

Institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou

Michaela Dvouletá

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Dvouletá**

Osobní číslo: **H160019**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti institucionální péče, Alzheimerovy choroby a vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOBĚRSKÁ, Petra. Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. Demence a poruchy paměti. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-797-4.


LA TOURELLE, Maggie. Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby. Knihy Omega, 2015. ISBN 978-80-7390-308-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

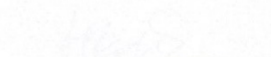
Datum zadání bakalářské práce: **10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 18.4.2019



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá institucionální péčí o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. V teoretické části práce je popsána Alzheimerova choroba, její diagnostika a možnosti léčby, volnočasové aktivity pro osoby trpící tímto onemocněním a jiná opatření. Dále jsou zde popsány domovy se zvláštním režimem, individuální plánování a deinstitucionalizace sociálních služeb.

V praktické části se nachází kvalitativní výzkum, který byl zaměřen na personál v zařízení domova se zvláštním režimem. Uskutečnil se pomocí polostrukturovaných rozhovorů s cílem zjistit, jakým způsobem je realizována péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou v zařízení domova se zvláštním režimem.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, domov se zvláštním režimem, aktivizace osob s demencí, sociální služby

ABSTRACT

This Bachelor thesis is about institutional care for people with Alzheimer's disease. Theoretical part describes Alzheimer's disease, its diagnosis and treatment options, leisure activities for people suffering from this disease and other measures. Furthermore, there are described homes with special regime, individual planning and deinstitutionalization of social services.

In the practical part is qualitative research, which was focused on the staff in the home with special regime. It was realised by semi-structured interviews with purpose to find out, how is provided care for people with Alzheimer's disease in a homes with special regime.

Keywords: Alzheimer's disease, home with special regime, activation of people with dementia, social services

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a informací, lidský přístup a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří i mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

Dále bych chtěla poděkovat celému vedení a personálu Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem v Buchlovicích, kteří mi poskytli cenné informace při realizaci výzkumného šetření a za jejich pozitivní energii, kterou vkládají do své práce.

„Nejsilnějším lékem na stáří je láska.“ - John Stuart Mill

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	11
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1.1 Behaviorální a psychologické poruchy	12
1.2 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	14
1.3 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ	15
1.4 DIAGNOSTIKA OSOB TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	15
1.5 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY	19
1.5.1 Kognitivní farmakoterapie	19
1.5.2 Nekognitivní farmakoterapie	20
1.5.3 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby.....	20
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	21
2.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	21
2.1.1 Přijetí klienta do zařízení	22
2.1.2 Personál domova se zvláštním režimem	22
2.1.3 Restriktivní opatření v domovech se zvláštním režimem	24
2.2 DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	24
2.2.1 „Totální instituce“	24
2.3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	25
2.4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	27
2.5 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK.....	29
2.6 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.....	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	33
3.1 CÍL VÝZKUMU	33
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
3.3 DEFINICE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	34
3.4 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A METODA SBĚRU DAT	34
3.5 BANKA OTÁZEK DO POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	35
3.6 ANALÝZA DAT.....	36
3.7 INTERPRETACE DAT	38
3.8 SHRNUTÍ.....	46
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	51
SEZNAM OBRÁZKŮ	52
SEZNAM TABULEK	53
SEZNAM PŘÍLOH	54

ÚVOD

Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších forem demence, která se již projevuje nejenom u seniorů, ale i u osob mladších 65 let. Neustále se provádí různé výzkumy, bohužel pořád se nenašel lék na tuto nemoc. Na světě stoupá počet lidí trpící tímto typem demence, proto je nezbytné, aby se neustále sociální služby rozšiřovaly a zkvalitňovaly. Tito lidé mají totiž specifické potřeby a vyžadují individuální přístup, příjemné prostředí a neustálou péči v pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby.

Téma Alzheimerovy choroby jsem si vybrala, protože se o něj nejenom zajímám, ale mám i zkušenosti v oblasti komunikace s těmito osobami. Práce s těmito osobami je totiž psychicky i fyzicky velmi náročná, ale myslím si, že velmi vděčná. Nejlepší odměnou za práci je totiž spokojenost těchto lidí. Možná nám to nedokáží říci slovy, ale můžeme to vyčíst z jejich mimiky, očí nebo chování. Obrovským přínosem v dnešní době je domácí péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Dřív byly tyto osoby automaticky s diagnózou demence umísťovány do ústavů pro duševně nemocné a izolovány od okolního světa v depresích, ve kterých velmi často umíraly. Naštěstí dnes se dbá na individuální potřeby klienta, snažíme se oddálit různými aktivitami a péčí těžká stadia klientů s tímto onemocněním, která bývají již finální pro tyto osoby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Alzheimer je neurodegenerativní onemocnění způsobující poškození mozku, které vyústí v řadu neurologických a fyzických omezení, od zapomětlivosti, úzkosti a neschopnosti zvládat komplexní životní úkony v ranějších stádiích, až po ztuhlost, neschopnost pohybu a omezení nebo ztrátu řeči s dalším postupem nemoci.“ (La Tourelle, 2016, s. 10)

Alzheimerova choroba je nejrozšířenějším druhem demence (v rozmezí asi 50-80% případů demence) ze všech demencí a je asi pátou nejčastější příčinou smrti. (Raboch a Pavlovský, 1999; Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009; La Tourelle, 2016; Zvěřová 2017)

1.1 Charakteristika onemocnění

„Třeba zdůraznit, že demencia je choroba a naopak, být starý neznamená být dementní.“ (Vavrušová, 2012, s. 12)

V roce 1906 přednášel na lékařské konferenci v Tübingenu Alois Alzheimer, vůdčí německý psychiatr a neuropatolog, kazuistiku jedné ženy s presenilní demencí. Při její pitvě mozku totiž našel mnoho plaků a vláken. Následně byla po něm tato tzv. podivná choroba mozkové kůry pojmenována. (Hrdlička a Hrdličková, 1999; Pidrman, 2007; Zvěřová, 2017)

„Demence je syndrom – to znamená skupina symptomů nebo rysů, jež se objevují v kombinaci. Základem nemoci je vždy ztráta paměti a to v praxi znamená, že vzorec pacientova života prodělává podstatnou změnu.“ (Buijssen, 2006, s. 16)

Alzheimerova choroba se vyvíjí nenápadně, plíživě a pomalu a trvale progreduje. (Pidrman, 2007; Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009) Charakterizuje jí postupná, nenápadná deteriorace mnestických, intelektuálních, instrumentálních a motorických funkcí. (Hrdlička, Hrdličková, 1999) Většinou se na začátku projevuje a diagnostikuje jako mírná porucha poznávacích funkcí. (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009) Autoři mezi prvními příznaky AD uvádí poruchy paměti (nejdříve epizodické, s další progresí nemoci postupně sémantické, recentní a procedurální), postižení osobnostních rysů a charakteristik, ztráta základních etických a estetických pravidel i návyků a zvyků, poruchy orientace v prostoru i čase, pokles aktivity nemocného a rozvoj depresivní nálady. (Raboch a Pavlovský, 1999; Malá a Pavlovský, 2002; Pidrman, 2007; Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009; Zvěřová, 2017) U nemocných trpících AD se velmi rychle rozvine agrafie (neschopnost vyjadřovat se písmem), alexie (neschopnost číst), akalkulie (neschopnost počítat) a také apraxie, tzn. Ztráta schopnosti vykonávat složité pohyby a výkony. (Malá a Pavlovský, 2002)

Autor Vladimír Pidrman (Pidrman, 2007, s. 42) uvádí: „*Alzheimerova nemoc jako progresivní primárně degenerativní onemocnění CNS se projevuje kortiko-subkortikální atrofií. Makroskopicky nalézáme ztenčené mozkové kůry, rozšířené sulky, rozšířené jsou i komory mozkové. Atrofie bývá významná i v oblasti hipokampů, dále nalézáme rozšíření temporálních rohů postranních komor. Mikroskopicky nalézáme extracelulární a intracelulární změny.*“

Hlavní extracelulární změnou je ukládání a tvorba beta-amyloidu. Beta-amyloid tvoří shluky, kolem kterých pak vznikají další neurodegenerativní procesy. Takto pak vznikají útvary nazývané se plaky, nebo také Alzheimerovské plaky. Beta-amyloid se tvoří z částic amyloidového prekurzorového proteinu (APP). V mozku zdravého člověka je APP štěpený alfa-sekretázou na fragmenty, které se rozpouštějí a u mozku postiženého člověka AD dochází k patologickému štěpení APP. (Pidrman, 2007)

Nejvíce závažnou intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu (bílkovina, která je spojená s neuronálními vlákny). (Pidrman, 2007) Zjistilo se, že tau-protein je v mozku člověka trpící AD nejmíň až čtyřikrát víc fosforylovaný, než v mozku zdravého člověka. (Zvěřová, 2017) „*Těmito dvěma základními procesy se spouští kaskáda dalších degenerativních projevů.*“ (Pidrman, 2007, s. 42)

Patogeneze vzniku AD není zatím úplně objasněna, dochází ale při ní k úbytku neuronů a ke snížení synaptické plasticity. (Zvěřová, 2017) Dalším významným patogenetickým činitelem u AD je zvýšené množství volných kyslíkových radikálů. Za těchto patologických podmínek jsou uvolňovány nadměrně, tím pádem CNS není schopná takové množství odbourat. Tyto volné kyslíkové radikály pak způsobují spousty nežádoucích reakcí, např. k peroxidaci lipidů neuronální membrány. (Pidrman, 2007)

1.1.1 Behaviorální a psychologické poruchy

„*Behaviorální s psychologické poruchy (behavioural and psychological symptoms of dementia – BPSD) je široký pojem, do kterého zahrnujeme poruchy chování, které mohou mít různou podobu včetně agresivních projevů (verbálních, nebo brachiálních). Řadíme sem například agitovanost, neustálé nařikání nebo vykřikování, bezdůvodné a neúčelné opouštění bytu, nevhodné upoutávání pozornosti, bezúčelní provádění různých úkonů, vulgarity, klení a napadání nejbližších osob.*“ (Zvěřová, 2017, s. 71)

Tyto poruchy bývají obzvlášť stresující pro příbuzné a pečovatele o nemocného. (Pidrman, 2007) Bývají velmi často hodnoceny pečujícími osobami jako nejhůře zvladatelné příznaky demence. (Zvěřová, 2017)

