn jejich pokojů představují vycházky a pobyt na zahradě Alzheimercentra. Pracovníci centra s klienty navštěvují restaurační zařízení, organizují výlety

do muzea či zoologické zahrady. V tomto ohledu roli pracovníků často přebírají blízcí klientů a participují na jejich aktivizaci za hranicemi zařízení.

Josef: „Mám rád ranní cvičení, i když jsem na vozejků, čtu noviny nebo, když je pánská jízda a dílny, tak natírám dřevo. Jsem samotář a mám rád svůj klid, čekám, až přijde žena a vezme mě na pivo nebo si povídáme jen.“

Opomenuty nejsou žádné významné dny roku. Ať už se jedná o Vánoce, Velikonoce či Mezinárodní den žen. Všechny události a svátky jsou patřičně slaveny a s klienty se počítá nejen co do oslav, ale i v rámci příprav na ně. Klienti se tak mohou podílet na výrobě masopustních masek, nebo se účastnit pálení čarodějnic. Samozřejmě, i v těchto případech je účast klienta čistě záležitostí jeho vlastní volby. Zařízení tyto akce oznamuje pomocí pozvánek na nástěnkách a pro rodinné příslušníky pomocí internetu. Rodiny klientů jsou tu velice vítány a sama za sebe mohou říci, že nejbližší na tyto akce chodí velice rádi. Pro věřící jsou pořádány bohoslužby a existuje možnost zpovědi.

6.2.3 Adaptace na prostředí zařízení

Rozhodnutí o umístění klienta do péče Alzheimercentra zpravidla přichází ze strany rodiny a nejbližších. Přesto lze ale nalézt řadu klientů, kteří umístění sami vyhodnotili jako nejlepší možné řešení jejich nelehké životní situace.

Josef: „Manželka, už byla hodně unavená a já to chtěl sám, tady je o mě postaráno, máme tu program, péči, jídlo a kde spát, co víc by člověk chtěl. Návštěvy jsou neomezené, takže rodina může chodit, jak chce.“

Pro mnoho klientů však není jednoduché se s touto skutečností smířit. Někteří z nich nedocházejí ke smíření ani dlouho poté, co byli do zařízení umístěni. Nejsou schopni realisticky vyhodnotit svůj zdravotní stav a setrvávají v přesvědčení o své soběstačnosti.

Milada: „Napiš tam potom, že se mi tu nelíbí všechno, že tomu říkám králikárna. V tom baráku, co mně syn prodal, bych to zvládla sama. Né, jsou tu hodní, máme program každý den, ale víš, co to je, já v tom baráku žila a dřela celý život a oni mně ho prodali. Nechcu tu bejt.“

Jak je patrné již z uvedené odpovědi respondenta, rozhodujícím prvkem pro smíření se s adaptací na nové prostředí je přístup a chování personálu. Pozitivní dojem z chování personálu může urychlit adaptační proces klienta. Podstatnou váhu má i skutečnost, zda je

klient umístěn na jednolůžkový pokoj, či zda je nucen sdílet pokoj s dalšími klienty. Zde poté záleží na preferencích klienta a míře vzájemné interakce mezi jedinci, kteří pokoj sdílejí. Klienti však vždy disponují možností přizpůsobit si svůj pokoj, jak se jim zlíbí. Je možné si věšet obrázky, vystavovat fotky, upravovat záclony, komody a další části nábytku.

Kateřina: „*Bydlení tady zařizovala nejmladší sestra, která za mě řeší skoro vše. Nejdřív jsem měla pokoj s jednou paní a moc jsme si nesedly, poté přišla sociální pracovnice, s nabídkou pokoje jen pro mě. Byla jsem šťastná, ono žít s někým v pokoji koho neznáte, není snadné. Jediné co mi tu chybí je tělocvična. A co se mi líbí? Že mohu mít pokoj vybavený svým nábytkem, mám svoji skříň, komodu, televizi a nově záclony. Jsem samotář, ale na lidi kolem jsem si už zvykla.*“

Interakce s ostatními klienty však dává i jiné úskalí než pouhé osobní sympatie. Jedná se primárně o to, že se klienti dostávají do styku s pacienty v pokročilém stádiu choroby. Tato neustálá připomínka toho, co na ně samé v budoucnosti čeká, může působit velmi znepokojivým dojmem.

