

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**System péče o jedince s Alzheimerovou chorobou**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

**Vypracoval:**  
**Vendula Outratová**

**Brno 2011**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.  
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Kyjově dne 8. 4. 2011

Podpis:

## **Poděkování**

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

**Vendula Outratová**

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Stáří .....</b>	<b>4</b>
1.1. Vývoj člověka od narození po stáří.....	4
1.2. Stáří jako životní etapa.....	6
1.3. Specifika seniorského věku.....	9
<b>2. Systém péče o seniory .....</b>	<b>11</b>
2.1. Legislativní vymezení péče o seniory .....	11
2.2. Sociální politika v oblasti péče o seniory.....	14
2.3. Domácí péče.....	16
2.4. Druhy sociální péče.....	17
<b>3. Vymezení demence .....</b>	<b>20</b>
3.1. Demence .....	20
3.2. Alzheimerova choroba .....	22
3.3. Diagnostika Alzheimerovy choroby .....	23
3.4. Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou .....	25
<b>4. Výzkum .....</b>	<b>26</b>
4.1. Systém péče o seniory v Jihomoravském kraji .....	26
4.2. Systém péče o seniory na Kyjovsku .....	27
4.3. Centrum služeb pro seniory Kyjov .....	28
4.4. Realizace výzkumného šetření.....	30
4.5. Vyhodnocení výzkumu .....	35
<b>5. Návrhy a opatření .....</b>	<b>39</b>
5.1. Návrhy a opatření pro rodinnou péči .....	39
5.2. Návrhy a opatření pro ústavní péči .....	39
5.3. Návrhy a opatření pro region Kyjovsko.....	39
<b>Závěr .....</b>	<b>41</b>
<b>Resumé .....</b>	<b>43</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>44</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>45</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>48</b>

# Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „*Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou*“. Danou problematiku jsem si vybrala především z důvodu mé profesní orientace, jelikož pracuji se seniory a handicapovanými lidmi, a také z osobních důvodů a vlastního zájmu, protože stále více osob, nejen v mém blízkém okolí, onemocnělo Alzheimerovou chorobou.

Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku, které se vyznačuje fyzickými, psychickými, emocionálními a mentálními příznaky. Jedná se o onemocnění postihující především osoby ve vyšším věku, tedy seniory.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je poukázat na problematiku stáří a Alzheimerovy choroby a s tím související systém péče o seniory s Alzheimerovou chorobou. Zjistit a popsat péči v rodinném prostředí a v sociálním zařízení. Důležitou součástí práce je stanovení návrhů a opatření pro oba druhy péče a pro region Kyjovsko. Dále jsem si stanovila jednotlivé dílčí cíle, které jsem zaměřila na zjištění výhod a nevýhod domácí péče a péče v sociálním zařízení, a také na zmapování dostupnosti sociálních služeb v Jihomoravském kraji a na Kyjovsku.

V teoretické části práce se budu věnovat problematice stáří, kde se pokusím vytyčit jednotlivá specifika seniorského věku, dále se budu zajímat o péči, která souvisí se seniory, na její legislativní vymezení a v neposlední řadě se zaměřím na problematiku demence, zejména na Alzheimerovu chorobu. V této části budu využívat obsahovou analýzu použitých materiálů, zejména odbornou literaturu a zákony související se sociální oblastí.

Výzkumná část mé bakalářské práce bude zaměřena na zjištění variability a dostupnosti péče o seniory v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko, kde bude také poukázáno na sociální zařízení, jež poskytují péči osobám s Alzheimerovou chorobou. Dále bude představeno sociální zařízení, ve kterém probíhala má odborná praxe a odkud jsem čerpala informace pro sestavení jedné ze svých kazuistik. V práci nalezneme celkem 3 kazuistiky osob, které trpí Alzheimerovou chorobou. Výběr byl záměrný, jelikož zde uvádím jedince ze sociálního zařízení a z rodinného prostředí.

Vyhodnocením výzkumu bude porovnání péče v obou prostředích. Pokusím se poukázat na klady a zápory, na výhody a nevýhody a na možnosti, které sebou dané dva druhy péče přinášejí. Ve výzkumné části bakalářské práce použiji techniku pozorování, kde budu pozorovat jedince s Alzheimerovou chorobou a péči o ně a techniku rozhovoru, který povedu s pozorovanými jedinci a s pečujícími osobami. Na základě zjištěných skutečností bude vypracována již zmíněná kazuistika sledovaných jedinců.

# 1. Stáří

## 1.1. Vývoj člověka od narození po stáří

„Vývoj znamená postupnou diferenciaci (rozlišení, rozčleňování, rozrůznění), která je však současně provázena stálým scelováním větších a větších celků, jejich sjednocováním čili integrací. Tyto vývojové zákonitosti platí nejen pro pochody biologické, nýbrž uplatňují se i v oblasti duševna“ (Kohoutek, 2003, s. 5).

Existuje řada autorů zabývajících se vývojovými teoriemi. Mezi nejvýznamnější osobnosti patří Sigmund Freud, Erik H. Erikson, Jean Piaget a Lawrence Kohlberg.

Život člověka můžeme rozdělit do několika vývojových období. Nejčastěji používané rozdělení je na stádium prenatalní, perinatální, postnatální, kojenecké, stadium batolete, předškolního věku, prepuberty, puberty, mládí, dospělosti, která je dělena na mladší dospělost, zralou dospělost a střední věk, dále na stádium počínajícího stáří, stáří a dlouhověkosti.

Když hovoříme o prenatalním období, tak máme na mysli vývoj před narozením, který začíná splynutím mateřské a otcovské zárodečné buňky. Plod je schopný účastnit se interakce s fyzikálním prostředím, a také sociální interakce. Toto stádium končí porodem a přechází do stádia postnatálního nebo-li novorozeneckého. Ve zmíněném období se zvyšuje schopnost dítěte aktivně ovládat jak fyzikální prostředí tak i sociální interakci, rozvíjí se zrak, sluch, hmat, chuť, čich a řada nepodmíněných reflexů. Později pozorujeme první podmíněné reflexy, které mohou být žádoucí i nežádoucí. Motorická stránka je značně nedokonalá, novorozenec je plně odkázán na dospělého osobu. Značný rozvoj pohybových, smyslových, poznávacích a citových vlastností sledujeme v období kojence (srov. Kohoutek, 2003, s. 15-19, Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 27, 29-36). „Prudký psychický vývoj dítěte v prvním roce jeho života má zákonitý průběh a je jistě z velké části určován tělesným růstem a zejména zráním centrální nervové soustavy, i když vnější podmínky mohou vývoj závažně pozdržet, nepříznivě modifikovat, nebo naopak do jisté míry podněcovat“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 48). Pro stádium batolete je typický rozvoj mimiky a pantomimiky, řeči, myšlení, fantazie, rozvíjí se

hygienické návyky, zdokonaluje zrak a sluch, pohybové schopnosti a dovednosti a v neposlední řadě dochází k vývoji citů, které jsou v tomto období velmi intenzivní (srov. Kohoutek, 2003, s. 24-26).

„Základní rysy osobnosti člověka se začínají utvářet již v předškolním věku. Prvních 6 let života je často pro další vývoj osobnosti člověka rozhodující“ (Kohoutek, 2003, s. 31). Pro dané období je typická sociální hra, ve které děti získávají zkušenosti a rozvíjí své schopnosti a dovednosti. Hra je velmi důležitá pro zdokonalování poznávacích funkcí. Dochází k rozvoji sociálních vztahů. Vstupem dítěte do školy začíná další období ve vývoji člověka, kdy si dítě ve skupině vrstevníků osvojuje sebepojetí a sebehodnocení.

Pro vstup do školy musí být dítě připravené, vyspělé a musí mít vyvinuté všechny základní duševní funkce, avšak můžeme sledovat rozdíly mezi chlapci a děvčaty. Stádium puberty je dobou plnou změn, se kterými se musí jedinec vyrovnat. Charakteristickými znaky tohoto období jsou vytváření sekundárních pohlavních znaků (ochlupení, růst vousů, ovulace...), rychlý růst těla, nevyzrálость postojů, zdokonalení vnímání a rozumových schopností.

V období adolescence dochází k harmonizaci duševního vývoje, vyrovnává se vztah mezi myšlením a efektivitou, zlepšuje se duševní a tělesná výkonnost, navazují se intimní vztahy, zvyšuje se zájem o vrstevníky a naopak dochází k osamostatňování jedince od rodičů (srov. Kohoutek, 2003, s. 32-37, 41-44, 58-60, 70, Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 137). „Mladý člověk je na konci období adolescence v optimálním případě již samostatně myslícím a zodpovědně jednajícím jedincem:

- je zralý k založení rodiny
- osvojil si přípravu na určité povolání
- dotváří si obraz sebe sama a pojetí sebevýchovy“ (Kohoutek, 2003, s. 72).

Další významnou etapou vývoje lidského života je dospělost. Zmíněné období se vyznačuje rozdíly v myšlení, cítění a v sociálním chování a dělíme ho na časnou dospělost, střední dospělost a pozdní dospělost a stáří. Jiní autoři uvádí členění na časnou dospělost, kdy dochází k upevnění identity jedince. V časně dospělosti se člověk osamostatňuje od rodičů, hledá si vhodného partnera a uvažuje o založení vlastní



rodiny. Na vrcholu produktivity a aktivity se jedinec ocitne ve střední dospělosti, ve fázi I., kde významnou roli zaujímá odpovědnost. Období krize středního věku se vyznačuje zejména osobní nespokojeností. Poslední fázi dospělosti označujeme jako střední dospělost ve fázi II., kdy se jedinec především připravuje na odchod do důchodu, objevují se první příznaky poklesu výkonnosti (srov. Langmeier, Krejčířová, 2006, s.167,168, 190).

Posledním stádiem života člověka je stáří. „Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu smrti“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). V dané etapě života dochází ke zhoršení smyslového vnímání, paměti a sledujeme pokles inteligence, snižuje se odolnost vůči nemocím, je postižena nervová soustava a dochází k odumírání buněk.