- Bloudění – jedním z nejčastějších příznaků BPSD u nemocných dementních pacientů. Je velmi nebezpečné pro pacienta a stresující pro rodinu a pečovatele, protože se nemocný může ztratit nebo zranit. Bývá bezcílné a časté v noci a setkáváme se s ním až u poloviny všech případů AD. Bloudění bývá projevem dezorientace, nemocný reaguje takto na změnu prostředí (např. umístění do zařízení sociální péče nebo hospitalizace). Nemocný pacient si totiž nebývá schopný zapamatovat, kde a proč se nachází a tuto situaci se snaží vyřešit, začíná bloudit. (Pidrman, 2007)
- Poruchy osobnosti a chování – mohou mít různý charakter. Často to bývají stavy neklidu neboli agitovanost. Někdy mohou nastat stavy silného neklidu, který může být spojen s agresivitou. Můžou to být útoky z domova, napadání členů rodiny, pečovatelů, vykřikování a nadávání, nebo mírnější jednání jako přenášení věcí a svlékání se. (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009) Vliv na agitovanost/agresivitu může mít medikace nebo vliv prostředí. Verbální agresivita bez fyzické se vyskytuje mnohem častěji u žen například kvůli špatnému tělesnému stavu nebo chronické bolesti. U mužů fyzická i verbální agresivita s výrazným kognitivním zhoršením. (Pidrman, 2007) Autor Raboch (in Zvěřová, 2017, s. 71) uvádí: „*K rozpadu (dezintegraci) osobnosti dochází v pokročilých fázích onemocnění. Je zcela přerušena kontinuita vývoje osobnosti, která je těžce degradována, vymizely předchozí zájmy a citové vztahy, myšlení je roztržité a emotivita vyhaslá.*“
- Bludy a halucinace – nejčastějším bludem u dementních pacientů bývá přesvědčení, že je někdo okrádá. Nemocní si totiž nepamatují, kam uložili nějaké věci a proto, když je nemohou najít je nejsnadnějším vysvětlením to, že byli okradeni. Dále jde o blud, že chtějí příbuzní nebo pečovatelé nemocného zlikvidovat, protože si přijde opuštěný a vydán na pospas, protože se o něj příbuzní nestarají. Halucinace bývají zrakové a vyskytují se přibližně u 30% dementních pacientů. (Pidrman, 2007)
- Poruchy nálady – jedná se zejména o depresi, úzkost a fobii. Mohou být prvními alarmujícími příznaky AD a vyskytují se ve všech stádiích demence. Diagnostika deprese u nemocných bývá velmi často komplikovaná, jelikož pacienti bývají často inhibováni, velmi těžko komunikují a odmítají stravu a tekutiny. (Pidrman, 2007)

- Poruchy spánku (insomnie) – jedná se o relativní úbytek kvality nebo délky spánku a mezi nejčastější důsledky patří snížená fyzická a psychická aktivita nemocného a ztráta výkonnosti a kvality života. Patří sem i spánková inverze, tzn. přehození režimu. Nemocný celý den spí a v noci bývá aktivní. (Pidrman, 2007; Jiráková Holmerová a Borzová, 2009)
- Poruchy aktivit denního života – v počátcích AD nemocní nezvládají vykonávat složitější činnosti, hlavně pracovních, profesních. Později se to vystupňuje v nezvládnutí i jednoduchých úkonů jako je obsluha běžných domácích spotřebičů, vaření, praní apod. V pokročilém stádiu se již jedná o neschopnost bazálních aktivit (oblékání, dodržování osobní hygieny, pomoc při jídle a docházet si na toaletu). (Zvěřová, 2017)

1.2 Stádia Alzheimerovy choroby

AD se nejčastěji dělí do tří stádií – lehké, střední a těžké stádium onemocnění. (Hrdlička a Hrdličková, 1999; Callone, 2008; Jiráková, Holmerová a Borzová, 2009; Vavrušová, 2012; Zvěřová, 2017)

- Lehké stádium onemocnění – dominance poruch kognitivních funkcí (paměti), které jsou pocíťovány nejenom subjektivně tím, že jsou si nemocní vědomí výpadků paměti, ale lze je i měřit objektivními testovými psychologickými metodami. Narušeny jsou už aktivity denního života, zejména složitějších aktivit, při kterých je nutné udržovat pozornost. Velmi často se setkáváme v tomto stádiu u nemocných s výskytem symptomů deprese, na kterou se v počátečních fázích AD podílí kromě neurotransmiterového deficitu i zachovalý náhled chorobnosti.
- Střední stádium onemocnění – dochází k dalšímu prohlubování úbytku kognitivních funkcí, nemocní jsou už většinou bez náhledu chorobnosti stavu. Dále je poměrně rychlá progresse poruch aktivit denního života, vážne schopnost tzv. instrumentálních výkonů (např. obsluha jednoduchých domácích přístrojů jako je televize, pračka, telefon, atd.), postižení staropaměti, řeči a motorických výkonů. Nemocní již v tomto stádiu nedokážou správně hospodařit se svými finančními prostředky. Často bývají k AD přidruženy behaviorální a psychologické poruchy a poruchy chování.
- Těžké stádium onemocnění – nemocní pacienti již většinou nepoznávají své nejbližší příbuzné a ani své okolí. Díky masivnímu úbytku kognitivních funkcí už dochází k naprosté časoprostorové dezorientaci a jsou bohužel v tomto stádiu plně odkázáni

na okolní péči a pomoc. Ztrácí také schopnost komunikace, mohou vydávat nesrozumitelné zvuky anebo nemluví už vůbec. Aktivity denního života jsou postiženy nejenom už v instrumentální složce, ale i neinstrumentální. Nemocní pacienti v posledních měsících života už fyzicky chátrají a umírají většinou na plicní onemocnění nebo úrazy.

Lidé trpící AD prožijí v tomto onemocnění průměrně 9 let života od objevení prvních příznaků. Díky pomoci pečovatелů a různých léčebných procesů se může toto období o několik let protáhnout. (Zvěřová, 2017)

1.3 Příčiny a rizikové faktory vzniku onemocnění

„O demenci se často mluví jako o „nemoci stáří“, i když se občas vyskytuje také u lidí mladších 65 let.“ (Buijssen, 2006, s. 17)

Nejvýznamnějším faktorem pro vznik AD je věk. (Buijssen, 2006; Pidrman, 2007; Zvěřová, 2017) Přesná příčina vzniku demence ovšem není zatím známá. (Buijssen, 2006) Na vývoji nemoci mají podíl genetické faktory (výskyt AD nebo Downova syndromu v rodině), tím pádem je riziku vzniku demence třikrát až čtyřikrát vyšší. Dalším z rizikových faktorů je ženské pohlaví (u žen AD a u mužů VaD) a nízký stupeň dosaženého vzdělání. (Buijssen, 2006; Pidrman, 2007; Zvěřová, 2017)

Mezi další rizikové faktory vzniku onemocnění, které můžeme částečně ovlivnit je metabolický syndrom ve středním a pozdním věku, tzn. obezita, zvýšený krevní tlak, diabetes, zvýšená hladina cholesterolu. A samozřejmě podíl na vzniku má i kouření, nadměrná konzumace alkoholu a opakované úrazy hlavy, vážná poranění lebky. (Buijssen, 2006; Zvěřová, 2017)

Poslední výzkumy, které zatím nebyly potvrzeny, přišly s tím, že možný podíl na vzniku AD mají i perinatální faktory (porodní váha, nitroděložní vývoj fétu, počet sourozenců, pořadí narození) a faktory ovlivňující růst a vývoj v raném dětství. (Zvěřová, 2017)

1.4 Diagnostika osob trpící Alzheimerovou chorobou

„Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek – pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který všechny výsledky a informace shrne a vysloví diagnózu, konče. Demenci nelze diagnostikovat či vyloučit „ode dvěří“.“ (Jiráková, Holmerová a Borzová, 2009, s. 25)

Pacient, který trpí demencí, si většinou svůj problém vůbec neuvědomuje, a proto je důležité, aby proběhla objektivizace příznaků další osobou. Tato osoba (příbuzný nebo pečující osoba) shromažďuje data o příznacích, jak dlouho trvají, jak probíhá onemocnění, ale i anamnestické údaje, které pochází z období před nástupem onemocnění. Z těchto dat pátáme po:

- úrazech hlavy, mozkových příhodách,
- onemocnění srdce, cukrovce a poruchách metabolismu tuků,
- léčených depresích a jiných psychických změnách,
- přítomnost demence nebo jiné neurologické či psychické poruchy u přímých příbuzných
- a užívaných léků, které mohou paměť zhoršovat. (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009)

Tabulka 1 Složky účastníci se procesu diagnostiky demence (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 25)

Pacient a pečující osoba	Anamnéza – rodinná, osobní, farmakologická, pracovní a sociální, informace o nynějším onemocnění – z hlediska příznaků i časové postupnosti
Somatické vyšetření	Tlak krve, pulz, EKG, laboratorní vyšetření (krevní obraz, hladina vitamínu B ₁₂ , kyseliny listové, vyšetření krevních minerálů, urea, kreatinin (dusíkaté látky, které v těle vznikají při látkové přeměně), jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, neurologické vyšetření, EEG (elektroencefalogram – vyšetření elektrické mozkové aktivity)
Orientační vyšetření poznávacích funkcí	Používají se různé testy paměti a dalších poznávacích funkcí, z nichž nejobvyklejší je celosvětově užívaný test MMSE (Mini-Mental State Examination); často je používán test kreslení hodin i řada jiných metod
Zobrazovací techniky	CT mozku, magnetická rezonance mozku, dále zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek – SPECT, PET – tyto metody zobrazují především látkovou přeměnu a průtok krve mozkem, elektroencefalografické metody (EEG)

Tabulka 2 *Poruchy paměti a řeči u AN* (Pidrman, 2007, s. 39)

Poruchy paměti u AD	
Časné známky	Zapomínání jmen Vytváření pomocných seznamů úkolů Opakované telefonování se stejnou otázkou Zapomínání schůzek
Zřejmé projevy nemoci	Zapomínání obličejů Neschopnost používat vytvořené seznamy Zapomínání nedávných událostí Neschopnost dodržet čas jakékoliv schůzky
Pozdní známky	Pokud je zachována paměť, pak jen na dávnou minulost Nepoznávání členů rodiny

Poruchy řeči u AD	
Časné známky	Příležitostné obtížné hledání slov Zhoršení artikulace Snížená plynulost vyjadřování
Zřejmé projevy nemoci	Obtížné nacházení slov v běžné konverzaci Opakování slov Obtíže při navazování konverzace Problémy s komunikací jsou větší, než se bezprostředně jeví
Pozdní známky	Zabíhavost, perseverace, inkoherence

Tabulka 3 *NINCDS – ADRDA kritéria pro klinickou diagnózu AD* (Pidrman, 2007, s. 38-39)

Možná AN
<p>Kritéria pro klinickou diagnózu možné AD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atypický zázitek, přítomnost nebo klinický průběh demence při nepřítomnosti jiných neurologických, psychiatrických nebo systémových příčin. ▪ Přítomnost sekundárních systémových nebo mozkových poruch dostačujících k tomu, aby produkovaly demenci, ale nepovažují se za příčinu demence.