Jarmila: „*Tohle to mi zařídil syn, doma jsem neměla podmínky na to zvládnout to sama. Tady máme hodně sestřičky, našla jsem si tu okruh lidí, s kterými se bavím, nemůžu si stěžovat asi na nic, někdy je těžké vidět lidi, co jsou na tom hůř nebo vidět jak se mění a nevidět je tu pak vůbec. Ale celkově jsem tu spokojená.*“

I navzdory prvotní nespokojenosti s umístěním do zařízení se většina klientů s touto skutečností smíří. Někteří dokonce přijmou Alzheimercentrum jako svůj skutečný domov, do kterého zvou své blízké na návštěvy. Jakožto významný faktor prvotního radikálního odmítání dané situace považují skutečnosti, že v otázce umístění do zařízení neměl klient možnost volby. Rozhodnutí, které za nás učiní jiní, se vždy hůře přijímá. Zvláště v takto podstatné záležitosti, jako opuštění vlastního domácího prostředí a umístění do sociálního zařízení.

Věra: „*Pobyt tady mi zařídila dcera, a nějak se semnou nebavila, já měla zdravotní problémy a pak třeba jsem nemohla už ani nakupovat, tak podala žádost a bylo. A tady já půl roku s nikým nechtěla se bavit, já protestovala a odmítala. Trucovala. Časem jsem zjistila, že jsou tu hodně sestřičky a jsem tu doma. Na dceru se nezlobím, vím, že tu je o mě postaráno a rodina za mnou chodí často.*“

6.2.4 Vyloučení z kolektivu

Jak již bylo předesláno v teoretické části, konkrétně pak v rámci úseku zaměřeném na kvartální fázi socializace, odchod do penze představuje podstatný milník v životě člověka. Jeho doprovodnými jevy jsou určitá míra vyloučení z kolektivu a ukončení produktivní fáze života, přičemž oba jevy spolu úzce souvisí. Právě odchodem ze zaměstnání člověk přichází o celou řadu každodenních sociálních interakcí, radikálně se mění jeho sociální role a identita.

Člověk, celý život zapojený v pracovním procesu, zvyklý na každodenní činnost, si náhle musí zvykat na nový stav. Stav, když již není schopen mnohé z každodenních činností vykonávat. Dostavuje se tak často pocit marnosti a zbytečnosti, jelikož již člověk není nadále schopný přispívat společnosti tak, jako doposud. Těmito pocity pak trpí primárně osoby, pro které byl jejich kariérní život velice důležitý. Takoví jedinci se často snaží zůstat aktivní, co nejdéle je možné. Děsí se možné budoucí nesoběstačnosti, nemohoucnosti a nečinnosti.

Kateřina: *„Netěšila, práce byla můj celý život a trvalo, než jsem si zvykla, naštěstí jsem měla dost přátel, s kterými jsme jezdili lyžovat, stanovat. Za matkou jsem jezdila pomáhat a starat se o vinohrad. Jsem zvědavá, co mě čeká dál, řekla bych, že už nic dobrého.“*

Změna nastává i v životě osobním, mimo pracovní oblast. Postupně dochází k úbytku sociálních kontaktů. Člověk se stává svědkem úmrtí přátel a známých ve stejném věku. S přibývajícím věkem se stupňují obavy ze samoty a sociální izolace. Tyto obavy se dále prohlubují případným úmrtím partnera či určitou mírou odcizení od potomků, kteří již fungují v rámci vlastních rodin a našli nové zázemí.

Ne vždy je však odchod do penze vnímán negativně. Dokonce i lidé, pro které hrála práce v životě důležitou roli, docházejí střízlivého uvědomění, kdy se zaměřují na benefity, které jim jejich nový stav přináší.

Věra: *„Do penze, a tak těšila, 3 roky jsem, jak bych řekla, přerušovala a pak měla problém s páteří. Manžel byl nemocný, tak sem se o něj musela starat. Byla to změna, ze začátku já jsem si říkala, jak asi to tam zvládnou beze mě, ale každý jsme nahraditelní.“*

Řada lidí je celoživotním zaměstnáním naopak znavena a penzi vnímají jako vítaný odpočinek, na který se již řadu let těší.