## 1.2. Stáří jako životní etapa

„Stáří je všeobecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory /hlavně chorobami, způsobem života a životními podmínkami/ a je spojená s řadou významných sociálních změn /osamostatnění dětí, život v důchodu a jiné změny sociálních rolí/. Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení pojmu stáří se tak stává velmi obtížným“ (Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 68). U životního období, které nazýváme stáří, nacházíme řadu pohledů na jeho členění. Uvádí se dělení na počínající stáří (senescence, od 60 do 74 let), stáří (senium, od 75 do 89 roků) a dlouhověkost (patriarchium, od 90 let výše). Jiná literatura se zabývá stádiem počínajícího stáří, stádiem pokročilého stáří a stádiem vrcholného stáří.

O stáří hovoříme jako o konečné etapě lidského života, která je spojována s řadou proměn. Jedná se zejména o změny v sociálním postavení, sociálním prostředí a v osobnosti. Stáří se vyznačuje specifickými znaky a charakteristikami, na základě kterých jej pak dělíme na biologické, psychologické a sociální stárnutí. Ve stáří se zvyšuje riziko výskytu onemocnění nejrůznějšími chorobami a roste pravděpodobnost

možnosti úrazu. Především jde o onemocnění jako jsou rakovina, srdeční choroby, nemoci kloubů či demence. O chorobách však nemluvíme v případě, že se jedná o normální projevy stárnutí. Významnou roli sehrává také osamělost, která souvisí s odchodem partnera a vrstevníků (srov. Kuric, 2007, s. 57-68, Kohoutek, 2003, s.15, Mühlpachr, 2005, s.21-23). „Stárnoucí člověk, ale neztrácí pouze své nejbližší, ztrácí také svou sociální roli, sociální status a zejména ztrácí, v důsledku procesu stárnutí, část svých dřívějších kompetencích. S postupujícím věkem se stárnoucí člověk často stává více a více závislý na svém okolí, zejména na svých dětech, později případně i na svých zařízeních“ (Mühlpachr, 2005, s. 21). Zde se objevuje určitý problém, jelikož řada dospělých „dětí“ nemá možnost zajistit svým rodičům pomoc, péči a jakousi míru důležitosti, kterou by si představovaly. Dnešní doba je velmi složitá, lidé potřebují dostatek prostředků na zabezpečení vlastní rodiny, nemohou si dovolit zůstat doma bez práce, jelikož mají finanční závazky, které je nutí chodit do zaměstnání. V důsledku toho se staří rodiče dostávají až na druhé místo, což jejich osamělost a pocit méněcennosti jen prohlubuje. Dalším možným rizikem je i vzdálenost místa bydliště a nemožnost rodiče navštěvovat v častějších intervalech. Zásadní problém však vidím v pokročilém stáří, kdy se senioři nejsou schopni o sebe postarat, jsou odkázáni na pomoc druhé osoby nebo dokonce jejich zdravotní stav vyžaduje celodenní péči. V takových případech musí rodina opět řešit otázku zaměstnání spojenou s otázkou zajištění péče.

Dochází i k takovým případům, kdy není v silách rodiny postarat se o starého nemocného rodiče. Většinou jde o závažné onemocnění, kdy člověk potřebuje péči a zároveň odbornou pomoc. Existuje mnoho sociálních zařízení, která dokáží skloubit obojí, ovšem kapacita volných míst je nižší, než by bylo třeba a dlouhé čekací lhůty na umístění situaci nijak neulehčí. Z toho vyplývá, že problematika stáří by se měla dotýkat všech bez ohledu na věk, jelikož se jedná o vyhlídky do budoucna každého z nás.

Stárnutí je celoživotní proces, který probíhá individuálně. Všechny živý organismus podléhá procesu stárnutí, každý život jednou končí. Je známo, že v průběhu vývoje lidského života, došlo k prodloužení délky věku. V dnešní době se uvádí jako průměrná délka života mužů 70 let a žen 75 let, ovšem jedná se o údaje vyplývající z průzkumů ve vyspělých průmyslových zemích (srov. Kohoutek, 2003, s. 59,

Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 9, 11). „Stárnutí je primárně procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. Jde v něm o různé strukturální změny v organismu, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve sféře fyzické i psychické“ (Kuric, 2007, s. 57). Z toho tedy vyplývá, že fyzické stárnutí souvisí se stárnutím psychickým.

Na světě žije vedle sebe mnoho lidí a každý z nich je jedinečný. Lidé mají odlišné prožívání, cítění, myšlení a usuzování (srov. Kohoutek, 2003, s. 58). Podle mého názoru je důležité uvědomit si, že se každý člověk se stářím vyrovnává jinak, po svém. Někdo se na období stárí a na odchod na zasloužený odpočinek těší, jiný trpí depresemi, úzkostmi, strachem a celkovou nespokojeností. Velmi záleží i na prostředí, ve kterém člověk žije, zda je obklopen milující rodinou, přáteli, zda vede aktivní život nebo žije ve stereotypu. To vše působí na vyrovnávání se stárnutím a ubýváním fyzických i psychických sil. „K udržení pozitivního vlastního sebehodnocení používají staří lidé různé strategie, zejména změnu a přizpůsobení cílů reálným možnostem starého člověka popř. reagují zdůrazňováním minulosti a rolí, které v minulosti zastávali, čímž může dojít alespoň k částečné podpoře identity“ (Mühlpachr, 2005, s. 24).

Literatura uvádí pět způsobů vyrovnávání se stářím vycházející z předchozího života. Jedná se o konstruktivní strategii, kdy se člověk sžívá se stářím, je stále aktivní, přizpůsobivý, těší se z každodenního života, přijímá pozitiva i negativa, které sebou stárí přináší. Strategie závislosti se vyznačuje určitou pasivitou, rezignací na své schopnosti, dovednosti. Vyniká v závislosti na druhých lidech. Další, třetí v pořadí, se uvádí strategie obranná, kdy se člověk snaží maskovat své problémy, zejména strach z konce života a smrti. Projevuje se zvýšenou aktivitou a popíráním vlastních potíží. Pro strategii hostility je typická rozzlobenost, agresivita, nespokojenost a obviňování druhých ze svých problémů. Jako poslední se uvádí strategie sebenenávisti. Lidé jsou zlí, naštvaní nejen na celý svět, ale především na sebe sama, jsou nespokojení se svým prožitým životem, odmítají se vyrovnat se stářím, jsou plní nenávisti (srov. Mühlpachr, 2005, s. 24, Kuric, 2007, s. 59). „Na vytváření strategie se nepodílí jenom samotný stárnoucí člověk, ale podmiňuje ji také užší a širší sociální prostředí, a to v pozitivním i negativním smyslu slova“ (Kuric, 2007, s. 59-60).

### 1.3. Specifika seniorského věku

Jak již bylo výše zmíněno, existuje řada pohledů, jak můžeme členit stáří. Nejužívanější je dělení na počínající stáří (senescence, od 60 do 74 let), stáří (senium, od 75 do 89 let) a dlouhověkost (patriarchium, od 90 let výše). Dané etapy sebou přináší určitá specifika, kterými se lidé v seniorském věku vyznačují. Je nutné si však uvědomit, že každý z nás je jiný, a to co je typické pro jednoho, u druhého může probíhat odlišně. Důraz je především kladen na individuální přístup a respektování jedinečnosti člověka (srov. Kohoutek, 2003, s.15, Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 17). „Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy. Je to dané především:

- všeobecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky, včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací,
- různým sociálně-ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy s nimi)“  
(Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 17).

Pro období stáří je charakteristický zvýšený výskyt chorob a nejrůznějších onemocnění, kam zejména řadíme aterosklerózu, osteoporózu, poruchy zraku, sluchu, Alzheimerovu chorobu či rakovinu.

Seniorský věk je těsně spjat s odchodem do důchodu, což pro mnoho lidí znamená konec pracovní aktivity a úbytek společenských kontaktů. Člověk ve stáří prochází určitými významnými změnami. Jedná se především o změny v citové oblasti, lidé jsou více zranitelní, úzkostliví, objevují se zpomalené reakce, dochází u nich ke ztrátě iniciativy, mění se zájmy, zhoršuje se schopnost překonávat překážky, vyskytuje se nepochopení, nedorozumění, často nastupuje rezignace (srov. Kuric, 2007,

s. 58, 63). „Ve stáří je známý postupný úbytek sensorických schopností a v důsledku toho oslabení a zpomalení psychomotorických aktivit, procesů učení, celkové vitality a sociálních aktivit. Dochází také ke změně orientace mravních a životních hodnot jejich nové hierarchizaci“ (Kuric, 2007, s. 58-59). Pro osoby v období stáří je typické navrácení se do minulosti, což sebou může přinášet pesimismus, reálné zhodnocení, kritičnost či naplnění a radost z prožitého života. Stává se, že starší lidé mají tendenci se vychloubat, vše zveličovat a přisuzovat sobě i svým výrokům nadměrnou důležitost.

Dalšími významnými změnami, které můžeme pozorovat u osob v seniorském věku, jsou změny somatické. Mezi nejdůležitější řadíme ochabování svalstva, zhoršení pohybové koordinace, zvýšení obsahu tuku v těle, opotřebování chrupu, zhoršení adaptace, odolnosti, poruchy spánku, zpomalení nervového vedení, změny v myšlení, vnímání a usuzování.

Ve stáří pozorujeme jistá rizika ohrožení, která ovlivňují život seniorů. Hovoříme především o věkové diskriminaci, vytěsňování, segregaci, zanedbávání, šikaně, domácím násilí, ztrátě soběstačnosti, osamělosti, o zhoršené orientaci ve společnosti, která je spojována s rychlým technickým vývojem, nebo také o zvýšeném výskytu onemocnění (srov. Kuric, 2007, s. 60, Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 10, 18).

„Seniorská populace je proměnlivá a vyvíjí se. Právě tím, že i ve stáří převažuje to individuální nad oným všeobecně stařeckým, přináší si nové generace seniorů do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky. Nynější generace seniorů, která přežila své produktivní období po 2. světové válce, má vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější, přiměřeně náročnější a zejména ženy jsou emancipovanější, jako byly generace narozené v 19. století či počátkem století dvacátého. Jde o tzv. Mezigenerační mobilitu. Současně se mění i sociální okolnosti (např. rodinné uspořádání), image stáří i sociální role seniorů, fenomén stárnutí.“ (Mühlpachr, Suchárová, Bachratý, 2008, s. 18).