- Jednotlivý, postupně progredující kognitivní deficit při nepřítomnosti jiných identifikovatelných příčin.

Pravděpodobná AD

Kritéria pro klinickou diagnózu pravděpodobné AN:

- Demence určena klinickým vyšetřením, dokumentována testováním mentálního stavu a potvrzena neuropsychologickými testy.
- Deficit ve dvou nebo více oblastech kognice.
- Progresivní zhoršení paměti a ostatních kognitivních funkcí.
- Bez poruchy vědomí.
- Nástup mezi 40. až 90. rokem.
- Absence systémového nebo jiného mozkového postižení, které by mohlo zapříčinit demenci.

Diagnóza pravděpodobné AD je podpořena:

- Progresivní deterioraci specifických kognitivních funkcí jazykových (afázie), motorických schopností a vnímání (agnozie).
- Narušení denních aktivit a změněného vzorce chování.
- Rodinná anamnéza podobného onemocnění, zejména potvrzena neuropatologicky.
- Laboratorní výsledky:
 - normální nález z lumbální punkce hodnocen standardní technikou;
 - normální nebo nespecifické EEG, jako je zvýšená aktivita pomalých vln;
 - evidence progresivní cerebrální atrofie na CT po opakovaném sledování.

Známky konzistentní s diagnózou pravděpodobné AD:

- Plato v průběhu progresu onemocnění.
- Spojené příznaky deprese, příznaky deprese, insomnie, inkontinence, bludy, iluze, halucinace, katastrofické projevy verbální, emoční nebo fyzické vyhoření, sexuální poruchy, ztráta hmotnosti.
- Jiné neurologické abnormality, zvláště u pokročilejších onemocnění, zahrnující motorické příznaky jako zvýšení svalového tonu, myoklony nebo poruchy chůze.
- Záchvaty u pokročilého onemocnění
- CT normální vzhledem k věku

Znaky, které činí diagnózu pravděpodobné AD nepravděpodobnou:

- Náhlý začátek.
- Ložiskový neurologický nález.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Záchvaty nebo poruchy chůze v průběhu onemocnění.
Definitivní AD
<p><i>Kritéria pro diagnózu definitivní AD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinická kritéria pro pravděpodobnou AD. ▪ Histopatologická evidence získaná z biopsie nebo autopsie.

1.5 Léčba Alzheimerovy choroby

Klinický cíl modifikace onemocnění: „*Predĺžit zdravý život pacientov, ktorí majú alebo budú mať AD. Oddialenie alebo prevencia nástupu príznakov, ktoré by signifikantne ovplyvnili kvalitu života pacientov a mali významný farmakoekonomický prínos.*“ (Zhu, Scarmeas, Tagan in Vavrušová, 2012)

V současné době je Alzheimerova choroba nevléčitelná, nicméně pomocí časně terapie a vhodné medikaci lze její průběh zpomalit a udržet pacienty v lehkých stádiích onemocnění. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009; Vavrušová, 2012; Zvěřová, 2017) Ovšem i zhoršení zdravotního stavu pacienta v menší míře, než je očekáváno, je úspěchem. (Pidrman, 2007)

Nejpoužívanějším biologickým léčebným přístupem je farmakoterapie. Farmakoterapii můžeme rozdělit na kognitivní farmakoterapii (ovlivňuje hlavně porušené poznávací funkce) a nekognitivní (ovlivňuje přidružené změny nálad, chování a spánku). (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

1.5.1 Kognitivní farmakoterapie

Jelikož u většiny demencí neznáme příčinu vzniku, kognitivní farmakoterapií se snažíme ovlivnit známé mechanismy. U lehké až střední formy AD jsou základními podávanými léčivými inhibitory acetylcholinesteráz. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají významný přenašeč vzruchu acetylcholin. Acetylcholin se u pacientů trpících AD méně tvoří a méně uvolňuje v mozku. Je stěžejní pro paměť, protože když zablokujeme enzymy cholinesteráze v mozku, dosáhneme zvýšení obsahu acetylcholinu a tím pádem i zlepšení paměti a její funkce. U nás jsou používány tři inhibitory mozkový cholinesteráz, a to donepezil, rivastigmin a galantamin. U těžších stádií AD bývá užívána látka, která působí přes jiný systém přenašečů vzruchů, tzv. excitační aminokyseliny (glutamát, aspartát, apod.). Tou látkou je memantin, který částečně blokuje receptory. Memantin chrání nervovou buňku před škodlivinami (např. nadměrné množství kalcia) a zlepšuje schopnost učení se. Memantin je

účinný také i u jiných typů demence, než pouze u AD. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009; Pidrman, 2007; Vavrušová, 2012; Zvěřová, 2017)

Dále jsou podávány látky, které likvidují volné kyslíkové radikály. Jsou to tzv. scavengery volných radikálů, které vycytávají tyto volné kyslíkové radikály a likvidují je. Mezi tyto látky patří např. E-vitamin, betakaroten, retinol, C-vitamin, selen, aj. Využívají se spíše jako doplňková farmaka. Nootropní farmaka a příbuzné látky (piracetam nebo pyritinol) zlepšují především mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a působí proti nedostatku kyslíku. Pozitivní efekt byl také prokázán u podávání extraktu z listů stromu jinanu dvoula- ločného, neboli ginkgo biloby, jako doplňku léčby kognitivity nebo memantinem. (Jirák, Hol- merová a Borzová, 2009; Pidrman, 2007; Vavrušová, 2012; Zvěřová, 2017)

1.5.2 Nekognitivní farmakoterapie

Tato farmakoterapie ovlivňuje hlavně poruchy chování, změny nálad a poruchy spánku, které bývají přidružené demenci. Antipsychotika II. Generace jako moderní látky se použí- vají k tišení neklidů i přidružených delirií, protože mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009) Při léčbě AD nesmíme zapomínat léčit i přidru- žená onemocnění a rehabilitovat somatické funkce nemocného. (Zvěřová, 2017)

1.5.3 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby

Vladimír Pidrman (Pidrman, 2007, s. 93) uvádí: „*Cílem behaviorální nefarmakologické léčby je:*

- *zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze soběstačnost, kognitivní funkce;*
- *smysluplné vyplnění volného času;*
- *ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního ži- vota;*
- *zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovatelem.“*

Tato léčba zahrnuje různé rehabilitační programy, včetně počítačových, které se zaměřují na trénování kognitivních a nekognitivních funkcí. Snaží se udržet nemocného co nejdéle zapojeného do chodu domácnosti a účasti na sociálních aktivitách. Nejhlavnějším a nejdů- ležitějším je pro nemocného trénování paměti a dalších různých dovedností pomocí široké škály aktivizačních činností a stimulací. (Zvěřová, 2017)

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“ (Matoušek, 2011, s. 9)

Sociální služby jsou jedním z důležitých nástrojů sociální politiky. Podle anglosaského pojetí se sociální službou označuje vše, co poskytuje pomoc a výhody těm, kteří mají problém. (Matoušek, 2012) Jsou poskytovány v zájmu veřejnosti a financovány z veřejných rozpočtů. (Matoušek, 2011) Sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále vyhláška, č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí je řídicím orgánem sociálních služeb.

Zřizovatelem (subjekt, která je zodpovědný za práci poskytovatele) zařízení poskytující sociální službu mohou být obce, kraje a MPSV. (Matoušek, 2011) V dnešní době se poskytují např. sociální služby preventivní, terapeutické nebo pečovatelské, služby poskytované v bytě nebo v domově, službu poskytnutím informace nebo zastupováním a péči po určitou dobu nebo trvalou v rezidenčním zařízení. (Matoušek, 2012)

Sociální služby se snaží, aby byla zachována lidská důstojnost klienta, zjišťovat a vycházet z individuálních potřeb klienta, aktivně rozvíjet schopnosti klienta, podporovat a zlepšovat soběstačnost klienta a poskytovat všechny služby v zájmu klienta a v náležité kvalitě. (MPSV, ©2017)

2.1 Domov se zvláštním režimem

Jedná se o další zařízení určené pro seniory. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013) Domov se zvláštním režimem je dlouhodobá pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, trpící AD, VaD, demencí s Lewyho tělísky, aj., protože jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto pobytových zařízeních je specifický, uzpůsoben potřebám těchto klientů. Služba je poskytována za finanční úhradu a patří do ní poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně i poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické

činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů. (MPSV, ©2017)

Pacienti ve fázi rozvinuté demence potřebují být systematicky vedeni k určitým aktivitám a k dennímu režimu další osobou, a to jak v domácím prostředí, tak i v zařízení DZR. (Jirák Holmerová a Borzová, 2009) „*Musí to však být činěno velmi šetrně a se znalostí problematiky, přístupem, kterému říkáme validační.*“ (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 123)

2.1.1 Přijetí klienta do zařízení

Žadatel o sociální službu musí jako do každého pobytového zařízení splňovat určité podmínky pro přijetí. Jak jsem uvedla u domovů se zvláštním režimem, jedná se o osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, trpící AD, VaD, aj., jelikož situace vyplývající z jejich onemocnění vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (MPSV, ©2017)