Milada: „*No a jak. Celej život vařit, si neumíš ani představit, co to je...vzala jsem pak práci kuchařky v JZD a to byla chyba, strašný to tam bylo. Takže jsem se moc moc těšila na klid.*“

Josef: „*Těšil jsem se, celej život jsem dřel ať už v práci nebo doma kolem hospodářství. Takhle jsem byl už jen doma a mohl se radovat z vnoučat a bejt se svojí ženou, kterou moc miluju.*“

Mnoho z nich pak penzi vnímá jako příležitost k uskutečnění životních snů, na které kvůli pracovním povinnostem nezbýval čas.

Jarmila: „*Já se do důchodu moc těšila, pracovala jsem celý život a tak jsem se těšila, až si budu užívat a cestovat, milovala jsem řízení auta, to bych ještě jednou chtěla, zařídit si.*“

6.2.5 Ztráta soběstačnosti

S přibývajícím věkem člověku přirozeně ubývá jak psychických, tak fyzických sil. Případným onemocněním je tento úbytek ještě několikanásobně vyšší. Tato skutečnost má značně negativní vliv na psychické rozpoložení osoby. Vytrácí se schopnost pozitivního myšlení. Přímo úměrně úbytku sil člověka vzrůstá i jeho závislost na pomoci druhých. Neschopnost postarat se o sebe samého v těch nejzákladnějších oblastech každodenního života představuje pro nemocného potupu a zostuzení. Obzvláště choulostivá je oblast hygieny. Nutnost pomoci při vykonávání potřeby či nošení inkontinenčních pomůcek (plen) bývá pochopitelně vnímáno jako obzvláště ponižující.

Josef: „*Bejt závislej na druhejch není nic příjemného, ráno a večer přebalování, ale snažím se to brát s humorem, sestřičky už mě znají, někdy umím bejt pěkněj morous. Na vozejku si jezdím sám, kam chci a kdy chci. Až nebudu moct ani tohle, to ať je radši konec úplnej.*“

Věra: „*Je špatné jít ven a nevědět, že jste šla nakoupit a když už dojdete do obchodu tak nevíte, co jste chtěla kupovat. Já jsem se doma starala o manžela a nebrala jsem to nějak špatně, byl to přece můj manžel, já kolikrát brečela to je jasné, ale když se teď ptáte, tak já ani nevím, jak to bral on. Musí to být ponižující.*“

Jarmila: „*Já si myslím, že jsem na tom docela dobře, když se rozhlédnu kolem sebe, ale jsou dny, kdy nevím, co a kde jsem. Mám jen hůl, ale chodí se mi hůř, na noc mám pleny, což je taky ponižující, ale pořád to není nejhorší, ale mám strach, co bude dál.*“

Ztrátou soběstačnosti nemocný zároveň ztrácí i pocit patřičnosti a důležitosti vůči okolnímu světu. Odkázaný na pomoc druhých se cítí zbytečný a na obtíž. Postupně se vytrácí i chuť k jakýmkoliv činnostem. Nemocný ztrácí zájem i o aktivity, které mu dříve přinášely radost.

Kateřina: „*V 60 letech se mi začal zhoršovat pohyb, teď si připadám jako na houpačce, od lepšího k horšímu. Cítím, jak mi odchází rozum, milovala jsem četbu, teď mě bolí oči po jedné stránce, ráda bych se ještě rozvíjela, doneste mi potom vaši práci, já si ji ráda přečtu. Víím, že to bude jen horší a komu mám potom říct, že už na tomhle světě být nechci?*“

Útěchou nejsou ani vyhlídky na budoucnost. Nemocný ve dnech, jež budou následovat, nachází pramalou útěchu. Je si totiž dobře vědom skutečnosti, že jeho stav se bude pravděpodobně dále zhoršovat. Mnozí z klientů se tak uchylují k představám o smrti. Těší se na ni a hovoří o ní jako o osvobození. Spatřují v ní jediné východisko a únik před stavem kompletní imobilizace. Ten s sebou přináší naprosté odkázání klienta na pomoc druhých, což právě patří k jejím největším obavám.

Milada: „*Já už bych nejradši chtěla, ne to tam takhle nepiš. Pár let jsem byla úplnej ležák, ale to jsem ještě nebyla tady, jsem ležela jinde a syn říkal, že si mě tam nikdo nevšiml, tak dal žádost sem. Tady mám péči dobrou, i dobře varí a to já přece můžu soudit. Ale bejt ležák to byla potupa, tady mě rozchodili, zaplat' pánbůh.*“

7 DISKUZE

Tato část se zabývá diskuzí nad výsledky mého výzkumu. Výzkumné otázky, které byly předem stanoveny, jsou vyhodnocovány na základě odpovědí všech respondentů. Zjištěné výsledky se týkají pouze mého výzkumného souboru.