## 2. Systém péče o seniory

### 2.1. Legislativní vymezení péče o seniory

Existuje celá řada možností, jak člověka ve stáří zabezpečit a tím mu zajistit vše nezbytné k životu. Jedná se o dávky a příspěvky, které na základě žádosti poskytují pověřené instituce. Dalším možným způsobem, jak osobám v seniorském věku pomoci, jsou různé formy péče, které poskytují a zajišťují organizace zaměřené právě na tuto věkovou skupinu.

Problematiku systému péče o seniory podrobně rozebírá Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a s ním související prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách). Zákon o sociálních službách uvádí, že každá osoba má právo na bezplatné poradenství, dále stanoví rozsah a formu pomoci, která by měla být prováděna kvalitně a především v zájmu pečovaných osob. Zákon o sociálních službách se člení na část týkající se příspěvku na péči a na část zaměřující se na sociální služby (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu“ (Zákon č.108/2006/Sb., o sociálních službách). Na příspěvek na péči má nárok každá osoba, která je vymezena v zákoně o sociálních službách a jejíž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, snížená soběstačnost a potřeba pomoci při péči o vlastní osobu, jí neumožňuje se o sebe postarat. Řízení o příspěvku na péči prochází dvojím posouzením. Jedná se o sociální šetření prováděné sociálním pracovníkem v přirozeném prostředí osoby, která si o příspěvek zažádala a o posouzení zdravotního stavu, které zajistí posudkový lékař sídlící na příslušné okresní správě sociálního

zabezpečení. Je-li příspěvek na péči přiznán, je zpětně doplacen pověřeným úřadem od měsíce podání žádosti, dále je pak příspěvek vyplácen měsíčně. Je nutné, aby byla dávka využívána k hrazení péče, kterou osoba, jež je závislá na péči jiné osoby, potřebuje. Zákon stanovil čtyři stupně závislosti, do kterých jsou lidé, žádající si o příspěvek na péči, zařazováni (srov. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách). „Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti“ (Zákon č.108/2006/Sb., o sociálních službách).

K jednotlivým stupňům závislosti zákon uvádí částky, které jsou osobám, po přiznání příspěvku na péči, vypláceny. Je však nutné rozlišit osoby do 18 let věku a nad 18 let věku. U dětí a mladistvých do 18 let věku jsou částky stanoveny pro první stupeň závislosti ve výši 3000 Kč, ve druhém stupni závislosti ve výši 5000 Kč, ve třetím stupni závislosti ve výši 9000 Kč a ve čtvrtém stupni ve výši 12000 Kč. Osobám nad 18 let věku je pak vypláceno v prvním stupni závislosti 800 Kč, ve druhém stupni závislosti 4000 Kč, ve třetím stupni závislosti 8000 Kč a ve čtvrtém stupni závislosti

shodně 12000 Kč. Jak již bylo výše zmíněno, příspěvek na péči musí být v plné výši využíván k hrazení potřebné péče a pomoci, kterou mohou zajišťovat rodinní příslušníci, osoby blízké, jiné osoby či organizace poskytující sociální služby. Využívání příspěvku na péči a zajištění péče podléhá kontrole, kterou provádějí pracovníci obecního úřadu obce s rozšířenou pravomocí.

Druhou částí, kterou se zabývá Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je část týkající se sociálních služeb, jejíž obsahem je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby dělíme podle způsobu, jakým je péče poskytována, na služby pobytové, ambulantní a terénní (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). „Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízeních sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí“ (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách). Zákon o sociálních službách hovoří o zařízeních sociálních služeb, které jsou v něm podrobněji rozepsané, připouští i jejich kombinaci, a také uvádí výčet základních činností, které by tato zařízení měla poskytovat. Rozsah poskytované péče však stanoví prováděcí právní předpis.

Rozlišujeme dva druhy sociálního poradenství, zákon uvádí základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základním sociálním poradenstvím máme na mysli poskytnutí informací k řešení nelehké, tíživé sociální situace. Odborné sociální poradenství se orientuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin. Jedná se především o občanské poradny, manželské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, dále zahrnuje sociální práci s jedinci, u nichž hrozí, vzhledem ke způsobu života, konflikt se společností. Odborné sociální poradenství také zajišťuje půjčování kompenzačních pomůcek (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách). Mezi služby sociální péče



zákon řadí osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Je nutné dále zmínit, že zákon o sociálních službách rozlišuje sociální služby poskytované za úhradu a sociální služby poskytované bez úhrady. Výčet těchto služeb uvádí zákon o sociálních službách v § 72 a § 73 (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Služby sociální prevence zahrnují ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitaci (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

## 2.2. Sociální politika v oblasti péče o seniory

V dnešní době jsou osoby v seniorském věku zabezpečeny několika možnými způsoby, jež představují určité příspěvky či dávky, které lidem poskytuje stát prostřednictvím pověřených orgánů. Jedná se především o důchody (starobní, vdovský, invalidní a sirotčí), o kterých rozhoduje a vyplácí je Česká správa sociálního zabezpečení a příslušné správy sociálního zabezpečení na základě Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Podmínky nároku na starobní, invalidní, vdovský či sirotčí důchod jsou uvedeny ve výše zmíněném zákoně (srov. Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 31.1.2011). „Důchod se skládá ze dvou

složek, a to ze základní výměry (stanovené pevnou částkou stejnou pro všechny druhy důchodu bez ohledu na délku doby pojištění a výši výdělků) a z procentní výměry“ ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 31.1.2011). Novela Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (Zákon č. 306/2008 Sb.,) přinesla řadu změn v důchodovém systému. V důsledku dané novely bylo např. k 1. 1. 2010 zavedeno prodloužení doby pojištění, která je nezbytná pro nárok na starobní důchod, a to z 25 let na 35 let (srov. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 31.1.2011).

Dalším druhem pomoci jakou je možno poskytovat seniorům, jsou dávky, které se řídí podle Zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, Zákona č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení a podle jejich jednotlivých příloh. Jedná se především o příspěvky: jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům, bezúročné půjčky a neposlední řadě mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP, ZTP/P).

O většině dávek rozhodují a vyplácejí je obecní úřady obce s rozšířenou působností, některé příspěvky zajišťují pověřené obecní úřady, obojí se řídí místem trvalého pobytu. Podkladem pro rozhodování je posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem (srov. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 31.1.2011). „Posudkovými lékaři posudkových komisí ministerstva práce a sociálních věcí České republiky pověřuje ministerstvo své pracovníky se souhlasem těchto pracovníků. Dalšími členy posudkových komisí jsou odborní lékaři jednotlivých klinických oborů a tajemníci“ (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení).

### 2.3. Domácí péče

Termínem domácí péče označujeme péči, kterou poskytují fyzické osoby, nejčastěji rodinní příslušníci, osobám, jejichž zdravotní stav a snížená soběstačnost vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato péče je, jak už vyplývá z názvu, prováděna v domácnosti, tedy v přirozeném prostředí člověka. Mnohdy je však péče blízkých nedostačující nebo ji z určitých důvodů nejsou schopni sami obstarat a musí pomoci odborníci, lidé, kteří jsou pro danou práci kvalifikováni..

V současné době je pod pojmem domácí péče také označována zdravotní a sociální péče, kterou zajišťují různé organizace a agentury. Jejich snahou je zajištění zdravotní a sociální péče, kterou nemohoucí člověk potřebuje. Péče je poskytována v takovém rozsahu a kvalitě, aby lidé setrvali v přirozeném prostředí co nejdéle. Usilují o to, aby se o hospitalizaci či umístění do sociálního zařízení přemýšlelo, až jako o posledním možném řešení. Pro člověka je mnohdy vlastní domov to nejcennější, proto řada lidí považuje péči v domácnosti za příjemnější a především za dobře působící na psychický stav jedince (srov. [www.domaci-pece.info.cz](http://www.domaci-pece.info.cz), 28.11.2010). „Domácí péče je propojenou formou zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí. Klientem pro účely domácí péče je občan, který z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu je plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby“ (Mühlpachr, 2006, s. 65). Cílovými skupinami, na které je domácí péče zaměřena, jsou klienti v pooperačním stavu, klienti v poúrazovém stavu, klienti s chronickým onemocněním, dále sem řadíme preventivní domácí péči a hospicovou péči, jež zahrnuje péči o umírající pacienty (srov. Mühlpachr, 2006, s.65, 66). „Jedním z hlavních pozitiv domácí péče je respektování integrity člověka s jeho vlastním sociálním prostředím. Každý klient je posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska a kvalita jeho života je vnímána individuálně“ (Mühlpachr, 2006, s. 65).

## 2.4. Druhy sociální péče

V současné době se stále více pečujících osob dostává do situace, kdy péči o své blízké již přestávají zvládat a potřebují pomoc organizací, které se zabývají sociální péčí, tedy poskytují sociální služby. Jak již bylo výše zmíněno sociální služby rozlišujeme podle formy poskytování na pobytové, ambulantní a terénní. „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nacházíme výčet služeb sociální péče, které poskytují určitá sociální zařízení či organizace. Všechny služby uvedené v zákoně poskytují péči osobám, které jsou omezeny v důsledku snížené soběstačnosti, věku, postižení, zdravotního stavu nebo jsou vystaveny určitým rizikům. Většina poskytovaných služeb je orientována na péči a pomoc v oblastech zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieny, zajištění stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společností a na pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů.

Jelikož je má práce zaměřena na seniory, uvádím výčet poskytovatelů sociálních služeb, kteří se zabývají především péčí o danou věkovou skupinu. První službou je osobní asistence. Jedná se o komplexní terénní službu, která je lidem poskytována v přirozeném prostředí. Umožňuje tak důstojné žití ve vlastní domácnosti. Osobní asistent zajišťuje ty činnosti, které by člověk vykonával sám, kdyby mu to jeho zdravotní stav dovolil.

Pečovatelská služba může být poskytována jako terénní či ambulantní služba. To znamená, že péče je zajišťována v domácnosti nebo osoby dochází do zařízení, které zmiňované služby poskytují (srov. Zákon č.108/2006Sb., o sociálních službách, [www.osobniasistence.cz](http://www.osobniasistence.cz), 28.11.2010).

„Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Odlehčovací služby mohou být vykonávány terénně, ambulantně nebo také formou pobytové služby. Člověk, který je závislý na péči jiné osoby, je přijímán na odlehčovací služby za účelem odpočinku pečující osoby. Jde o krátkodobé zajištění všech činností, které osoba ke svému životu potřebuje.