Dále musí žadatel podat vyplněnou žádost o přijetí do zařízení, ke které přikládá další požadované doklady nebo jejich kopie. Tuto žádost dává na příslušný spádový sociální odbor pro umístnění ve státním zařízení, nebo přímo do nestátního pobytového zařízení, kde probíhá následné vyrozumění žádosti. Po projednání podané žádosti je vyrozuměn, zda splňuje zákonné podmínky pro umístnění do zařízení DZR. (Malíková, 2011)

2.1.2 Personál domova se zvláštním režimem

- Sociální pracovník – z obecného hlediska musí znát důkladně organizační strukturu a náplň činností zařízení, druh a rozsah poskytované sociální služby a podmínky pro poskytování služby, zná zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a související právní předpisy, dodržuje standardy kvality sociálních služeb, provádí sociální poradenství, vede evidence v sociální oblasti a výsledky následně zpracovává do statistických výstupů, zachovává mlčenlivost ohledně skutečností v souvislosti s výkonem svého povolání, respektuje práva klientů a řídí se etickým kodexem sociálních pracovníků. Dále spolupracuje s dalšími pracovníky v zařízení a s pracovníky na příslušných úřadech, vede sociální dokumentaci klientů, podílí se na individuálním plánování jako koordinátor a aktivně se vzdělává novým poznatkům v sociální oblasti, novým zákonům a vyhláškám. (Malíková, 2011)
- Pracovník v sociálních službách – provádí úklid na pokoji klientů, udržuje čistotu v zařízení, dodržuje dezinfekční program, pečuje o použité pomůcky, manipuluje

s ložním prádlem klienta a přitom dodržuje předepsané ochranné pracovní pomůcky a dodržuje stanovené hygienické předpisy, stará se o stravu klienta (např. ohřeje jídlo, nakrájí ho, apod.) a pomáhá klientovi v potřebném rozsahu s příjmem potravy, pečuje o lůžko klienta a rehabilitační pomůcky, případně o další polohovací nebo jiné pomůcky v lůžku, pomáhá klientovi při pohybových aktivitách mimo jeho lůžko, poskytne klientovi pomoc při odpočinku nebo spánku, pomáhá při oblékání, zouvání, obouvání apod., pomáhá klientovy při hygieně a sleduje čistotu klienta, pomáhá klientovi při vyprazdňování nebo provádí hygienickou očistu klienta po vyprázdnění, podle potřeby používá aktivizační a stimulační metody a prvky a z dokumentační stránky vede záznamy v dokumentaci individuálního plánu klienta a plní roli klíčového pracovníka. (Malíková, 2011)

- Zdravotnický pracovník – v pobytových zařízeních se jedná o pracovníky jako vrchní sestru, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut. (Malíková, 2011)
 - Vrchní sestra provádí nejnáročnější zdravotnickou péči o klienta a ošetrovatelskou činnost, ukládá příkazy podřízeným pracovníkům v oblasti zajištění kvalitní zdravotnické péče, informuje své podřízené pracovníky o novinkách v péči o klienta, účastní se lékařských vizit na oddělení, kontroluje dodržování a správnosti dietních režimů klientů, dále předkládá ošetřujícímu lékaři dokumentaci o probíhající medikaci klientů a zásobou léků, dohlíží na manipulaci při podávání léků klientům a účastní se přijímací procedury klienta do zařízení a jeho edukaci. (Malíková, 2011)
 - Všeobecná sestra je nelékařským zdravotním pracovníkem a je podřízená vrchní sestře. Aktivně a cíleně poskytuje klientovi individualizovanou péči pomocí ošetrovatelského plánu, vede ošetrovatelskou dokumentaci a odpovídá za její správnost po dobu své služby, účastní se sesterských vizit u lůžka klienta, při práci musí nutně dodržovat stanové platné hygienické normy, provádí činnosti, které jsou nezbytné k přeložení nebo propuštění klienta, odpovídá za úpravu a čistotu prostředí, podává lékaři své poznatky a potřebné informace, odpovídá za správné a bezpečné uložení medikace klientovi a provádí základní odběry biologického materiálů, vyplňuje žádanky a zajišťuje přepravu odebraného biologického materiálu. (Malíková, 2011)

2.1.3 Restriktivní opatření v domovech se zvláštním režimem

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou restriktivní opatření popsány jako opatření omezující pohyb osob. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí se tímto rozumí jako opatření, která zamezí uživateli sociální služby svobodný pohyb a tím projevovat svou svobodnou vůli. (©MPSV)

Jůn a Balická (2012, s. 49) uvádí: „*Klienti sociálních služeb mají nárok na důstojné zacházení, péči a úctu i při nezbytnosti omezit jejich pohyb.*“ K omezení pohybu klienta můžeme přistoupit jenom tehdy, když jsme bez úspěšného výsledku vyzkoušeli již všechny možnosti strategie vedoucí k uklidnění klienta, který ohrožuje svůj život nebo jiné osoby a jestli jsou rizika menší s omezením pohybu, než bez něj. Toto omezení musíme vybírat s ohledem na klienta (k jeho věku, tělesného vzrůstu a síle). O použití restriktivních opatření musí být informování okamžitě rodinní příslušníci a po uklidnění situace i klienta je nutná analýza situace, proč k ní vlastně došlo a jak jí lze do budoucna předcházet. (Jůn a Balická, 2012)

2.2 Deinstitutionalizace sociálních služeb

Ministerstvo práce sociálních věcí České republiky uvádí deinstitutionalizace jako proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v jejich přirozeném prostředí. Cílem je tedy zkvalitnění života lidem se zdravotním postižením a tím jim umožnit žít běžný život, který lze srovnávat s životem jejich vrstevníků. Během tohoto procesu deinstitutionalizace však dochází k řízenému rušení ústavů a naopak se rozvíjí komunitní sociální služby. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením jsou primárně orientovány na potřeby klientů těchto služeb a jejich sociální začleňování, nejsou vystavování institucionalizaci v zařízeních. (MPSV, 2013)

2.2.1 „Totální instituce“

Americký sociolog, antropolog a sociální psycholog Erving Goffman zavedl do sociologie termín totální instituce, kterým označuje ty instituce, ve kterých jsou všechny stránky života klienta podřízeny a řízeny podle platných pravidel v těchto institucích. Například jako ve vězení. „*Jedinci tu jsou po dlouhou dobu izolováni, jejich individualita je potlačena a jejich životy jsou řízeny vedením těchto organizací.*“ Uvádí také, že všechny totální instituce nejsou stejné, vyznačují se pouze společnými rysy, jimiž jsou např. všechny aspekty jejich života probíhající na stejném místě pod stejnou autoritou, denní aktivity ve společnosti dalších

klientů, se kterými je zacházeno stejně, aby vykonávali stejnou činnost, všechny fáze dne jsou předem naplánované a pořadí aktivit je určeno vedením instituce a existuje nepřekročitelná bariéra mezi zaměstnanci instituce a pacienty. Totální povaha institucí se ovšem projevuje bariérami, které brání kontaktu s vnějším světem a znemožňují samostatný odchod klienta. Za bariéru lze považovat například zamčené dveře, vysoké holé zdi i ostnatý drát. (Wikipedie, ©2017)

2.3 Standardy kvality sociálních služeb

„Hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva jak těch, kteří službu přijímají, tedy uživatelů, tak lidí, kteří ji poskytují – pracovníků.“ (Bicková, 2011, s. 54)

Standardy kvality sociálních služeb (Bicková, 2011):

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb – základní prohlášení organizace charakterizující a vymezující organizaci proč existuje, kam směřuje a čeho a jak chce dosáhnout. Je nutné také vymezit cílovou skupinu osob, kterým bude služba poskytována, aby byla podávána kvalitně s ohledem na potřeby uživatelů.
2. Ochrana práv osob – určený rozsah a forma podpory musí zachovávat lidskou důstojnost a být v souladu s dodržováním lidských práv a základních svobod osob. Poskytovatel tedy vyhodnocuje, která práva je schopen klient si sám realizovat, se kterými mu pomoci a kterých naplnění nelze zajistit. Poskytovatel dále musí zjistit situace, při kterých by mohlo dojít k porušení práv uživatelů a střetu zájmů mezi pracovníky a uživateli a stanovit taková opatření, aby k nim nedocházelo.
3. Jednání se zájemcem o službu – z tohoto standardu vyplývá poskytovateli povinnost informovat zájemce o službu o možnostech a podmínkách poskytované služby co nejvíce srozumitelným způsobem. Zájemce je osobně seznámen se službou, o které se rozhodne, zda ji bude chtít využívat. Sociální pracovník přitom zjišťuje, jaké jsou potřeby a osobní cíle zájemce a zda je lze kvalitně zabezpečit. Tento postup se nazývá sociální šetření. Výsledky sociálního šetření jsou počátkem individuálního plánování a slouží dále jako podklad pro uzavírání smlouvy o sociální službě.
4. Smlouva o poskytování služby – výsledkem jednání se zájemcem je rozhodnutí, že mu služba bude poskytována a uzavře se smlouva. Smlouva se uzavírá písemnou formou, písemnou formou na návrh anebo ústní formou. Pokud je zájemce způsobilý

k právním úkonům, tak ji sám podepisuje, jinak jiná pověřená osoba. Uživatel musí být srozumitelně obeznámen s obsahem a náležitostmi smlouvy.