VO1: Jaké metody resocializace klienti v rámci vybraného zařízení využívají?

První výzkumná otázka se soustředila na metody resocializace, které zařízení využívá. Z výsledků výzkumného šetření a vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že za účelem resocializace klientů je v rámci Alzheimercentra primárně využíváno metod spadajících do následujících tří kategorií:

1) Regulačně korektivní metody

Jak uvádí Škoviera (2018) do této kategorie patří metoda režimu. Pro zařízení typu Alzheimercentra je obvyklé a žádoucí ustanovení a dodržování určitého druhu řádu. Tím se rozumí soubor daných pravidel, norem a zvyklostí, které pomáhají utvářet každodenní režim klientů. Stanovený režim není konstruován tak, aby klienty omezoval. Naopak, je uzpůsoben tak, aby bylo všem dopřáno dostatek volnosti a možnosti projevit své individuální zájmy. Naprostá absence řádu by však snadno mohla vést k těžko regulovatelnému chaosu. Důrazem na dodržování řádu se pro klienty daří vytvořit určitý soubor každodenních jistot. Ráno je čeká snídaně, po které se mohou věnovat některým z volnočasových aktivit, oběd, odpolední program, svačina a večeře. Strukturalizace dne do pravidelných dílčích jednotek podporuje jeho samostatnost. Mezi další regulačně korektivní metody Škoviera (2018) řadí např. metodu fyzické zátěže či rozličné relaxační metody. Tyto metody jsou v Alzheimercentru klienty hojně využívány. Klienti tak mají možnost účastnit se sportovních aktivit či cvičení, stejně jako relaxovat při masáži nebo procházce na zahradě. Regulačně korektivní metody slouží k emoční, kognitivní a fyzické aktivizaci a podpoře samostatnosti.

2) Kreativní a sebepoznávací metody

Myslím si, že klienti Alzheimercentra mají možnost účastnit se širokého množství kreativních činností. Mezi nejoblíbenější z nich patří kreslení, ať už se jedná o omalovánky či vlastní tvorbu. Pracovníci klienty zapojují i do výroby různých druhů ozdob či masek v souvislosti s přípravami na oslavy některých z významných dnů. Živá hudba v podobě pravidelných klavírních recitálů či koncertů pak vybízí k rytmické činnosti. Zapojení se do kreativní

činnosti klientům slouží jako jeden ze způsobů sebevyjádření, pomáhají jim se otevřít a lépe porozumět sobě samým. Jak zdůrazňuje Ehrenfreuchter (2014), o pozitivní náladu u klientů se může postarat hudební či jinak kulturní terapie. Většina těchto osob je schopna si vybavit staré dětské písničky, taneční kroky či hru na nějaký hudební nástroj. Častěji si klienti vybaví melodie a texty písní z jejich mládí (Ehrenfreuchter, 2014, s. 123).

3) **Personálně – vztahové metody**

Věřím, že pracovníci Alzheimercentra dbají na udržování vzájemných vztahů klientů a snaží se o vytvoření určitého druhu komunity. Pocit existující komunity a vzájemné dobré vztahy podporují psychický stav všech klientů, minimalizují pocity osamění a izolace. K tomu je napomáháno nejen skrze organizované společné akce a výlety, ale i hromadné sezení a rozhovory, kde je prostor pro vyjádření pocitů a názorů každého klienta.

Podle mého subjektivního hodnocení nejsou v zařízení opomenuty ani **metody posilování rezilience a fixace chování**, jejichž pomocí jsou klienti připravováni na krizové životní situace. Dále jsou v Alzheimercentru využívány dobrovolnické činnosti, které Škoviera (2018) zařazuje mezi **metody reintegrace a readaptace na externí prostředí**. V rámci této metody se pak klienti za pomoci vycházek a tzv. domácích propustek znovu adaptují na svět mimo zdi pobytového zařízení.

VO2: Jak klienti ve vybraném zařízení tráví volný čas?