Dalšími významnými poskytovateli sociálních služeb jsou zařízení označována termíny denní a týdenní stacionáře. Denní stacionáře vykonávají své služby ambulantně. Lidé za péčí do zařízení dochází. Obvykle se jedná o služby zaměřené na pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, zajištění stravy, lidé jsou zapojeni do výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, a také jim je zprostředkován společenský kontakt s okolím. Denní stacionáře dále provádějí sociálně terapeutické činnosti a pomáhají při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Týdenní stacionáře se od denních stacionářů liší tím, že osobě poskytnou ubytování, jde tedy o pobytové služby.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby lidem, kteří potřebují neustálou péči jiné osoby. Především se jedná o osoby, které nemají nikoho, kdo by se o ně postaral, nebo se rodina nemůže či nechce postarat. Zajišťují širokou škálu služeb nezbytných pro důstojný život člověka. (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

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

Zákon o sociálních službách dále uvádí řadu jiných poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zejména zaměřeni na osoby se zdravotním postižením, chronickým či duševním onemocněním (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

## 3. Vymezení demence

### 3.1. Demence

Autorem pojmu demence je P. Pinel, kterým tak označoval různé onemocnění poškozující intelekt. Demence je organické mozkové onemocnění, při kterém dochází k úbytku kognitivních funkcí a jehož prvotní příznaky jsou jen těžko na první pohled rozpoznatelné od běžných projevů stárnutí. Jedná se o duševní poruchu postihující zejména paměť a intelekt (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 9-11). „Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrou psychiatrickou symptomatologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s.15)

Jak již bylo zmíněno, má tato choroba dopad na kognitivní funkce. Dochází k poruchám intelektové deteriorace, paměti, orientace, pozornosti a motivace, úsudku a myšlení, ale také zahrnuje korové poruchy a poruchy exekutivních funkcí. Ve výzkumné části své práce se především zaměřím na poruchy paměti, orientace, pozornosti a motivace a poruchy úsudku a myšlení.

Poruchy paměti jsou považovány za první symptomy tohoto onemocnění. Typické jsou časté a opakující se dotazy. Nejdříve je postižena krátkodobá paměť, kdy nemocný jedinec zapomíná, co se stalo v průběhu dne, ztrácí věci a zapomíná kam si je uložil, nepamatuje si jména ani žádné nové informace. V pokročilém stádiu demence se začíná projevovat porucha dlouhodobé paměti. Jedinci mají zpomalené a nepřesné reakce, obtížněji si vybavují, potřebují pomoc druhých osob, které je podporují a povzbuzují k tomu, aby si nemocný vzpomněl na dané události, situace či informace.

Poruchami orientace máme na mysli dezorientaci v čase, místě, prostoru a také ve vlastní osobě. Jedná se především o problémy spojené s rozpoznáním dne, měsíce, ročního období, s dezorientací ve známých místech. Člověk netrefí do obchodu, na autobusovou zastávku, tápe i ve svém domě, neví kudy se jde do koupelny, na toaletu, nepoznává rodinné příslušníky ani osoby ze svého blízkého okolí, neví kolik je mu let.

Dalšími pozorovatelnými symptomy jsou poruchy pozornosti a motivace. U osob postižených demencí můžeme sledovat sníženou schopnost reagovat, jedinci nejsou schopni provést jednoduchý úkol či činnost, ztrácí motivaci i k zájmovým činnostem (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 17-20). „V pozdějších stádiích nemoci se objevuje apatickohypobulický syndrom, který se projevuje apatií, sníženou úrovní celkové aktivity, nemocný sedí a hledí jedním směrem“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s.21). V důsledku poruch úsudku a myšlení není nemocný schopen posoudit jak se má obléci, spočítat si důchod, udělat nákup potřebných věcí, nemá pojem o množství. Má tendenci se považovat za zdravého, protože jemu nic není a ostatní si jeho onemocnění vymysleli.

Dále rozeznáváme symptomy, které způsobují povahové změny, vedou k depresím, lidé trpí úzkostmi, halucinacemi, bludy, mohou být agresivní, neklidní, křičí, pláčou, mají strach, dochází ke změnám celé osobnosti (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 20).

„ Průběh demencí lze schématicky rozdělit na stádia:

1. Počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí, je nutné nemocnému radit při různých činnostech, kontrola nad ním nemusí být trvalá.
2. Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.
3. Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 35).

Faktory, které se podílejí na vzniku demence, se nazývají rizikové faktory demence, mezi které řadíme věk, pohlaví, rodinný výskyt a genetické faktory, vzdělání, cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění, kouření, alkohol, poranění hlavy, protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba, deprese a mnohé další faktory jako jsou infekční onemocnění, deficit vitaminů, srdeční selhání, jaterní selhání, onkologická onemocnění (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s.12-14). „Demence je také součástí klinického obrazu jiných onemocnění mozku – Parkinsonovy či Huntingtonovy, Creutzfeldt-Jakobovy choroby či roztroušené sklerózy“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 14).



Pokud se lidé rádi a pravidelně věnují různým společenským aktivitám, rádi se učí novým věcem, řeší křížovky a hlavolamy, udržují se i po fyzické stránce, je menší riziko, že se právě u nich demence projeví (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, str. 14). „Tělesná a duševní činnost podporuje vytváření sebezáchovných a sebeopravných systémů mozku, včetně syntézy ochranných sloučenin známých jako růstové hormony. Aktivita také zvyšuje životaschopnost mozkových buněk, což může pomoci účinky Alzheimerovy choroby zpomalit“ (Bragdon, 2002, s. 14)

### 3.2. Alzheimerova choroba

Na počátku 20. století popsal tuto chorobu německý lékař Alois Alzheimer, podle kterého také dostala název. Jedná se o nejrozšířenější a nejčastější typ demence, se kterým se potýká značná část populace zejména vyššího věku a jehož výskyt neustále roste (srov. [www.lekarna.cz/text/alzheimerova-choroba/](http://www.lekarna.cz/text/alzheimerova-choroba/), 3.2.2011).

„Alzheimerova choroba je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 39). Nejvíce je poškozen mozek, což se projevuje především zhoršenou pamětí, orientací, pozorností a soustředěností.

Proces, jímž probíhá Alzheimerova choroba, je obvykle pomalý a zpočátku nenápadný, postupně však dochází k progresivnímu zhoršení kognitivních funkcí. Jedinec i jeho blízké okolí zprvu nic netuší a občasné výkyvy v chování přisuzují věku. Považují dané chování za normální příznaky stárnutí. Tento stav může trvat i několik let.

Alzheimerova choroba se vyznačuje fyzickými, psychickými, emocionálními a mentálními symptomy. Mezi nejdůležitější příznaky řadíme poruchy paměti, myšlení, chování, neklid, úzkosti, deprese, bloudění, bezcílné činnosti.

Rozlišujeme dva typy Alzheimerovy choroby. Jedná se o familiární formu Alzheimerovy choroby, která je vrozená. Obvykle postihuje osoby mladší 65 let, a to zejména v rodinách, kde se zmíněné onemocnění vyskytlo (srov. Holmerová,

Jarolímová, Suchá, 2007, s. 39, 40, Bragdon, 2002, s. 21-22). „Jednotlivé formy familiární Alzheimerovy choroby se liší jednak genetickou změnou (mutace genu pro APP - amyloidový prekursorový protein, PS1 – presenilin 2, PS2 – presenilin 2) a jednak dobou obvyklého počátku onemocnění, u mutací APP genu je to 40-65 let, u mutací PS1 genu 35-55, u mutací PS2 genu 45-80 let“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 40). Častější podobou je sporadická forma Alzheimerovy choroby, vyskytující se hlavně ve vyšším věku. I zde však může působit dědičnost.

Alzheimerovu chorobu charakterizují typické rizikové faktory. Za zásadní faktor je označován věk. Okolo 65 let trpí zmíněným onemocněním jen malý počet osob, avšak se stoupajícím věkem jich značně přibývá. Uvádí se, že do 90 let věku člověka, můžeme Alzheimerovu chorobu pozorovat u poloviny všech lidí (srov. Bragdon, 2002, s. 12). „Výzkum v neurovědách ukázal, že Alzheimerova choroba má možná i genetickou složku, i když genetická dispozice je o mnoho slabším rizikovým faktorem než věk“ (Bragdon, 2002, s.12). Příčiny vzniku můžeme hledat také v prostředí, avšak ty nejsou stále prozkoumány natolik, aby lidé se na ně mohly zaměřit a vynakládat úsilí pro jejich odstranění, které by mohlo vést ke zmírnění dané nemoci (srov. Bragdon, 2002, s. 13).

### 3.3. Diagnostika Alzheimerovy choroby

V současné době neexistuje žádný test, který by mohl stoprocentně stanovit diagnózu Alzheimerovy choroby u živého člověka, to je možné až po smrti. Za života člověka je diagnóza tohoto onemocnění pouze pravděpodobnostní. Důraz je zejména kladen na včasnost, tedy na to, v jaké fázi Alzheimerovu chorobu zjistíme (srov. Bragdon, 2002, s.11, Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 29). „Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 30). Avšak včasná diagnóza je v mnoha případech problém, protože lidé většinou začínají hledat pomoc tehdy, až už je nemoc v pokročilém stádiu. Z počátku si nechtějí připustit, že není něco v pořádku a dokonce i rodina má tendenci problém schovávat a různě zastírat. Naopak, rodina by měla být silnou oporou a podporou pro nemocného člověka. Ihned, jakmile se vyskytne

podezření, že by člověk mohl trpět právě zmíněnou chorobou, je dobré vyhledat lékaře odborníka, tedy neurologa. Lékař po seznámení se stavem pacienta, který je mu obvykle sdělen blízkými osobami, zahájí různá lékařská vyšetření. Nemocný člověk podstoupí řadu testů, které pomohou objasnit jeho problémy. Úskalím, které sebou návštěva u lékaře nese, je pacientova snaha lékaři dokázat, že je stále schopný. Plně se soustředí a často předvedou o mnoho lepší výkon, než-li doma. Proto, abychom zjistili skutečný stav pacienta, je dobré vše provádět za přítomnosti rodinného příslušníka (srov. Bragdon, 2002, s.11, Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 30-31).