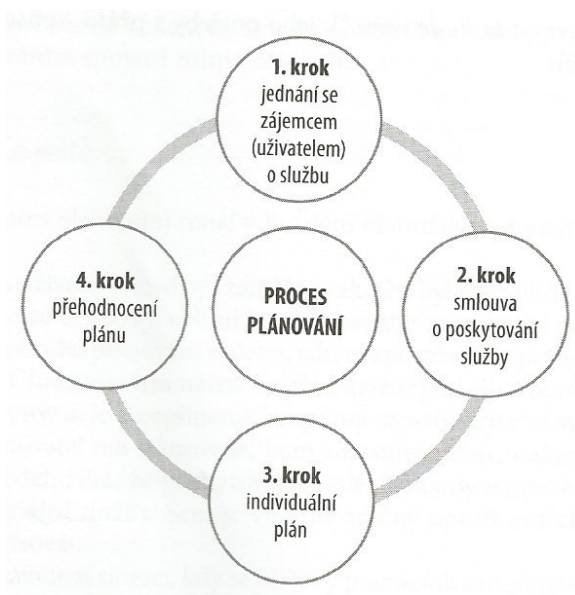
5. Individuální plánování průběhu služby – služba, kterou poskytujeme, musí vycházet z individuálních osobních cílů klientů, ne z cílů poskytovatele. K provádění individuálního plánování je potřeba mít vytvořená vnitřní pravidla, tzn. metodiku individuálního plánování, opravdu uskutečňovat individuální plánování s klientem, poskytovat službu podle dohodnutých cílů klienta, průběžně společně s uživatelem vyhodnocovat naplňování těchto cílů, určit si klíčové pracovníky pro toto plánování a vytvořit funkční a efektivní systém pro předávání informací mezi pracovníky o průběhu služby.
6. Dokumentace o poskytování služby – poskytovatel zpracovává informace o klientech, které jsou podle něj nezbytné pro poskytování služby, a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (od 25. 5. máme nově obecné nařízení o ochraně osobních údajů GDPR). Za osobní údaj se považuje jakákoliv informace, která se týká např. zdravotního stavu osoby, o majetkových a rodinných poměrech, aj. Osoba, které se to týká, musí dát svobodný a vědomý souhlas o zpracování osobních údajů. Lze jej podat ústně i písemně. Za citlivé osobní údaje se považují údaje o národnostním nebo rasovém původu, odsouzení za nějaký trestný čin i genetické údaje osoby. Vedení dokumentace musí respektovat, chránit práva a důstojnost uživatel, diskrétní a bezpečné. Uživatelé mají dále právo nahlížet do dokumentace. V praxi se můžeme setkat s kopiemi individuálních plánů u uživatelů.
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby – pravidla, která stanoví průběh podávání a vyřizování stížností. Uživatelé musí mít možnost uplatňovat své podněty, připomínky a stížnosti ke službě. Pro přehlednost a srozumitelnost uživatelům jsou pravidla pro podávání a vyřizování stížností vypracovány formou kdo, kdy, kde, komu a jak.
8. Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje – úkolem je rozšiřovat příležitosti, aktivovat a usnadňovat nějakou podporou uživatelům kontakt se sociálním prostředím. Uživatelé by měli být podporováni v kontaktech s rodinou a přáteli. Smyslem služby je vést uživatele k běžnému způsobu života a využívat dostupné zdroje společnosti.

9. Personální a organizační zajištění služby – zásadní oblastí je výběr personálu, požadků na ně a zaškolení. Vliv na kvalitu služby mají nejenom kvalitně zpracovaná administrativní část standardů kvality, ale i samotní pracovníci.
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců – spadá sem pravidelné hodnocení zaměstnanců za jejich pracovní výkon (průběžné, periodické nebo příležitostné), zajištění, aby si zaměstnanci sdělovali informace mezi sebou, další vzdělávání pro zaměstnance pro z kvalitnění péče a aktuální informovanost zaměstnanců, systém finančního a morálního ocenění zaměstnanců a podporu zaměstnanců například pomocí supervizí.
11. Místní a časová dostupnost služby – Poskytovatel si určuje dobu a místo poskytování sociální služby, aby klienti neztratili možnost zůstat součástí veřejného života a navštěvovat různá místa, např. kino, kavárnu, aj. Dříve byly sociální služby umísťovány do odlehlých a obtížně dostupných lokalit.
12. Informovanost o poskytované službě – tento standard vychází přímo ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy přímo §88 stanovuje poskytovateli povinnost zajišťovat dostupnost informací o službě. Zveřejňované informace poskytovatele musí být pravdivé a srozumitelné, aby si zájemci o službu, pro které je určená mohli udělat představu a fungování služby.
13. Prostředí a podmínky – poskytovatel je povinen zajistit důstojné, bezpečné a bezbariérové prostředí, které zajistí uživatelům soukromí a odpovídající personální zajištění.
14. Nouzové a havarijní situace – je nutné, aby poskytované služby byly bezpečné, proto musí poskytovatel vypracovat metodiku, která definuje rizika a stanovuje postup řešení. Nouzovou situací je nebezpečná, nepředvídatelná situace a havarijní situace je mimořádná, náhlá událost, která nastala v souvislosti s nějakým technickým vybavením a může ohrozit nebo zranit lidi.
15. Zvyšování kvality služby – výsledkem hodnocení je vlastně úroveň kvality služby, proto je potřeba měřit spokojenost uživatelů a řešit jejich stížnosti.

2.4 Individuální plánování

„Individuální plánování je jeden z nejvýznamnějších instrumentů zajištění kvality poskytovaných služeb.“ (Hauke, 2011, s. 16) Individuální plánování je vlastně o vedení rozhovoru s klientem a respektem k jedinečnosti každé lidské bytosti. Ovšem i vedení takového rozhovoru má svá pravidla a řád, které musí zaměstnanec dodržet, jinak se jedná o bezcílné

povídání. Cílem každého individuálního plánování je poskytovat sociální službu v co největší možné míře zájmu klienta, přizpůsobit ji specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem klienta a zapojit je do procesu plánování a výkonu služby. Poskytovatel a uživatel hledají cíl společné práce. Služby jsou proto plánovány tak, aby byly podporou a směřovaly k maximální možné míře samostatnosti a nezávislosti klienta. (Hauke, 2011)



Obrázek 1 Proces plánování – shrnutí (Hauke, 2011, s. 114)

Vyvrcholením celého procesu individuálního plánování je vlastně samotný vypracovaný individuální plán. Vyvolává ale u zaměstnanců spoustu otázek. Nikde totiž není psáno, jakou podobu má mít individuální plán. Až je řádně vypracován, tak je důkazem profesionální práce zaměstnanců a přístupu k uživateli jako rovnocennému partnerovi. Veškeré kroky totiž činíme v jeho zájmu. Tvorba individuálního plánu nastává již ve chvíli, kdy sociální pracovník provedl sociální šetření, uživatel má již podepsanou smlouvu a je nutné se s ním domluvit na dalších podrobnostech. Individuální plán vypracovává klíčový pracovník s pomocí uživatele a to do jednoho měsíce od podepsání smlouvy. (Hauke, 2011)

Poskytovatel musí mít písemně stanové pravidla pro podobu individuálního plánu. Obsahem pravidel je (Hauke, 2011):

- Stanovení někoho, kdo tvoří individuální plán včetně toho, jakým způsobem tým pracovníků zasahuje do tvorby tohoto plánu (obecně individuální plán tvoří klíčový pracovník).

- Způsob, jakým se seznámí s novým individuálním plánem zaměstnanci, kteří se na péči o klienty podílejí.
- Kde jsou individuální plány uloženy a kdo k nim má oprávněný přístup.

2.5 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník má nezastupitelné místo v poskytování pečovatelské služby. Bývá to pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník a je koordinátorem péče a podpory k přidělenému uživateli. Dále je člověkem, na kterého se může přidělený uživatel kdykoliv obrátit a rozumí uživateli, dokáže pro něj zprostředkovat potřebnou pomoc a být jeho důvěrníkem. (Hauke, 2011)

Z pozice klíčového pracovníka vychází určitá práva a povinnosti. Jedná se o (Hauke, 2011):

- Tvorbu a přehodnocování individuálního plánu společně s uživatele a dalšími podílejícími se osobami.
- U přiděleného uživatele vede, koordinuje a řídí individuální plánování, dále vede rozhovory s dalšími osobami, které jsou součástí procesu plánování.
- Zodpovídá za údaje, které jsou uvedeny v individuálním plánu a že jsou shodné se skutečností.
- Seznamuje zaměstnance, kteří jsou součástí individuálního plánování, s individuálním plánem a celým procesem plánování.

„Cílem klíčového pracovníka je podpořit uživatele v jeho světě, v tom mu pomoci žít, nikoliv mu vnucovat svět těch druhých, jeho názory a myšlení. Klíčový pracovník je jakýmsi průvodcem uživatele na jeho cestě.“ (Hauke, 2011, s. 78)

2.6 Volnočasové aktivity

Pracovníci v sociálních zařízeních si musí uvědomovat hodnotu a význam aktivizačních činností, respektovali a znali potřeby a přání svých klientů. Aktivita rozhýbává psychickou i fyzickou stránku člověka. Aktivizace zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo už ztracenou soběstačností. Individuální plán vede k racionální aktivizaci klienta s výsledky, které budou uspokojivé pro něj, jeho rodinu i ošetřující personál. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

„Aby byla činnost smysluplná, musí splňovat určitá kritéria. Každá prováděná činnost musí být příjemná, dělaná dobrovolně a mít jasný účel. Dále by měla být společensky přijatelná a neměla by vést k neúspěchu.“ (Zgola in Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 35)

- Ergoterapie – „*Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, a tím zvýšit kvality jejich života.*“ (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 36) Ergoterapie je léčbou prací. Mezi tyto aktivity patří např. nácvik všedních činností, výběr, nácvik používání a účelnost kompenzačních pomůcek, kde má klient možnost je použít. Dále aktivity zaměřené na koordinaci pohyby, jemnou motoriku, stimulaci a mozkový trénink. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)
- Muzikoterapie – je formou zvukové terapie a pomocí přitažlivosti rytmického zvuku se využívá ke komunikaci, relaxaci, podpoře hojení a k navození pohodové nálady. Může probíhat poslechem hudby, tvorbou nové hudby, zpěvem, pohybem na hudbu a také hudebním cvičením. Lze jí také využívat při snižování chronické bolesti. Terapie hudbou může vyvolávat u klientů krásné vzpomínky. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)
- Arteterapie – využívá výtvarné umění k osobnímu vyjádření v komunikaci. Nejvíce se arteterapie rozvíjí v oblasti duševního zdraví a je pro tyto klienty velkým přínosem. Za umění je považován proces tvorby i jeho výsledek. Cílem arteterapie je uvolnění klienta, sebevímání, rozvoj fantazie a rozvoj osobnosti. Provádí se individuální terapií nebo skupinovou. Tvůrčí proces pomáhá klientům překonat jejich agresivní chování a psychické obtíže. U starších lidí pomáhá ke zlepšení jejich pohybu a rozvoji jemné motoriky. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)
- Trénink paměti – k posilování paměti dochází v každodenním kontaktu i prostřednictvím řízených aktivit. Klienti jsou vedeni k zapamatování si konkrétních činností (ranní hygiena, ustlání postele, aj.) a při komunikaci posilujeme časovou orientaci (ptáme se na datum, roční období). Volíme vhodné hry, např. pexeso, kvarteto, karty, což kromě trénování paměti slouží i k rozvíjení a vzájemné komunikaci. Techniky trénování paměti se volí s ohledem ke schopnostem a možnostem klientů. U skupinových aktivit se hraje slovní fotbal, slovní hříčky, chybějící slova v pranostikách, poznávání zvuků a vědomostní kvízy. Využívají se i křížovky, které klient řeší sám nebo s pomocí personálu. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)
- Reminiscenční terapie – je práce se vzpomínkami klientů. Velkým přínosem této terapie je vytvoření prostoru pro aktivní naslouchání a vnímání individuálních potřeb klientů. Při reminiscenční terapii se využívají např. staré fotografie, hudební na-

hrávky nebo filmy. Tento druh terapie je postaven na faktu, že v lidském mozku zůstávají nejdéle uchovány vědomosti a návyky uložené v dlouhodobé paměti. (Holczerová a Dvořáčková, 2013) „*Práce se vzpomínkami napomáhá pracovníkům, kteří pracují se seniory k lepšímu pochopení jejich osobnosti, upevnění vztahu mezi seniorem a pomáhajícím pracovníkem a smysluplnému plánování služby.*“ (Špatenková a Bolomská in Holczerová a Dvořáčková, 2013)