Záměrem této výzkumné otázky bylo zjistit, jak klienti ve vybraném zařízení tráví volný čas. Domnívám se, že Alzheimercentrum svým klientům nabízí nepřeborné množství aktivit, kterých se mohou ve svém volném čase účastnit. Povaha těchto aktivit není jednostranně zaměřena a klientům se tak dostává možnosti rozhodovat o způsobu trávení svého volného času na základě osobních preferencí. Účelem těchto aktivit však není pouhé vyplnění časových mezer v každodenním programu centra a ukrácení dlouhé chvíle klientů. Naopak, značné množství zmíněných aktivit je konstruováno tak, aby přispívalo k aktivizaci klientů a podporovalo jejich soběstačnost. Mezi aktivity zaměřené na podporu fyzické stránky a aktivity klientů patří mimo jiné kondiční cvičení. Ty jsou cílené tak, aby klientům pomáhaly v udržení celkové fyzické kondice, předcházely ztrátě funkčnosti končetin a celkovému úpadku tělesné schránky. Podle Ehrenfreuchter (2014), sport a pohyb hraje podstatnou roli při léčbě demence. Pokud je určitá činnost vykonávána pravidelně, pak osoby s demencí lépe

zvládají každodenní aktivity, jako například oblékání a osobní hygiena (Ehrenfreuchter, 2014, s. 123).

Svobodová (2016) se ve své diplomové práci věnuje aktivizaci seniorů s demencí. Jejího výzkumu se zúčastnilo 7 respondentů, kteří byli aktivizačními pracovníky zařízení specializovaného na osoby s demencí. Výsledky mého výzkumu jsou téměř totožné s výsledky jejího výzkumu. Svobodová (2016) uvádí, že aktivizace klientů s demencí se uskutečňuje každý den včetně víkendu. Aktivizační činnosti jsou přizpůsobeny zdravotnímu stavu klientů a časovým možnostem pracovníků. Do těchto aktivizačních činností nejsou klienti nuceni. Je kladen důraz na potěšení, zachování důstojnosti a udržení maximální soběstačnosti (Svobodová, 2016 s. 63).

Mimo kondiční cvičení je dostupná i možnost zapojení se do široké škály dalších manuálně zaměřených činností. Jejich podstata primárně leží v podpoře a nácviku motorických schopností klientů. Mezi tyto činnosti se například řadí tzv. dílny. V rámci dílen se ženy věnují šití či háčkování. Muži se pak mohou realizovat rozličnými druhy manuální výroby či oprav. Dané činnosti samozřejmě nejsou genderově určeny a vyhrazeny. Jedná se pouze o zobecněný osobní poznatek. Myslím si, že manuální činnost nemá pozitivní vliv pouze na fyzickou stránku klientů, ale pozitivním způsobem ovlivňuje i stránku psychickou. Právě s tou se pojí i další formy odpočinku, převážně pasivnějšího charakteru. Značný důraz je dbán především na kulturní vyžití klientů. Již pouhá přítomnost televizního či rádiového přijímače na pokoji klientů napomáhá k udržování aktivity jejich mentální stránky. Tok informací přicházející z těchto médií vybízí nejen k pasivnímu příjmu ale i jeho konstrukci a vyvození smyslu či podstaty.

Na základě zjištěných výsledků mohu konstatovat, že klienti nacházejí kulturní vyžití i mimo obrazovku televizoru ve svém pokoji. Za zmínku jistě stojí filmový klub určený pro kinematografické fanoušky, zároveň vybízející k určité sociální aktivitě a diskuzi s ostatními členy klubu, na rozdíl právě od zmíněného sledování televize. Časté jsou dále například klavírní recitály a koncerty živé hudby. Ta je mezi klienty obzvláště oblíbená a jeví se jako velmi silný duševní stimulant. Velké oblibě se těší i místní knihovna, kterou mnoho klientů pravidelně navštěvuje. Pohyb a činnosti klientů v jejich volném čase však není limitovaný pouze na prostory Alzheimercentra. Často se tak oddávají procházkám a relaxaci na zahradě, či v doprovodu pracovníků centra vyrážejí za kulturou do muzeí nebo restauračních zařízení. Nelze opomenout ani důraz kladený na duchovní život. Mimo pravidelně pořádaných

bohoslužeb je dostupná i možnost zpovědi. Rheinwaldová (1999) sděluje, že aktivizace jsou prevencí proti úpadku lidské osobnosti a vedou k psychické, duševní a fyzické pohodě. Autorka dále dodává, že aktivizace dává životu smysl, radost a motivaci.

VO3: Jak se na péči klientů podílí jejich nejbližší?