„Diagnózu Alzheimerovy choroby stanovíme na základě klinického vyšetření, a to dle následujících kritérií:

- je přítomen syndrom demence (testy, eventuálně psychologické vyšetření prokazující poškození kognitivních funkcí)
- není přítomno jiné onemocnění, které by syndrom demence mohlo způsobit
- CT nebo NMR mozku neprokazují jiné onemocnění (nádor, hematom, důsledky cévního onemocnění mozku...) a zpravidla prokazují určitý úbytek mozkové tkáně (někdy ale mohou být i negativní, a to zejména pokud jsou popisována na pracovišti, které se touto problematikou speciálně nezabývá)“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 29).

Je však nutné uvádět, že diagnóza Alzheimerovy choroby je jen pravděpodobnostní. Důležitou roli představuje také seznámení pacienta s diagnózou. Ošetřující lékař by si měl vyhradit pro nemocného dostatek času, měl by mu být oporou a zejména nápomocen jemu i jeho rodině. Jedná se o velmi složité období v životě nemocného člověka i jeho blízkých (srov. Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 55-57).

„V rámci diagnostiky demence je třeba odlišit jiné příznaky:

- běžné změny stáří
- reakce na změnu prostředí
- poruchy nálad, zejména deprese
- reakce na obtížnou situaci

- somatické onemocnění se znaky selhávání sebepečce“ (Venglářová, 2007, s .28).  
Rozlišení, co je příznakem demence a co není, je proto velmi obtížné.

### 3.4. Systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou

Je známo, že lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, vyžadují speciální péči. Je třeba neustálého dohledu při běžných každodenních činnostech, které jsou nezbytné pro plnohodnotný život jedince. Lidé, jež postihla Alzheimerova choroba, potřebují určitou organizaci života a vedení ze strany druhé osoby.

Péče o tyto jedince je velmi náročná, často vede k úplnému vyčerpání pečujících osob, které se v důsledku péče o své blízké ocitnou na pokraji svých sil. Pokud člověk pečuje o jedince s Alzheimerovou chorobou, měl by mít o dané problematice dostatek informací, jelikož tato péče vyžaduje zvýšenou míru trpělivosti, pochopení, úcty, ohleduplnosti, a také podpory pečující osoby ze strany nejbližšího okolí. Obvykle dochází k situaci, kdy pečující osoba již péči nezvládá, již není v jejích silách zabezpečit a postarat se o člověka v plném rozsahu. Pro takové případy existuje řada možností.

Především se jedná o umístění jedince trpícího Alzheimerovou demencí do domovů se zvláštním režimem. „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Personál domovů se zvláštním režimem především zajišťuje ubytování osob s Alzheimerovou chorobou, poskytuje jim stravu, pomáhá při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů, dále jim pomáhá navazovat společenské kontakty, zapojuje je do společnosti, vykonává sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomáhá při uplatňování práv a oprávněných zájmů těchto osob. Uvádí se, že pro většinu jedinců, kteří onemocněli Alzheimerovou demencí, je ústavní péče nevyhnutelná a často na celý život (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Venglářová, 2007, s. 25).

## 4. Výzkum

### 4.1. Systém péče o seniory v Jihomoravském kraji

Jihomoravský kraj je jedním ze 14 krajů, do kterých je členěna Česká republika. Je složen ze 7 okresů: Blansko, Brno – město, Brno – venkov, Břeclav, Hodonín, Vyškov a Znojmo, jež zahrnují 673 obcí a 49 měst. Dále jej tvoří 21 obcí s rozšířenou působností a 34 obcí s pověřeným obecním úřadem.

V roce 2007 až 2008 se začal realizovat Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihomoravského kraje. Ke spolupráci na něm byli osloveni zástupci jednotlivých obcí s rozšířenou působností spadajících do Jihomoravského kraje.

Jeho hlavním cílem je snaha o zachování aktuálního rozmístění sociálních služeb v kraji, rozšíření sociálních služeb do takových oblastí, kde je péče nejvíce potřeba, snaha o rozšíření domácí péče ve smyslu, aby nemocný člověk zůstal co nejdéle v přirozeném prostředí, snaha o zvýšení kvality života těchto osob a v neposlední řadě také zaměření na psychotiky a alkoholiky. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji je zaměřen na několik cílových skupin. Jednou z nich jsou také senioři.

Ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb Jihomoravského kraje je poukázáno na stárnutí populace. V souvislosti s tímto stárnutím je spojeno jedno z jeho opatření, a to do budoucna zvýšit kapacitu zařízení a posílit terénní a ambulantní služby. Již byly vyslány požadavky na zřízení nových sociálních služeb, domovů pro seniory např. ve Znojmě, Tišnově, Mikulově, Pohořelicích, a také ve Veselí nad Moravou a v Bučovicích, jež by mohly řešit situaci i některým občanům v regionu Kyjovsko. V současné době v České republice připadá na jedno místo v sociálním zařízení 42 čekatelů starších 62 let. Jihomoravský kraj může nabídnout 45 domovů pro seniory a 18 domovů se zvláštním režimem. Celkový přehled poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji nalezneme na internetových stránkách Jihomoravského kraje či Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále byl vydán Adresář poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji, který se realizoval v rámci projektu Podpora plánování rozvoje sociálních služeb v Jihomoravské kraji (srov. Střednědobý plán

rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji, Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji, [www.kr-jihomoravsky.cz](http://www.kr-jihomoravsky.cz), 14.1.2011).

## 4.2. Systém péče o seniory na Kyjovsku

Oblast regionu Kyjovsko zaujímá poměrně široké území, jehož centrem je město Kyjov, které má postavení obce s rozšířenou působností. Město Kyjov má třináct tisíc obyvatel a je složeno ze 4 částí, které jsou pojmenovány Kyjov, Nětčice, Boršov a Bohuslavice. Do správního území regionu Kyjovsko dále spadá dalších 41 obcí, pro které je město Kyjov partnerem.

V roce 2010 schválilo zastupitelstvo Města Kyjova Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku do roku 2012, který vznikl metodou komunitního plánování. Jeho hlavní snahou je zajištění a rozvoj sociální oblasti v regionu. Jedná se o projekt, do kterého jsou zapojeni zástupci obcí, krajů, regionů, a také poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb a veřejnost.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku má ve svém návrhu možné způsoby, jak řešit situaci jedinců s duševním onemocněním či mentálním postižením. Jedná se o několik priorit, které by se měly v budoucnu na Kyjovsku zrealizovat. Jako první prioritu, kterou Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku uvádí, je zajištění návaznosti a koordinace všech služeb pro osoby s duševním onemocněním a pro osoby s mentálním onemocněním. Další prioritou je podpora sociální integrace výše zmíněných osob. Poslední prioritou, jež se dotýká osob s duševním onemocněním, je podpora rodinám a pečovatelům osob s duševním onemocněním a osob s mentálním postižením.

V rámci procesu komunitního plánování sociálních služeb na Kyjovsku a projektu Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku byl vydán Adresář organizací pomáhajících občanům Kyjovska, ve kterém se lidé mohou informovat o všech možnostech péče v daném regionu. Služby v něm jsou rozděleny do 3 skupin. Jedná se o služby, které jsou přímo na Kyjovsku, dále o služby, které neposkytuje žádná místní organizace, ale na Kyjovsko se dojíždí, a jako poslední jsou

uvedeny služby, které v regionu zastoupeny nejsou, ale můžeme je využít v jiných lokalitách či regionech.

Péče o seniory je na Kyjovsku zajišťována formou terénních, ambulancních a pobytových služeb. Mezi poskytovatele terénních služeb patří: Pečovatelská služba Centra sociálních služeb, p.o. města Kyjova, Arcidiecézní charita Olomouc, Charita Kyjov - pečovatelská služba Svatobořice-Mistřín, Charitní pečovatelská služba Vracov, Domácí hospic David, Diecézní charita Brno, Oblastní charita Hodonín - Domovinka – charitní pečovatelská služba Šardice, Charitní pečovatelská služba Ždánice, Město Bzenec – Pečovatelská služba Bzenec. Poskytovateli ambulancních služeb jsou: Centrum sociálních služeb, p.o. města Kyjova – denní stacionář. Zařízeními, která poskytují pobytové služby, jsou: Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o., Dům pokojného stáří Čeložnice a Remedia plus o.p.s. zajišťující sociální služby pro seniory a handicapované.

Za nutné bych považovala zmínit, že na Kyjovsku nalezneme řadu domovů s pečovatelskou službou. Jedná se především o Centrum sociálních služeb Kyjov, p.o., Domy s pečovatelskou službou Bzenec, Dům s pečovatelskou službou Svatobořice-Mistřín, Dům s pečovatelskou službou Ždánice, Dům s pečovatelskou službou Moravany, Dům s pečovatelskou službou Vracov a Dům s pečovatelskou službou Archlebov.

Na Kyjovsku je péče o seniory s Alzheimerovou chorobou zajištěna jen částečně. Jediným pobytovým zařízením, které poskytuje péči zmíněným osobám, je Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o., jehož součástí je domov se zvláštním režimem. Existuje řada vizí pro rozšíření systému péče pro jedince s Alzheimerovou chorobou, které jsou součástí již uvedeného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku (srov. Střednědobý plán rozvoje sociální služeb na Kyjovsku, Adresář organizací pomáhajících občanům Kyjovska, [www.mestokyjov.cz](http://www.mestokyjov.cz), 14.1.2011).

#### 4.3. Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o.

Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o. je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Zařízení je členěno na dvě oddělení, a to na domov

pro seniory s počtem 41 míst a domov se zvláštním režimem s počtem 30 míst (zde jsou především umístěni lidé s demencí a Alzheimerovou chorobou). Součástí centra je pěkná zahrada s altánem a spoustou laviček sloužící k odpočinku. V jarních a letních dnech zařízení pořádá nejrůznější venkovní akce pro zpříjemnění všedních dnů. Do budovy i zahrady je zajištěn bezbariérový přístup. Mottem Centra sociálních služeb Kyjov, p.o. je „Užít si své stáří“. Znakem je motýl, protože jak centrum uvádí, jeho krása přichází s koncem života.