- Zooterapie – jedná se o terapii podporovanou zvířaty, rehabilitační metody, které jsou na bázi vzájemného pozitivního působení kontaktu člověka se zvířetem. Zaměřuje se na zlepšení kvality života klienta, jeho rozvoj sociálních dovedností a k fyzickému nebo psychickému zlepšení klienta. Nejčastěji se v praxi setkáváme s canisterapií (využití psů při terapii), felinoterapií (využití koček při terapii) a hipoterapií (využití koní při terapii). (Holczerová a Dvořáčková, 2013)
- Bazální stimulace – „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.*“ (Friedlová, 2007, s. 19) Základem konceptu bazální stimulace je úzké propojení pohybu, komunikace a vnímání. Jedná se o cílenou stimulaci smyslových orgánů a pomocí stimulace vzpomínek můžeme znovu aktivovat mozkovou činnost klienta a tím podpořit právě jeho vnímání, komunikaci a pohyb. Bazální stimulace se přizpůsobuje věku a stavu klienta, tedy jeho možnostem a orientuje se na všechny jeho oblasti potřeb. (Friedlová, 2007)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části mé bakalářské práce navazuji na část teoretickou. Původně měl být proveden kvantitativní výzkum, nicméně po konzultaci a domluvě s vedoucí mé práce jsem se pustila do **kvalitativního výzkumu**, který mi byl doporučen. Stanovila jsem hlavní výzkumnou otázku a vedlejší výzkumné otázky na základě tématu mé práce, které jsou nezbytné pro vypracování a vyhodnocení praktické části.

3.1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl:

1. Jakým způsobem probíhá institucionální péče o osoby trpící AD z pohledu zaměstnanců.

Vedlejší cíle:

1. Jak probíhá den v domově se zvláštním režimem.
2. Jaká restriktivní opatření jsou využívána v zařízení?
3. Jak probíhá další vzdělávání v domově se zvláštním režimem a jak ho vnímají zaměstnanci.
4. Jaké aktivizační činnosti jsou poskytovány v zařízení, kdy probíhají a kdo je vykonává.
5. Jak hodnotí zaměstnanci současný systém péče v pobytových zařízeních
6. Co se osvědčilo zaměstnancům při práci s klienty trpícími AD.

3.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

- Jakým způsobem probíhá institucionální péče o osoby trpící AD z pohledu zaměstnanců?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1) Jak probíhá den v domově se zvláštním režimem?
- 2) Jsou využívána restriktivní opatření v zařízení?
- 3) Jak probíhá další vzdělávání v domově se zvláštním režimem a jak ho vnímají zaměstnanci?

- 4) Jaké aktivizační činnosti jsou poskytovány v zařízení, kdy probíhají a kdo je vykonává?
- 5) Jak hodnotí zaměstnanci současný systém péče v pobytových zařízeních?
- 6) Co se osvědčilo zaměstnancům při práci s klienty trpícími AD?

3.3 Definice kvalitativního výzkumu

Významný metodolog Creswell (in Hendl, 2016, s. 46) definuje kvalitativní výzkum takto: „*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.*“ Výzkumník vlastně vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení stanovených výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry (Hendl, 2016).

3.4 Výzkumná strategie a metoda sběru dat

Pro výběr respondentů jsem zvolila koncept záměrného výběru. Vybrala jsem si Domov se zvláštním režimem v Buchlovicích, který je součástí Domova pro seniory. Respondenti zvolení záměrným výběrem by měli mít potřebné znalosti z daného prostředí, protože tehdy dokážou podat informačně bohatý a pravdivý obraz o něm (Gavora, 2000). Proto mými respondenty budou vždy dva zaměstnanci na určité pracovní pozici – sociální pracovník, pečovatelský pracovník, zdravotnický pracovník. Výzkumné šetření probíhalo v Domově se zvláštním režimem v Buchlovicích, který je součástí Domova pro seniory v Buchlovicích. Jedná se o pobytové zařízení, kterého zřizovatelem je Zlínský kraj od 1. 10. 2009. Kapacita zařízení je 50 lůžek pro občany od 50 let, trpící Alzheimerovou chorobou a jinými formami demencí. Během března byli pomocí vedoucí sociální pracovníce pracující na oddělení vybráni respondenti, se kterými byl uskutečněný **polostrukturovaný rozhovor**.

Metodou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor (interview). „*Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.*“ (Chráška, 2007, s. 182). Při polostrukturovaném rozhovoru je možné požadovat vysvětlení i zdůvodnění, což umožňuje správně pochopit myšlenky a odpovědi respondentů. Rozhovory probíhaly přímo na oddělení DZR, pokaždé

podle stanovité zaměstnance pro dostatečné soukromí a klid při rozhovoru. Oslovení respondenti byli velmi vstřícní a ochotní odpovídat na mnou kladené otázky. Nálada při každém rozhovoru byla velmi příjemná až přátelská. Ze zaměstnanců sršela pozitivní energie a bylo opravdu vidět i slyšet, že svou práci vykonávají s láskou a nadšením a tvoří skvělý pracovní kolektiv.

3.5 Banka otázek do polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaká jsou specifika péče o osoby s AD?
2. V čem vnímáte náročnost práce s těmito klienty?
3. Co Vás motivuje k práci s těmito osobami?
4. Máte zkušenosti v péči o klienty netrpící AD?
5. Pokud ano, v čem nacházíte rozdíl v péči o klienty trpící AD a klienty netrpící AD?
6. Popište, jak probíhá Váš den na DZR?
7. Využíváte ve Vašem zařízení restriktivní opatření?
8. Pokud ano, jaká?
9. Jakým způsobem probíhá další vzdělávání ve Vašem zařízení?
10. Jmenujte důvody, pro které se vzděláváte.
11. Jak hodnotíte přínos kurzu, který jste v minulosti absolvovali?
12. Jakou formu vzdělávání upřednostňujete?
13. Jaké vnímáte překážky ve vzdělávání?
14. Jaké aktivizační činnosti poskytujete ve Vašem zařízení?
15. Jakým způsobem se uživatelé podílí na výběru aktivizační činnosti?
16. V jakém čase probíhá aktivizace klientů?
17. Kde probíhají aktivizační činnosti?
18. Jakým způsobem se plánují aktivizační činnosti?
19. Kdo vykonává aktivizační činnosti?
20. Jaká je odbornost vykonavatelů aktivizačních činností?
21. Probíhá aktivizace i mimo Vaše zařízení?
22. Jakým způsobem zjišťujete spokojenost uživatelů s aktivizačními činnostmi?
23. Jak hodnotíte současný systém péče o klienta v pobytových zařízeních?
24. Jaké jsou jeho přínosy podle Vás?
25. Jaká vnímáte úskalí?
26. Jaké metody nebo techniky se Vám při práci osvědčily?

3.6 Analýza dat

Provedené **rozhovory** byly nahrány na audio zařízení se souhlasem oslovených respondentů a následně převedeny transkripcí do písemné podoby a zpracovány **in vivo kódy**. Tento způsob kódování probíhá tak, že jako kódy fungují některé výrazy, které užívají sami respondenti. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

Oslovené respondenty jsem sepsala do tabulky včetně pracovní pozice a délky zaměstnání.

Tabulka 4 Identifikační údaje o respondentech

Respondent	Pracovní pozice	Délka zaměstnání
Respondent 1	Sociální pracovnice	9 let
Respondent 2	Sociální pracovnice	2 roky
Respondent 3	Pracovnice sociálních služeb	9 let
Respondent 4	Pracovnice sociálních služeb	4 roky
Respondent 5	Vedoucí zdravotní sestry	8 let

Pro přehlednost a orientovanost uvádím podle *in vivo kódování* kategorie a jejich kódy do tabulky.