Záměrem třetí výzkumné otázky bylo zjistit, jak se na péči klientů podílí jejich nejbližší. Domnívám se, že péče o klienty nemusí vždy náležet výhradně pracovníkům Alzheimercentra. Přestože se jedná o tým profesionálů odborně způsobilých k té nejlepší možné péči, nikdy nemohou zcela nahradit zájem rodiny a blízkých. Právě ti mohou na péči o nemocné participovat a mnozí z nich tak aktivně činní. Primární význam rozdělení péče o klienta spatřuji už jen v prostém faktu, že rodina a blízcí svým nemocným projevují skutečný zájem, dávají znát svou lásku, starost a ochotu. Matoušek (1995) uvádí, že při práci s rodinou je důležitá blízká spolupráce, rodina napomáhá s adaptací seniora v zařízení už jen tím, že nosí fotografie, předměty, který měl jejich blízký rád. Dále autor klade důraz na to, aby rodina klienta chodila na časté návštěvy, chodili společně na procházky a měli o nemocného zájem.

Tato skutečnost má na psychiku nemocných bezpochyby nesmírně pozitivní vliv. Vždyť právě k nejčastějším obavám klientů patří strach z opuštění a lhostejnosti blízkých. Stejně tak i pobyt v Alzheimercentru jako takový bývá vnímán negativně, jelikož se klienti cítí, že je sem jejich blízcí umístili z nedostatku vlastního zájmu a nevoli starat se o ně. Přestože odborně proškoleným pracovníkům centra nemůže rodina nemocných v otázce zdravotní péče konkurovat, pouhé vlídné slovo milované osoby a společné strávený čas mají neméně blahodárné účinky, zahánějí obavy a dávají nemocným důvod těšit se na budoucí dny.

Rozsah péče, kterou mohou klientům jejich nejbližší jmenovat je mnohem širší než pouhé návštěvy a chvilkové posezení u lůžka nemocného v rámci návštěvních hodin. Ty jsou v Alzheimercentru neomezené, což platí i o možnosti pobytu klientů mimo centrum jako takové. Společně se svými nejbližšími tak mohou navštěvovat například restaurační zařízení či se věnovat kultuře. Při rozhovorech s respondenty však bylo patrné, že povaha dané činnosti jako takové v rámci návštěv nenese tu největší hodnotu. Tou je právě již zmíněná blízkost milované osoby, její viditelný zájem a společně trávených čas. Ať už je tráven jakýmkoliv způsobem.

Výsledky mého výzkumu jsou téměř shodné s výsledky Ryšicové (2011), která sděluje, že rodinní příslušníci navštěvují své příbuzné ve vysoké míře. Dále autorka návštěvám přisuzuje význam z hlediska emocionální podpory, udržení sociálních kontaktů a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Časté návštěvy napomáhají klientům k lepší adaptaci v pobytovém zařízení (Ryšicová, 2011, s. 63). Ryšicová (2011) se ve své bakalářské diplomové práci věnovala úloze rodiny při péči o seniora v pobytovém zařízení. Jejího výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů, kterými byli rodinní příslušníci klientů domova se zvláštním režimem.

Dále z výzkumu vychází, že mnozí z klientů Alzheimercentrum opouští i na dobu delší než je odpoledne strávené u kávy či rozhovorem na zahradě. Rodiny mají možnost brát si své příbuzné domů na i na delší časové úseky. Klienti tak v zázemí rodinného kruhu tráví nejen víkendy, ale domů se vracejí i na narozeniny, Vánoce a další významné dny. Bragdon a Gamon (2002) uvádí, že díky vzpomínkám na oslavy svátků, narozenin a jiných významných dnů dochází k aktivizaci funkce mozkové kůry a tím dochází k navození vzpomínek. Ne všichni však mají to štěstí v podobě velké, pečující rodiny. Nalezneme zde i osoby z bezdětných manželství, jejichž životní partner je již zesnulý či péče neschopný. V těchto případech pracovníci centra doporučují snahu o kontaktování a zapojení širší rodiny.