Správné fungování centra je zajištěno a zabezpečeno patnácti standardy kvality sociálních služeb, z nichž nejdůležitější je standard č. 1 pojmenovaný jako Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb. Hlavním cílem centra je, aby lidé, kteří v něm žijí, prožili důstojný a spokojený život, aby jim byla poskytnuta taková péče, pomoc a podpora, kterou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a soběstačnosti potřebují.

Centrum služeb pro seniory poskytuje svým uživatelům řadu služeb, které jsou nezbytné pro každodenní život. Jedná se především o úklid pokojů, praní a žehlení, zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně, dále je zabezpečena ošetrovatelská, zdravotní, lékařská a rehabilitační péče, poskytují základní sociální poradenství, pomáhá při obstarávání osobních záležitostí. Neméně důležitá je také nabídka kulturních akcí, umožnění kontaktu se společenským prostředím a zájmová, aktivizační či sociálně-terapeutické činnosti.

Zařízení nabízí řadu kroužků, které mohou obyvatelé domova ve svém volném čase navštěvovat – kroužek ručních prací, skupinové cvičení doprovázené hudbou, kroužek vaření, pěvecký kroužek, klub čtenářů, klub přátel dechovky, zahradničení a jiné aktivity. Centrum dále uskutečňuje tzv. hovory s obyvateli, kde jsou uživatelé informováni o novinkách a aktualitách týkajících se poskytování sociálních služeb, o svých právech a povinnostech (srov. [www.centrumproseniorykyjov.cz](http://www.centrumproseniorykyjov.cz), 14.1.2011).



#### 4.4. Realizace výzkumného šetření

##### Kazuistika č. 1

V první kazuistice uvádím příběh ženy, která ve věku 75 let onemocněla Alzheimerovou chorobou. Jedná se o ženu, která na sklonku života zůstala v péči své rodiny.

Žena se narodila v roce 1928 na Slovensku. Ve věku 12 let se s rodiči a 6 sourozenci přestěhovala do České republiky na Jižní Moravu. Otec byl kovářem a matka byla s dětmi doma. Po základní škole začala pracovat na státním statku, kde byla společně s dalšími členy své rodiny. V 18 letech se provdala a začala s manželem pracovat ve slévárně. Později byla zaměstnaná jako účetní. S manželem se přestěhovali do menší obce, kde žena žije doposud. Měli harmonický vztah, ze kterého se narodily 3 děti – 2 synové a jedna dcera. Již 25 let je vdova, manžel byl astmatik. Celý život měla a má kolem sebe milující rodinu, která pro kterou byla vždy velkou oporou. Přes 15 let pečovala o svého nemocného otce, který na sklonku života oslepl.

V roce 1972 se rodina dostala do nepříjemné situace. Dcera a starší syn onemocněli svalovou dystrofií – myopatií. Bylo lékařsky prokázáno, že nemoc propukla díky dědičným dispozicím, kde žena – matka byla nositelem onemocnění, avšak sama jím netrpěla. Žena byla celý život bez závažnějších zdravotních problémů, vždy byla starostlivá a milující rodič, který by pro děti udělal cokoliv. Dcera i starší syn jsou od mládí v invalidním důchodě, mladší syn pracuje jako řidič z povolání. Dcera žije přibližně 40 km ve vzdálené obci, má 2 děti, které danou nemocí netrpí, avšak byli označeni opět za přenašeče. Oba synové žijí se svými rodinami v obci, kde žije i pozorovaná žena. Klientka je poživatelkou starobního důchodu, a také příspěvku na péči, který využívání k zajištění potřebné péče.

Ve věku 75 let se u klientky začaly projevovat první příznaky Alzheimerovy choroby. Jednalo se o mírné výpadky paměti, o lživé představy, kterým sama věřila a prezentovala je velmi důvěryhodně. Rodina z počátku tyto projevy přisuzovala stáří. Až po čase, kdy vyprávěla příběhy či situace, které byly známé i rodině, si povšimli, že

není něco v pořádku. V 80 letech byla diagnostikována Alzheimerova choroba v pokročilém stádiu. Žena začala užívat léky pro zmírnění průběhu onemocnění. Postupně se stávala stále více závislou na péči a pomoci druhé osoby. Po fyzické stránce je na tom dodnes velmi dobře, o to složitější je však péče a dohled nad ní.

Pozorovaná žena neustále utíká z domova, pořád někoho hledá, nezvládne se vhodně obléci, nerozliší roční dobu, vychází ven jen v pyžamu, nerozliší čisté a špinavé prádlo, nerozpozná rodinné příslušníky, neví kdo je dcera, vnučka ani kdo je ona sama, nutný je také dohled při jídle, jinak by se nenajedla, vše schovává, zejména peníze (již není sama schopna hospodařit, často půjčovala peníze sousedům). Dále se u ní projevuje agresivita, zlost, značné výkyvy nálad. Dcera uvádí, že její matka byla vždy mírné povahy, byla velmi hodná, klidná, nedokázala být zlá. Neustále chce jít domů, vrací se do minulosti, do doby, kdy žila na Slovensku.

V současné době péči zajišťují rodinní příslušníci, kteří žijí ve stejné obci, jako klientka. Dcera dojíždí obvykle na víkend nebo dle potřeby rodiny, jelikož je sama nemocná a potřebuje péči druhé osoby. Přijíždí zejména proto, aby matka nebyla sama v době, kdy si poskytovatelé péče potřebují odpočinout, jelikož u ní musí stále někdo být. O umístění do zařízení ze zvláštním režimem či jiného zařízení neuvažují. Jak rodina uvádí, je to pro nich jedna z možností, jak své mamince, babičce a prababičce poděkovat a vrátit veškerou péči a lásku, kterou je celý život zahrnovala.

## Kazuistika č. 2

V následující kazuistice uvádím příběh ženy, která ve věku 78 let onemocněla Alzheimerovou chorobou. V současné době je umístěna v domově se zvláštním režimem, kde je jí poskytována veškerá potřebná péče.

Klientka se narodila v roce 1930 na Jižní Moravě. Společně s rodiči a sestrou žila v rodinném domě. Oba rodiče byli statkáři. Po ukončení základní školy pracovala jako šička, a poté jako vrátná v továrně. Zde se poznala se svým budoucím manželem. Muž měl v továrně vysoké postavení. Z harmonického vztahu se narodily 2 děti - dcera

a syn. Žena brzy ovdověla, manžel zemřel velmi mlád. Jejich děti žijí v nedalekém městě. V době, kdy ještě žila v rodné obci, ji děti pravidelně navštěvovaly.

Žena byla celý život bez závažnějších zdravotních problémů. Byla ještě donedávna vitální. Veškeré úkony spojené s chodem domácnosti byla schopna obstarat sama. Mužskou pomoc vyhledávala jen zřídka. Vždy byla milá, hodná a klidná. Ráda pekla a vařila. Jak sama uvedla, má velmi pěkný vztah se svou sestrou.

Před 5 lety se u klientky začaly projevovat první příznaky Alzheimerovy choroby. Často zapomínala. Činnosti, které běžně vykonávala, nebyla schopna bez cizí pomoc zvládnout. Potřebovala neustálý dohled své sestry či dětí. V 78 letech byla u klientky diagnostikována Alzheimerova choroba, jejíž projevy se neustále zhoršovaly. Rodina po poměrně krátkém čase přestala péči o svou příbuznou zvládat. Jelikož je žena poživatelkou starobního důchodu a byl jí vyřízen příspěvek na péči, požádala rodina o umístění do sociálního zařízení. Čekací lhůty jsou dlouhé, zařízení jsou přeplněna a umístění v nich je složitější, než rodina předpokládala.

Přesto se vše podařilo a v srpnu 2010 byla žena umístěna do domova se zvláštním režimem. Její nástup byl zcela bez problémů, uvědomovala si, že nemůže již zůstat sama. Velmi rychle se adaptovala jak na nové prostředí, tak na soužití s dalšími obyvateli sociálního zařízení. Pracovnice zařízení uvedla, že klientka je v zařízení velmi spokojena, ovšem někdy má dny, kdy se jí zasteskne po příbuzných a po své rodné obci. Nemá sklony k útěku či k pláči. Je se svou situací smířena. Rodina ji často navštěvuje a společné víkendy u některého ze svých dětí nejsou výjimkou. V zařízení navštěvuje kroužek jednoduchých ručních prací a dle aktuálního zdravotního stavu se zúčastňuje cvičení v tělocvičně.

V dnešní době je v důsledku svého onemocnění plně závislá na péči a pomoci druhé osoby, v jejím případě, na pomoci pracovnice sociálního zařízení. Již nezvládá péči o vlastní osobu, je nutné ji upozornit na hygienu, na převlečení do čistého prádla. V zařízení se ztrácí, neví kde má pokoj (je označen obrázkem), kde je jídelna, společenská místnost či sprchy a toaleta. S blízkých osob pozná své děti, sestru, spolubydlící a také svou pečovatelku. Ostatní osoby nerozpozná, i když se s nimi

setkává často. Sama již nezvládne hospodařit s penězi, vše musí zajistit personál zařízení.

Jak již bylo výše zmíněno, klientka byla vždy mírné, klidné povahy. Totéž o ní platí i v současné době. Je označována za nekonfliktní a velmi oblíbenou obyvatelku zařízení.

### Kazuistika č. 3

V třetí kazuistice uvádím příběh ženy, která onemocněla Alzheimerovou chorobou ve svých 75 letech. Svému onemocnění se snažila do posledních sil čelit. Byla si vědoma svých změn v chování, pozorovala, že paměť jí přestává sloužit, ale chtěla být samostatná a nezávislá na péči druhých. Nyní je umístěna v sociálním zařízení, protože rodina nebyla schopna zajistit péči.

Žena se narodila před osmdesátipěti lety na Jižní Moravě. Žila se svými rodiči a dvěma sourozenci na venkově. Ve své rodné obci strávila velkou část života. Po ukončení základní školy pracovala na státním statku. Začala pracovat již ve 14 letech. Později pracovala v zemědělství, v oblasti vinařství, kde zůstala až do odchodu do důchodu. Její práce byla její láska a koníček. I v době, kdy již byla v důchodu, jezdila vypomáhat do JZD. V zemědělství potkala svého budoucího manžela, který po válce pracoval u veřejné bezpečnosti. Měli 3 děti, dva syny a jednu dceru. Manžel ve věku 59 let zemřel na rakovinu plic. Po zbytek života zůstala klientka sama, jiného muže nehledala. Jako vdova se přestěhovala z rodné obce do města, kde žil její syn. Ten se však o několik let později odstěhoval. Ve městě také žila její neteř, se kterou se pravidelně navštěvovaly, chodily spolu nakupovat, do města, na zahrádku. Neteř se stala její nejbližší osobou. Bydlely na jednom sídlišti. Děti i s vnoučaty ji prakticky přestaly navštěvovat. Žena je poživatelkou starobního důchodu a je jí měsíčně vyplácen příspěvek na péči, který jí slouží k zaplacení potřebné péče.