Tabulka 5 Kategorie a kódy

Kategorie	Kódy
Specifika péče o klienta	<i>vedení klienta; aktivita klienta; podpora klienta; odlišné vnímání reality klientem; vyžadují speciální přístup</i>
Otěže péče o klienty s AD	<i>časová náročnost; psychická náročnost; fyzická náročnost; emoční náročnost; nutná trpělivost; vcítění se do klienta zaměstnancem; akceptace péče klientem; vyrovnání se se smrtí; náročnost v péči o klienta</i>
Rozdíl v péči o seniory s AD a zdravými	<i>potřeba jednoznačného vedení u klienta s AD; soběstačnost a orientovanost klienta bez AD; nižší věková kategorie klientů; rozdílná péče</i>
Čím naplňuje tato práce zaměstnance	<i>pomoc klientovi; vděčnost klienta; nápomocnost; spokojenost klientů; touha pomáhat; budoucí potřeba pomoci; kladný vztah k práci</i>
Den na oddělení DZR	<i>ranní rituály; rituál zjišťování informací; rozmanitost práce; koupání klienta; toaleta; krmení klientů; odpolední odpočinek; odpolední aktivizace; ukládání klienta ke spánku; výměna lož-</i>

	<i>ního prádla; komunikace s klientem; řádná očista klienta; aktivizace klientů; dělba a výkon práce; zdravotní péče o klienta; medikace klienta; návštěva lékaře s klienty; pomoc klientům</i>
Restriktivní opatření	<i>ochrana klienta; uzavřené oddělení; mříže na oknech; uzamčení oken; postranice na lůžku</i>
Další vzdělávání zaměstnanců	<i>semináře; přednášky; povinné vzdělávání; kurzy; školení; skupinové školení; individuální školení; debaty; konference; praktické vzdělávání; přednášející s praxí; nabídka od zaměstnavatele; nabídka od vedení; v zařízení; mimo zařízení; vlastní iniciativa hledání kurzu; vlastní iniciativa; předání zkušeností jiných pracovníků; informovanost zaměstnance; získání dalších informací; modernizace v péči o klienta; zkušenosti jiných pracovníků</i>
Přínosy a úskalí dalšího vzdělávání	<i>obohacující přínos; ucházející přínos; pozitivní přínos; nové informace; možnost předání zkušeností; finanční problém; vlastní investice; vzdálenost kurzů; časový problém; pracovní vytížení; omezené možnosti zaměstnavatelů; žádná překážka</i>
Aktivizace uživatelů	<i>skupinové aktivity; individuální aktivity; tématické aktivity; zájmové aktivity; odpoledne; dopoledne; individuálně dopoledne; celý den; ráno; v průběhu dne; podle přítomnosti zaměstnanců; muzikoterapie; aromaterapie; ergoterapie; zpívání; arteterapie; luštění křížovek; vaření; trénink paměti; relaxační cvičení; bazální stimulace; práce s apatickým slovníkem; rozvoj řeči; smyslová aktivizace; pohybové aktivity; hraní společenských her; procvičování jemné motoriky; rehabilitační cvičení</i>
Zájem o aktivity ze strany klientů	<i>reference klienta; znalost klienta; minulost klienta; vlastní výběr klienta; výběr z nabídek; vyzorování personálem; dotazníkové zjišťování</i>
Místa pro výkon aktivizačních činností	<i>společenská místnost DZR; v DS; společenská místnost DS; tělocvična; klubovna; jídelna; rehabilitační místnost; relaxační místnost; pokoj klienta; aktivizační místnost; mimo DZR</i>
Aktivizační pracovníci	<i>pracovnice volnočasových aktivit; pracovnice v přímé obslužné péči; klíčový pracovníci; pečovatelky; zaměstnanci na oddělení; zdravotní sestry; rehabilitační pracovníci; ošetřující personál; speciálně zaškolený personál; snaha rodinných příslušníků o zapojení; proškolení zaměstnanci; odborné vzdělání; středoškolské vzdělání</i>
Plánování aktivizací	<i>průběžné plánování; místo výkonu; výběr aktivity; výběr uživatelů; vyzorování zaměstnanců; rozhovor zaměstnanců na oddělení; pestrost nabídky aktivit; nabídka klientovi; pomocí potřeb a zájmů klienta; podle denního rozvrhu; podle stáří klientů; podle ročního období</i>

Aktivizace mimo oddělení DZR	<i>DS; kulturní společenské akce; besedy; skupinové vycházky; výlety; vycházky mimo zařízení; společenské akce venku; společenský sál DS; vystoupení mimo DZR</i>
Zjišťování spokojenosti uživatelů s aktivizacemi	<i>dotazníkové šetření; mluvením; pozorováním; poznáním klienta</i>
Hodnocení systému péče o klienta	<i>kvalitní úroveň; potřeba zlepšovat systém; možnosti zlepšení a zkvalitnění péče; potřeba více podnětů pro klienty; potřeba modernizace; kvalitní zajištění klienta; zkvalitnění práce; další vzdělávání; zlepšení podmínek a vybavení zařízení; nedostatek zaměstnanců; snaha zabezpečit pobyt; začlenění klienta; nedostatek finančních dotací; více možností proškolení; vylepšit terén na zahradě; více kompenzačních pomůcek; maximální pracovní nasazení zaměstnanců; neustále zlepšování systému; více možností činností pro klienty; obrovský zájem o službu; propagace služeb; nedocenení práce zaměstnanců</i>
Přístup ke klientovi	<i>individuální práce s klientem; naslouchání; rozhovor; sledování; trpělivost; kontakt s klientem; komunikace; lidský přístup; potřeba práce s takovými klienty</i>

3.7 Interpretace dat

Na začátku výzkumného šetření byla stanovená jedna hlavní výzkumná otázka a vedlejší výzkumné otázky. Nyní postupně odpovím na každou z nich.

Jakým způsobem probíhá institucionální péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou z pohledu zaměstnanců?

K hlavní výzkumné otázce se vztahovaly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 1, 2, 3, 4 a 5.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že klienti umístění v zařízení potřebují jasné, přímé vedení, je nutné je aktivizovat (na což jsem se blíže zaměřila u vedlejší výzkumné otázky č. 4), podporovat je, aby se jejich zdravotní ani psychický stav nezhoršoval, ba naopak, aby se dostali třeba za hranice svých možností, aby prosperovali v domovech se zvláštním režimem. Dále také byla zmíněná trpělivost, která je určitě nutná při práci s těmito klienty. Respondenti poukazují na speciální nebo individuální přístup ke klientovi, který trpí Alzheimerovou demencí, protože vnímá odlišně realitu a může se stát, že péči bude odmítat. Tři respondenti, kteří mají zkušenost v péči o klienty netrpící tímto onemocněním, uvádí, že

největší rozdíl v péči je právě v tom, že uživatelé s AD potřebují vedení, kdežto klienti netrpící AD jsou orientovaní a většinou naprosto soběstační. Jeden respondent dokonce poukázal na fakt, že Alzheimerova choroba může propuknout i u osob s nižší věkovou kategorií. Dále jsem se zaměřila během rozhovoru i na otěže péče, spojené s touto nemocí a co motivuje respondenty k práci s těmito klienty. Nejčastěji respondenti vidí náročnost této práce v psychické, fyzické a emoční náročnosti. Dále je nutno poukázat na empatii, která panuje u zaměstnanců. Snaží se při práci vžít do role uživatelů na oddělení. Dokonce jeden respondent zmínil, že se setkávají na oddělení často se smrtí, na což si nejspíše nikdy nezvyknou. Považují to z mého pohledu za nejnáročnější důsledek této práce a poukazuje na to, že tuto práci nemůže vykonávat jenom tak někdo. Je nutné být silným člověkem po fyzické i psychické stránce. Respondenti mají velmi dobrý vztah k výkonu práce a motivuje je nejčastěji spokojenost uživatelů na oddělení a touha pomáhat lidem, kteří pomoc potřebují. Dva respondenti uvedli, že jednou také budou odkázáni na pomoc druhých a budou vděční, když se jim dostane, další uvedl, že ho motivuje na této práci i to, když se klient posune dál za své hranice.

R1: „...vyžadují zvláštní přístup, zejména zaměřený na individualitu jejich osobnosti, která vychází z jejich onemocnění.“, „Náročnost práce vnímám v čase, protože každý uživatel potřebuje čas individuálně, ...není Vám lhostejný osud těchto lidí a nějak svým způsobem to prožíváte to onemocnění a jejich život společně s nimi.“

R3: „...o psychice, je to hodně o té trpělivosti a taky se setkáváme často se smrtí, na což si asi většina z nás nikdy nezvykne.“

R4: „...trpělivý pro ty lidi, dopomáhat jim, říkat jim třeba opakovat věci i několikrát po sobě... Říkat jim uchopte lžičku do ruky, při jídle třeba, ...ted' si umyjeme obličej, jo.“

R5: „...ta fyzická, ale i psychická zátěž s tím, že musíte přemýšlet nad tím individuálním přístupem, že u každého se ta demence projevuje jinak.“, „Myslíte za ně a dáváte to do práce, ...“

Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena.

Jak probíhá den v domově se zvláštním režimem?

K první vedlejší výzkumné otázce se vztahovala otázka z polostrukturovaného rozhovoru číslo 6.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že den v domově se zvláštním režimem se odvíjí od pracovní pozice zaměstnance. Den na oddělení u zaměstnanců se odvíjí hodně od pracovní

pozice. U dvou respondentů, což jsou sociální pracovníce, to spočívá spíše ve zjišťování informací o klientech, co se dělo a děje na oddělení, komunikace s úřady a celkově dokumentací. Dalšími dvěma respondenty jsou pracovníce v sociálních službách, které vykonávají přímou péči o klienta, proto popisují, co provádí s klienty během dne na oddělení. Jedná se například o provedení základních hygienických úkonů klienta, toaletu, výměnu ložního prádla, dále krmení, komunikaci s klientem, aktivizaci klienta a následným uložením ke spánku. Jeden respondent je zdravotní pracovníce, která provádí úkony spíše ve zdravotnické péči, jako je medikace a návštěva lékaře s klienty.

R1: „...jdu na oddělení, kde si vlastně zjistím od zaměstnanců nejnovější informace, co se v předchozím dnu stalo, jaké byly změny, jestli se stalo něco závažného.“

R2: „...po příchodu do práce si čtu hlášení z předešlého dne nebo z předešlé noci a vlastně na základě toho i ta práce začíná každý den jinak.“

R3: „...část sestřiček jde koupat uživatele dle harmonogramu a část sestřiček jde provádět ranní toaletu. ... řádně je očistit i vlastně řádná očista genitálií, vyměnit inko pomůcky, snažíme se komunikovat s uživateli, snažíme se je podporovat v tom, co ještě dokáží sami udělat. ... Pak probíhá odpolední asi hodinka, kdy si lidi trošku odpočívají, poukládáme lidi, co jsou vysazení na vozíčkoch, na kočárech, pak je svačina, doba vaření kávy a čaje ...“

R4: „...přečteme hlášení, pak si rozdělíme s ostatními PSS, tak si rozdělíme práci, některé jdou koupat, dělat snídani a koupat a některé jdeme dělat ranní toalety.“

R5: „...vyhodnotit třeba když mě předávají vlastně pečovatelky, co s kterým uživatelem je, tak vyhodnotit vlastně, jestli se s ním půjde k lékaři a jak se nastaví nějaká ta zdravotní péče. Začíná to od ranního podání léku, podání inzulínu, vlastně až po nějakou tu péči, doprovod tech uživatelů k doktorovi, vlastně mluvit tam za ně, ...“

Vedlejší výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Jsou využívána restriktivní opatření v zařízení?