Psychická opora a společný čas však nejsou to jediné, čím mohou klienty jejich blízcí podpořit. Pobyt a péče v Alzheimercentru je relativně finančně náročná. Průša (2008) poukazuje na skutečnost, že sociální služby jsou financovány z více zdrojů. Podílejí se občané, rodiny, stát, obce, provozovatelé či zdravotní pojišťovny (Průša, 2008, s. 13). Nemalé množství z klientů by si nebylo schopno pobyt v centru dovolit bez značné finanční podpory své rodiny. Někteří se o platby za pobyt se svou rodinnou dělí, jindy rodiny vše hradí sami. Pozoruhodné je, do jaké míry si někteří z klientů náročnost financování pobytu v centru uvědomují, zatímco jiní tuto otázku ignorují, či je jim zcela lhostejná. Zcela výjimečně však nejsou ani případy, kdy klienti disponují dostatečným finančním obnosem, který je schopný výdaje za pobyt pokrýt.

Náklady za pobyt v domovech se zvláštním režimem se v ČR pohybují kolem 15 000 korun za měsíc. Tyto pobyty jsou hrazeny ze starobních důchodů klientů. Osoby, které mají přiznaný příspěvek na péči, z něj ovšem nemohou hradit ubytování a stravování, ale pouze doplňkové služby. Z toho vyplývá, že musí doplácet rodinní příslušníci (Ehrenfreuchter, 2014, s. 161).

Cílem diplomové práce bylo zjistit možnosti resocializace u klientů s Alzheimerovou chorobou. Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že v rámci vybraného zařízení je uplatňováno hned několik resocializačních metod. Jednak jsou to metody regulačně korektivní, zaměřené na podporu samostatnosti a aktivizaci klientů. Dále metody kreativní a sebezpoznávací, napomáhající prohloubit sebezpoznání a schopnosti sebevycíždění klientů, a metody personálně – vztahové cílené na socializaci klientů v rámci kolektivu. Readaptaci na svět mimo zařízení pak napomáhají metody reintegrace a readaptace na externí prostředí. Pomocí metod posilování rezilience a fixace chování se klienti učí vypořádat s krizovými životními situacemi.

Pro zjištění, jaké konkrétní činnosti spadající pod zmíněné resocializační metody klienti centra praktikují, jsem se zaměřila na jejich způsob trávení volného času. Velmi populární jsou činnosti vyžadující fyzickou aktivitu, podporující motoriku, a udržující tělo v chodu. Ať už se jedná o cvičení, či manuální práce v dílnách. Nechybí však ani možnosti sebevycíždění v rámci výtvarných činností, či relaxace v podobě procházky nebo četby knih. Vzájemné sociální vazby jsou pak utužovány pomocí společných oslav, diskuzí či kulturních akcí. V neposlední řadě jsem se zaměřila na způsoby, jakými mohou o klienty pečovat jejich blízcí. Mimo mnohdy značnou finanční podporu se jedná primárně o společně trávený čas. Podpora těch nejbližších a čas strávený v rodinném kruhu má pozitivní vliv primárně na psychický stav pacienta. Ať už se jedná o společně strávené víkendy, oslavy či výlety za kulturou, klientům se dostává možnosti opustit hranice centra a socializovat se v rámci okolního světa.

Ať už jsou však použité metody sebeúspěšnější, celková resocializace je u klientů zasažených Alzheimerovou chorobou velmi nepravděpodobná, či spíše nemožná. Současná medicína Alzheimerovu chorobu nedokáže zcela vyléčit a zmíněné resocializační metody tak spíše představují způsob obrany než cestu k životu tak, jak ho nemocný znal před nástupem nemoci.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřovala na možnosti resocializace u osob s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část se věnovala vymezení Alzheimerovy choroby, socializaci a resocializaci těchto osob. Dále se zabývala Alzheimerovou chorobou v kontextu sociální práce. Výzkumná část obsahuje analýzu výsledků zjištěných technikou polostrukturovaného rozhovoru u osob s lehkým stupněm Alzheimerovy choroby. Výsledky jsou doplněny o krátké kazuistiky klientů. Výzkum probíhal v pobytové sociální službě, domov se zvláštním režimem, určené pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence.

Cílem diplomové práce bylo zjistit možnosti resocializace u klientů s Alzheimerovou chorobou. Na základě zjištěných výsledků docházím k přesvědčení, že resocializace u osob s Alzheimerovou chorobou nemůže být nikdy zcela úspěšná. Resocializaci chápeme jakožto navrácení osoby do původního psychického či fyzického stavu a prostředí. Alzheimerova choroba je onemocněním s progresivním charakterem. Její příznaky se postupem času bez výjimky zhoršují. Celkové vyléčení je pak v dnešní době stále nemožné. Přesto však nelze tvrdit, že aplikace resocializačních metod v rámci péče o osoby trpící touto chorobou nemá své opodstatnění. Přestože nemohou vést k celkové resocializaci, tedy k navrácení nemocného zpět do běžného života, slouží jako prostředek k boji s nemocí a jejími příznaky. Snahou o aktivizaci nemocných, jejich znovuzapojení do kulturního života a udržováním sociálních vazeb lze významně přispět k celkové kvalitě jejich života. Péče o nemocné by měla přirozeně cílit ke snaze o úspěšné začlenění nemocného do daného zařízení, co nejdříve možné zachování jeho soběstačnosti a důstojného způsobu života.