Klientka byla vždy bez závažnějších zdravotních problémů. Byla velmi vitální, do svých 68 let vypomáhala ve vinařství. Jezdila na kole, chodila do lesa, ráda plavala. Měla přehled o dění ve světě, četla noviny, zajímala se o politiku. Vždy byla mírné

povahy, byla milá, hodná a ochotná pomáhat. Jediné co ji trápilo, byly rodinné vztahy s jejími dětmi.

Po 75 roce věku si neteř začala všímat, že s klientkou není něco v pořádku. Občasné výpadky paměti a ztráta orientace ji přivedly do ordinace odborného lékaře. Ten stanovil diagnózu – Alzheimerova choroba. Neteř měla s podobným onemocněním zkušenosti, jelikož měla babičku, která na sklonku života onemocněla demencí. U ženy se nemoc projevovala zejména v oblasti paměti, později přistoupila ztráta orientace. Dlouho dobu se klientka snažila nemoci odolávat. Hodně četla, luštila křížovky, učila se, a pak se nechávala zkoušet. Chtěla proces nemoci co nejvíce zpomalit. Měla dny, kdy se cítila skvěle a vše si uvědomovala, ovšem byly i takové dny, a ty postupem času převažovaly, kdy bloudila po městě, nebyla schopná dojít sama do obchodu či z obchodu (obchod byl na protější ulici od domu), nepoznala svůj byt, chtěla z něj odcházet, nechtěla si přebírat důchod, protože jí nepatřil, přestávala umět hospodařit s financemi. Neteř jí byla oporou, všude ji doprovázela a trávila s ní veškerý volný čas. Povaha klientky však nebyla změněna. Byla i nadále mírná a klidná, neobjevovaly se u ní žádné projevy agresivity ani zlosti. Rodinné příslušníky, sousedy, kamarády do dnešního dne poznává.

Když bylo klientce 80 let a již nezvládla být sama v domácnosti, neteř, která v té době byla vážně nemocná, zkontaktovala nejbližší příbuzné, aby se o ni postarali. Měla o klientku strach. Nějakou dobu žila žena u své dcery v Jižních Čechách, která však péči nebyla schopna zajistit a vozila svou matku do denního stacionáře. Mezitím jí zažádala o umístění do sociálního zařízení, kde by jí byla poskytnuta veškerá péče. U dcery žila přibližně rok, a poté došlo k umístění do domova se zvláštním režimem.

V současné době nedochází u klientky k žádnému výraznému zhoršení Alzheimerovy choroby. Příbuzní uvádějí, že její stav je již delší dobu beze změn.

## 4.5. Vyhodnocení výzkumu

V praktické části bakalářské práce jsem zaměřila na dvě oblasti týkající se sociálních služeb a péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o zjištění dostupnosti a variability sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko a o porovnání péče v sociálním zařízení a v rodinném prostředí.

Při zkoumání dostupnosti a variability sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsem se opírala o údaje uvedené ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji a Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku. Dalším zdrojem informací byly adresáře poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko.

V Jihomoravském kraji evidujeme celou řadu sociálních zařízení, která poskytují péči seniorům, ovšem jen 18 z nich je zaměřeno přímo na péči o jedince s Alzheimerovou chorobou. Podle mého názoru, se jedná pouze o částečné zajištění sociální péče v kraji. Lidé s Alzheimerovou chorobou vyžadují speciální péči a pozornost a ne každé zařízení má možnost zaměstnávat personál, který by se těmto osobám plně věnoval. Jedním z opatření, které je uvedeno v Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji, je snaha o rozšíření sociální služby – vybudování domova se zvláštním režimem. Toto opatření by mělo vést k větší spokojenosti klientů, ke zvýšení kvality poskytovaných služeb, k možnosti dožití v blízkosti přirozeného prostředí, a také by mělo snížit počet osob, jež jsou umístěny v psychiatrických léčebnách. Myslím si, že tato úvaha a snaha je vhodná a měla by být podporována, protože, jak řada publikací uvádí, počet osob s Alzheimerovou chorobou neustále roste a péče v rodině mnohdy není možná.

V regionu Kyjovsko je péče o jedince s Alzheimerovou chorobou zajištěna částečně. Nacházíme zde pouze jedno pobytové sociální zařízení, které poskytuje péči osobám s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o., jež je členěno na domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. K dispozici má 30 míst pro osoby s demencí či Alzheimerovou chorobou. V současné době je plně

obsazeno a čekací lhůty jsou poměrně dlouhé, protože každé zařízení, nejen výše uvedené, má své pořadníky, které, při uvolnění lůžka, musí dodržovat. Dále mohou osoby s Alzheimerovou chorobou navštěvovat denní stacionář při Centru sociálních služeb Kyjov, p.o. města Kyjova. V regionu také nalezneme mnoho dalších poskytovatelů sociálních služeb, jejichž středem zájmu jsou všichni ti, kteří potřebují určitou pomoc či péči. Jedná se především o seniory a handicapované jedince. Obvykle jsou tyto služby poskytovány v rámci domácnosti, kde ve většině případů zajišťuje péči rodina společně s poskytovatelem sociální služby. Na Kyjovsku působí a pomáhá také Rodinná pohoda, o.s., Vyškov, která realizuje svépomocné skupiny osob pečujících a osob s demencí. Nedostatkem regionu je minimální počet zařízení, jež by zajišťovaly odlehčovací služby, prostřednictvím kterých by pečující osoby mohly řešit dočasné umístění svých blízkých s Alzheimerovou chorobou, a tím si tak dopřát odpočinek a načerpání nových sil.

Jak již bylo výše zmíněno, v regionu byl v roce 2010 odsouhlasen Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku, který se snaží situaci jedinců s Alzheimerovou chorobou řešit.

Při tvoření bakalářské práce jsem měla možnost být přítomna při poskytování péče v rodinném prostředí i v sociálním zařízení. V obou případech se jednalo o kvalitní zajištění péče, avšak vyzorovala jsem určité odlišnosti, které bych ráda uvedla jako jisté výhody či nevýhody daných forem poskytování péče.

Péče v rodinném prostředí se vyznačuje specifickou domácí atmosférou, která má na nemocného příznivý vliv. Vědomí, že je obklopen svými nejbližšími příbuznými, kteří mu poskytují péči a pomoc, je pro něj důležité. V rámci své profese i mimo ni jsem měla možnost navštívit několik domácností, kde bylo pečováno o jedince s Alzheimerovou chorobou. U všech rodin jsem zaznamenala určité znaky, které jsou podle mého názoru, pro takto nemocné osoby a s nimi související péčí, typické.

V rodinném prostředí bylo zjištěno a vysledováno následující:

### **Výhody**

- prostředí příjemné, dýchalo na mě teplo domova, rodinné zázemí
- jedinci s Alzheimerovou chorobou zažívají v rodině pocit sounáležitosti, bezpečí
- péče o vlastní osobu a soběstačnost zajištěna jinou osobou (obvykle blízký rodinný příslušník)
- znalost celého života nemocného jedince, možnost reagovat na jeho vzpomínky

### **Nevýhody**

- péče zajištěna dle možností a schopností pečujících osob, chybí však odborná znalost problému, informovanost
- ve většině případů nutná dopomoc terénních služeb (pečovatelská služba)
- často chybí účelné vybavení domácnosti
- zapojení nemocných osob do aktivit jen zřídka (dalo by se říci až nulové)
- vyčerpanost, nervozita, úzkostnost, pocity beznaděje pečujících osob

Umístění jedince s Alzheimerovou chorobou v sociálním zařízení je pro mnoho lidí považováno jako poslední možné řešení. Jedná se především o případy, kdy péče rodiny již nestačí. I zde jsem měla možnost navštívit sociální zařízení a pozorovat způsob poskytování péče.

V sociálním zařízení bylo zjištěno a vypořádáno následující:

### **Výhody**

- prostředí příjemné, účelně zařízené
- odborná zdravotní péče
- odborná pečovatelská péče



- zapojení do aktivit, které zařízení organizuje
- návštěvy rodinných příslušníků

### **Nevýhody**

- jedna osoba z personálu na několik jedinců
- určitá míra anonymity
- neúplná znalost osoby z hlediska jejího života, neschopnost reagovat na některé vzpomínky
- samota, cizí prostředí, neustálé hledání domova
- podřízenost řádu zařízení, určitá míra nesvobody

## 5. Návrhy a opatření

V závěrečné části bakalářské práce se pokusím stanovit návrhy a opatření týkající se péče. Budu vycházet ze zjištěných podkladů, skutečností a informací, které jsem měla k dispozici při tvoření mé práce.