Péči o nemocného však nemusí zprostředkovávat výhradně k tomu určená zařízení. Aktivizace pacienta může být významným způsobem umocněna prostřednictvím péče rodiny a blízkých. To mne přivádí k doporučením pro praxi v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Především musím opětovně zmínit význam informovanosti o nemoci. Skrze ni mohou lidé u svých blízkých dříve zpozorovat a správně identifikovat první příznaky nemoci již v počátečních stádiích. Čím dříve se podaří nemoc odhalit, tím úspěšnější může být její léčba. Stejně tak bych vyzdvihla význam trpělivosti a nepřetržité podpory, kterou mohou nemocným jejich blízcí poskytnout. V tomto ohledu mohou přispět lékaři a pečovatelé. Objasnit blízkým nemocných, jakou váhu jejich podpora má a to i v případech, kdy se může zdát již zcela zbytečnou.

Alzheimerova choroba je závažným onemocněním, a proto je dle mého subjektivního hodnocení pro osoby s touto diagnózou klíčová zvýšená pozornost, péče a porozumění. Velice oceňuji rodinné příslušníky, kteří se nepřetržitě starají o osoby s tímto onemocněním v domácím prostředí. Často v nelehké životní situaci dochází ke stavu, kdy již nadále rodina nemůže zabezpečit péči o nemocného. V této souvislosti hrají důležitou roli pobytová zařízení specializovaná pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Tato zařízení se neustále rozšiřují a zajišťují péči těmto osobám. Je mi ctí, že mohu být součástí jednoho ze zařízení a participovat tak na rozvoji této problematiky. Výsledky mého výzkumu ukazují na možnou resocializaci těchto osob a obohacují tak praxi i teorii resocializační pedagogiky a sociální práce.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] Alzheimercentrum [online]. 2019 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/pobočka/jihlava.html>
- [2] BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.
- [3] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- [4] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [5] ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění. In: Sběrka zákonů České republiky. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155/zneni-20190101>
- [6] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [7] EHRENFREUCHTER, Claudia. *Když se paměť vytrácí...: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. ISBN 978-80-7406-248-3.
- [8] GALAJDOVÁ, Lenka; GALAJDOVÁ, Zdenka. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
- [9] GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
- [10] HALÍŘOVÁ, Martina; SYCHROVÁ, Adriana, ed. *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-756-8.
- [11] HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

- [12] HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4674-6.
- [13] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [14] HOLMEROVÁ, Iva; MÁTLOVÁ, Martina (eds.). *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2. rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-31-0.
- [15] JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [16] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [17] MÁTL, Ondřej. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [21] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1362-5.
- [22] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [23] MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. 2003 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
- [24] MPSV. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-114-0.

- [25] MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2.přepřac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- [26] PROBSTOVÁ, Václava; PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [27] PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9.
- [28] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [29] REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. ISBN 80-86432-80-7.
- [30] RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-282-8.
- [31] RUSINA, Robert; MATĚJ, Radoslav. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3300-8.
- [32] Ryšicová, Pavlína. *Úloha rodiny při péči o seniora v pobytovém zařízení* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2019-03-01]. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/i62pyz/?lang=en>
- [33] *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-114-0.
- [34] STANKOWSKI, Adam. *Nástin problematiky etopedie a sociální patologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. ISBN 80-7042-360-9.
- [35] SVOBODOVÁ, Veronika. *Aktivizace seniorů s demencí* [online]. Brno, 2016 [cit. 2019-02-24]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/rflva/>
- [36] ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6.

- [37] ŠKOVIERA, Albín. *Resocializační pedagogika - kontexty a trendy*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2018. ISBN 978-80-7560-139-1.
- [38] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
- [39] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [40] VALIŠOVÁ, Alena. *Autorita v edukační a sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2012. ISBN 978-80-7395-507-6.
- [41] ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.