### 5.1. Návrhy a opatření pro rodinnou péči

- zvýšit míru informovanosti v oblasti Alzheimerovy choroby (semináře a konzultace přístupné veřejnosti).
- realizovat odborné kurzy v oblasti péče o seniory
- zajistit 24 hodinovou poradenskou linku
- pro fyzický i psychický odpočinek pečujících osob zvýšit počet zařízení, kde by byla jedincům s Alzheimerovou chorobou poskytnuta dočasná péče
- umožnit jedinci kontakt se společenským prostředím
- zapojovat jedince do různých činností a motivovat je

### 5.2. Návrhy a opatření pro ústavní péči

- zvýšit míru informovanosti v oblasti Alzheimerovy choroby (semináře a konzultace pro personál)
- zajištění kvalifikovaného personálu
- odborné kurzy pro zdokonalování v péči o jedince s Alzheimerovou chorobou
- jedince zapojovat do různých zájmových činností, především tam, kde dochází k procvičování paměti a orientace. Motivovat je k činnosti.
- zprostředkovat jedinci kontakt s vnějším okolím
- věnovat více času jednotlivým klientům (např. více si povídat)

### 5.3. Návrhy a opatření pro region Kyjovsko

- pořádat semináře, konzultace a odborné kurzy na téma Alzheimerova choroba

- zvýšit počet zařízení, která by poskytovala péči jedincům s Alzheimerovou chorobou na Kyjovsku
- zvýšit počet lůžek pro jedince s Alzheimerovou chorobou v jediném sociálním zařízení na Kyjovsku
- vybudovat v regionu sociální zařízení pro dočasné umístění jedinců s Alzheimerovou chorobou za účelem odpočinku pečujících osob
- zvýšit a zkvalitnit informovanost široké veřejnosti

## Závěr

Bakalářská práce byla nazvána „*Sytém péče o jednice s Alzheimerovou chorobou*“. Cílem bylo poukázat na problematiku stáří, demence a na systém péče o seniory s Alzheimerovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část bakalářské práce je členěna na 3 kapitoly, které nesou název stáří, systém péče o seniory a demence. Jednotlivé kapitoly dále tvoří podkapitoly, které se podrobněji zabývají danými oblastmi. V dané části byla použita metoda obsahové analýzy použitých materiálů.

V první části práce jsem se zabývala problematikou stáří. Nejdříve jsem popisovala vývoj člověka od narození do stáří, poté jsem se zaměřila na stáří, jako na životní etapu. Specifika seniorského věku byla poslední podkapitolou, kterou sem tomuto oddílu věnovala. Systém péče o seniory byl další samostatnou kapitolou bakalářské práce. Zde jsem především poukázala na legislativní vymezení a sociální politiku týkající se oblasti péče o seniory. Následně jsem uvedla dva způsoby, jak seniorům poskytovat péči. Zmínila jsem se o domácí péči, a také jsem detailněji rozebrala možnosti sociálních služeb, které jsou seniorům k dispozici. Teoretickou část práce ukončuje kapitola o demenci, jež je zejména zaměřena na Alzheimerovu chorobu a na systém péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. Součástí práce je také podkapitola věnovaná diagnostice Alzheimerovy choroby.

Praktická část bakalářské práce je složena z kapitol, které jsou pojmenované výzkum a návrhy a opatření. Zde bylo použito metod pozorování a rozhovoru, který byl veden s jedinci s Alzheimerovou chorobou a pečujícími osobami.

Výzkumná část práce byla zaměřena na zjištění možností a dostupnosti sociálních služeb v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko. Bylo poukázáno na další vývoj sociálních služeb v obou regionech, a to prostřednictvím Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji a Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku. Zvláštní pozornost byla věnována Centru služeb pro seniory Kyjov, p.o., které bylo místem mé odborné praxe a odkud jsem čerpala informace

z hlediska poskytování péče jedincům s Alzheimerovou chorobou. Měla jsem možnost se zapojit do společných aktivit, které organizuje sociální zařízení či být nápomocna při péči

o tyto osoby. Dále mi sociální zařízení umožnilo provedení jedné části mého výzkumu, která spočívala ve vedení rozhovorů se zmíněnými jedinci. V obdobném duchu se neslo i mé působení v rodinném prostředí, s výjimkou zapojení do aktivit, neboť pozorovaná osoba nejevila zájem jakkoliv se zabavit, začlenit či zapojit do činností. Dané rozhovory následně posloužily k sestavení kazuistik pozorovaných jedinců. Poslední podkapitolou je vyhodnocení výzkumu, kde jsem se zaměřila na porovnání péče v sociálním zařízení a v rodinném prostředí.

V kapitole návrhů a opatření jsem se pokusila navrhnout možná řešení pro rodinnou péči, pro péči v sociálním zařízení a pro region Kyjovsko, která by mohla přispět ke kvalitnějšímu zajištění péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. U jednotlivých podkapitol jsem se snažila nastínit několik návrhů a opatření, které považuji pro danou oblast za důležité. Některé z nich byly společné pro všechny tři varianty. Jedná se především o zajištění informovanosti pečujících osob i celé široké veřejnosti a o realizaci odborných seminářů či kurzů na téma Alzheimerova choroba.

Každému, komu se tato práce dostane do rukou a bude mít možnost ji prostudovat, bude nastíněn ucelený obraz o životě jedince – seniora, který trpí Alzheimerovou chorobou. Myslím si, že bakalářská práce vytyčuje a poukazuje na důležité informace a fakta, jež mohou pomoci mnoha lidem, kteří se Alzheimerovou chorobou setkávají poprvé nebo s ní mají již ze svého blízkého okolí zkušenosti.

Jelikož pracuji v sociální oblasti, zejména se seniory a handicapovanými lidmi, stala se pro mě má bakalářská práce velkým informačním a zkušenostním přínosem, na jejímž základě jsem mohla zdokonalit své znalosti v dané problematice.

# Resumé

Bakalářská práce je zaměřena na systém péče o seniory, především o jedince s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce je poukázat na problematiku stáří, demence a Alzheimerovy choroby, na možnosti a dostupnost péče v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko a na výhody a nevýhody péče v rodinném prostředí a v sociálním zařízení.

Teoretická část je rozdělena do 3 kapitol, které jsou dále členěny do podkapitol. První část práce věnuji stáří. Především jsem se zaměřila na vývoj člověka od narození do stáří, na stáří jako životní etapu, a také jsem se pokusila zachytit určitá specifika seniorského věku. V druhé části práce se zabývám systémem péče o seniory, zejména upozorňuji na legislativní vymezení dané péče, na sociální politiku týkající se seniorů a v neposlední řadě uvádím možnosti poskytované péče. Třetí kapitola pojímá o demenci, podrobněji se zaměřuje na Alzheimerovu chorobu, na její diagnostiku a na systém péče o jedince, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou. V teoretické části jsem využila metodu obsahové analýzy použitých materiálů.

Praktickou část jsem rozdělila na 2 kapitoly, na výzkum a na návrhy a opatření. Ve výzkumné části jsem se zaměřila na systém péče o seniory v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko. Poukázala jsem na možnosti péče, na jejich zaměření, na plány týkající se zajištění péče v budoucnu. Detailněji jsem se zabývala sociálním zařízením, ve kterém probíhala má odborná praxe a odkud jsem čerpala při tvoření jedné ze svých kazuistik. V práci uvádím celkem 3 kazuistiky osob, jež onemocněly Alzheimerovou chorobou. Poslední částí kapitoly je vyhodnocení výzkumu. Druhou kapitolou jsou návrhy a opatření týkající se především péče v rodině a péče v sociálním zařízení. Dále jsem se pokusila stanovit návrhy a opatření pro region Kyjovsko. V dané části bakalářské práce jsem použila metod pozorování a rozhovoru, který jsem vedla s pozorovanými jedinci a s pečujícími osobami.

## Anotace

Má bakalářská práce se zabývá systémem péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. Především je zaměřena na stáří, demenci a systém péče o seniory v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko. Detailněji pojednává o Alzheimerově chorobě. V práci jsou uvedeny 3 kazuistiky osob, které onemocněly Alzheimerovou chorobou. Výsledkem práce je zjištění možností, dostupnosti, výhod a nevýhod péče v rodinném prostředí a v sociálním zařízení. Bakalářská práce nabízí hlubší poznání problematiky seniorů a demence, zejména Alzheimerovy choroby. Poukazuje na možné způsoby poskytování péče, na jejich pozitiva a negativa. Dále poskytuje celkový obraz o osobách s Alzheimerovou chorobou a jejich životech. V neposlední řadě poskytuje přehled poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji a v regionu Kyjovsko.

My thesis deals with the system of care of individuals suffering from Alzheimer's disease. In particular, it focuses on old age, dementia, and the system of care of seniors in South Moravian Region and the region of Kyjovsko. The thesis presents three case reports of persons with Alzheimer's disease. The result of the work is to find out possibilities, availability, advantages and disadvantages of care in a family environment and social facilities. The thesis offers a deeper understanding of problems of seniors and dementia, particularly Alzheimer's disease. It points to possible ways of providing care, to their positives and negatives. Further, it gives an overall picture of people with Alzheimer's disease and their lives. Last but not least, it provides an overview of social services in South Moravian Region and the region of Kyjovsko.

Klíčová slova :

- stáří, senior, demence, Alzheimerova choroba, systém péče, sociální služby, sociální zařízení, rodinné prostředí, domácí péče

Keywords:

- old age, senior, dementia, Alzheimer's disease, system of care, social services, social facilities, family environment, home care

# Literatura

## **Právní předpisy:**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

## **Seznam literatury:**

BRAGDON, D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9

ČOVAČICOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Bratislava: Vydavateľství UK, 2007.  
ISBN 978-80-223-2287-4

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

KOHOUTEK, R. *Vývojová psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003

KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, 2006.  
ISBN 80-247-1491-4

KURIC, J. *Vývojová psychologie II*. Brno: Institut mezioborových studií, 2007



LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9

MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1

MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-62-4

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

PICHAUD, C. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

PRŮCHOVÁ, J. *Zbytečné choroby*. Hradec Králové: Svítání, 2007. ISBN 80-86198-42-2

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

### **Jiné zdroje:**

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na Kyjovsku

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji

*Sociální péče*. Odborný časopis pracovníků sociálních služeb. Brno: IKARIA CZ a.s. ISSN 1213-2330

**Internetové stránky:**

[www.domaci-pece.info.cz](http://www.domaci-pece.info.cz)

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

[www.osobniasistence.cz](http://www.osobniasistence.cz)

[www.mestokyjov.cz](http://www.mestokyjov.cz)

[www.kr-jihomoravsky.cz](http://www.kr-jihomoravsky.cz)

[www.lekarna.cz/text/alzheimerova-choroba/](http://www.lekarna.cz/text/alzheimerova-choroba/)

# Přílohy

## Příloha č. 1

Přehled poskytovatelů sociálních služeb pro jedince s Alzheimerovou chorobou dostupný pro občany regionu Kyjovsko z jiných regionů Jihomoravského kraje

- Domov pro seniory Strážnice, p.o.
- S – centrum Hodonín, p.o.
- Domov na Jarošce, p.o., Hodonín
- Domov pro seniory Buchlovice
- Zdislava s.r.o., Veselí nad Moravou
- Rodinná pohoda, o.s., Vyškov