K druhé vedlejší výzkumné otázce se vztahovaly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 7 a 8.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou restriktivní opatření popsány jako opatření omezující pohyb osob. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí se tímto rozumí jako opatření, která zamezí uživateli sociální služby svobodný pohyb a tím projevat svou svobodnou vůli. (©MPSV)

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že tři respondenti odpověděli, že v Domově se zvláštním režimem v Buchlovicích nejsou využívána restriktivní opatření a dva respondenti naopak, že ano. Jedná se o nutnost uzavření oddělení, přítomnost mříží na oknech, zamčení oken, které lze otevřít pouze na ventilaci a postranice na lůžku. Zde můžeme vidět odlišnou představu zaměstnanců o pojmu „restriktivní opatření“. Každý tento pojem vnímá jinak, nicméně to může poukazovat na nedostatečnou znalost tohoto pojmu zaměstnanci. Někdo považuje za restriktivní opatření doslovné připoutávání k lůžku, omezení volného pohybu, fyzické zásahy vůči agresivnímu klientovi a někdo i ochranná opatření, aby klient neutrpěl újmu na zdraví. Svým způsobem bychom uvedená restriktivní opatření dvěma respondenty mohli chápat jako restriktce, jelikož se jedná o ochranu klienta před újmou na zdraví, nutnost jejich bezpečnosti, protože oni sami si velmi často vzhledem ke svému onemocnění nedokáží uvědomit následky činů a potřebují ochranu.

R1: *„Ne, nevyužíváme.“*

R2: *„Restriktivní opatření nevyužíváme.“*

R3: *„Ano, využíváme na tomto oddělení, to ani jinak nejde a mezi tady ty opatření patří hlavně to, že naše oddělení je uzavřené, v oknech máme mříže, dokonce to okno máme i uzamčené, dá se otevřít pouze na ventilačku, aby někoho nenapadlo nějak vyskočit z okna nebo cokoliv nějak si ublížit. Jsou to i postranice na lůžku, aby lidé nespádli na zem...“*

R4: *„Ano, to je potřeba. My musíme mít uzamčené oddělení jsme, takže aby nám klienti neutekli nikam, takže musíme být opravdu uzamčení, okna musíme mít zamčené, aby nám nevypadli z tama, nebo je to fakt nebezpečné, zábrany, postranice na postelích musíme mít, nesmí mít u sebe žádné ostré předměty, musíme je bránit, no. Musíme na to prostě dbát, aby se jim něco nestalo.“*

R5: *„Ne, nevyužíváme.“*

Vedlejší výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena.

Jak probíhá další vzdělávání v domově se zvláštním režimem a jak ho vnímají zaměstnanci?

Ke třetí vedlejší výzkumné otázce se vztahovaly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 9, 10, 11, 12 a 13.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že další vzdělávání v Domově se zvláštním režimem v Buchlovicích probíhá velmi rozmanitě. Zaměstnanci mají pestrý výběr různých školení,

kurzů a seminářů, kterých se mohou zúčastnit někdy přímo v zařízení, nebo mimo něj. Někteří uvedli, že dávají přednost školení a seminářům, nicméně většina upřednostňuje předávání si zkušeností na vzdělávacích akcích a vyzkoušení si nějakých praktických ukázek. Respondenti chtějí být neustále aktuálně informováni v oblasti péče o lidi s demencí a o nemoci Alzheimer, proto si i sami z vlastní iniciativy hledají nabídky dalšího vzdělávání. Dále respondenti uvádí kladná hodnocení absolvovaných kurzů v minulosti. Dodávají, že jim vždy přinesl nové poznatky nebo obohatil práci. Tři respondenti dokonce uvedli během rozhovoru, že každý, kdo se chce vzdělávat, si vždy najde cestu přes překážky, ať už jsou finanční nebo časové. Nejčastěji se ale v rámci překážek opakovaly finance, čas a i dostupnost těchto kurzů, což se týče vzdálenosti od místa působení domova se zvláštním režimem.

R1: „...formou kurzů a školení, které se organizují buď v našem zařízení, nebo mimo něj.“, „...to školení nebo nějaký kurz najde zaměstnanec sám anebo přijme nabídku, kterou mu nabízí zaměstnavatel.“, „...to finanční problém, kdy tyto kurzy jsou docela finančně náročné, pokud si je má zaměstnanec platit z vlastní kapsy, dále častokrát se stává, že i dostupnost těchto kurzů je omezená, protože se konají docela ve velkých vzdálenostech od místa...“

R2: „A jinak si myslím, že je to docela i omezené jakože z hlediska zaměstnavatele, jak časově tak finančně ...“

R3: „...aby se člověk nějak udržoval, v tom jsou různé novinky ve světě, vědy o téhle nemoci, o demenci a Alzheimeru, ...“, „...bud' se domluvíme sami s holkama na oddělení, že si nějaké školení najdeme, nebo nás informuje naše nadřízená ...“, „...já vždycky říkám, pokud někdo chce, ten čas si vždycky udělá a i ty peníze investuje do toho velmi rád.“

R4: „...si myslím, že ten kdo chce, tak se vzdělávat bude a kdo nechce tak né, no. Jinak nevidím žádný problém jako.“

R5: „Bud' to si to vybíráme sami z jakýchsi různých takových datových databází, anebo přes vedoucí sestru, která nám nějaký ty školení nabízí a my se do toho přihlašujeme.“, „...doufám, že se někde něco víc přiučím ... že se seznámím s něčím novým nebo s nějakým novým postupem, ...“, „...většinou čas. ... ale jinak bych řekla, že žádné. Jako ty finance a tak to si vždy člověk, když to chce, tak si to stejně zaplatí, protože to má ten význam.“

Vedlejší výzkumná otázka č. 3 byla zodpovězena.

Jaké aktivizační činnosti jsou poskytovány v zařízení, kdy probíhají a kdo je vykonává?

Ke čtvrté vedlejší výzkumné otázce se vztahovaly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že domov se zvláštním režimem nabízí opravdu pestrou nabídku aktivizací pro klienty. Jsou nabízené skupinové, individuální i zájmové aktivity klientům. Dokonce nabízí uživatelům tématické aktivity. Na Vánoce je to možnost pečení cukroví, vánočky, na Velikonoce pečení beránků a zdobení kraslic. Uvedeny byly aktivizační činnosti muzikoterapie, aromaterapie, ergoterapie, zpívání, arteterapie, luštění křížovek, vaření, trénink paměti, relaxační cvičení, bazální stimulace, práce s apatickým slovníkem, rozvoj řeči, smyslová aktivizace, pohybové aktivity, hraní společenských her, procvičování jemné motoriky a rehabilitační cvičení. Provádí je zaměstnanci na oddělení, čímž jsou pracovníci v sociálních službách, klíčový pracovníci, dále rehabilitační pracovníci a pracovníci volnočasových aktivit. Jeden respondent uvedl, že rodinní příslušníci mají zájem o zapojení do aktivizačních činností. Respondenti dále uvedli, že aktivizace probíhá ráno, dopoledne, odpoledne a že uživatelé, kteří zvládají a mají zájem, se zapojují i do dění domova se zvláštním režimem. Pomáhají například při snídani rozdávat hrníčky nebo skládat prádlo. Tímto bych ráda poukázala na fakt, že aktivizace klientů probíhá celý den a oddělení se snaží maximálně aktivovat klienty, kteří mají zájem a chtějí se zapojovat. Jinak se aktivizace provádí i mimo zařízení, respondenti uvádí nejčastěji vycházky do centra Buchlovic, dále se účastní různých vystoupení a akcí v Domově pro seniory v Buchlovicích a jezdí na výlety mimo zařízení.

R1: „...a důležitá je aktivizační činnost, která se jmenuje smyslová aktivizace, která je vlastně zaměřena na podporu zachovalých smyslů jednotlivých uživatelů, kteří trpí Alzheimerovou chorobou.“, „...se provádí i mimo domov se zvláštním režimem v prostorách domova pro seniory v tělocvičně, nebo v klubovně pro ergoterapii, nebo ve společenské místnosti domova pro seniory.“

R2: „...snažíme se vlastně zapojovat je do různých vystoupení, do různých akcí, které pořádá domov pro seniory, nebo různé prostě aktuální témata jako jsou Velikonoce, Vánoce, Den matek, Den seniorů, ...“, „...vlastně máme celý den na oddělení, pořád. Prostě jestli ráno někdo šikovnější třeba dřív vstane, tak se snažíme zapojit k snídani třeba někoho, že rozdá hrníčky. Pak zas v průběhu dne, tak jak jde den, když se skládá prádlo a někdo chce, jo. ...

ale najde se jeden, dva, kteří se prostě zapojují do takového toho dění, které na oddělení je. Takže vlastně celý den.“

R3: *„...na našem oddělení jsou to různé společenské akce, jako na Vánoce, Velikonoce. Na Vánoce jsou to připomínání vánočních tradic, pečení vánoček, děláme i vánoční punč. ... Pečou se buchty, peče se cukroví, peče se vánoční beránek, ...“, „...máme i speciální relaxační místnost, kde pouštíme relaxační hudbu, jsou tam speciální takzvané pytle, kde se prostě člověk posadí rád, pohodlně a kde relaxuje, je tam i zvláštní osvětlení, aby tam nešlo přímé sluníčko, dá se to zatemnit ta místnost ...“, „... probíhá i mimo naše zařízení. Dělali jsme tady společenské akce pro uživatele, pro všechny uživatele nejenom z našeho oddělení, jedna z nich byla country odpoledne, kde jsme sehnali i country skupinu, opékali se špekáčky, mohli u toho být i příbuzní ...“*

R4: *„...jezdí mimo domov na nějaké představení, vystoupení, takže je těch možností dost.“*

R5: *„...pokud je to uživatel, který se nedokáže vyjádřit, tak tam je ta bazální stimulace, nebo poslech nějaké hudby, nebo povídky...“, „Dokonce se nám nabízeli i různý jak kdyby, zapojej se tady do té aktivizační činnosti i rodinní příslušníci.“*

Vedlejší výzkumná otázka č. 4 byla zodpovězena.

Jak hodnotí zaměstnanci současný systém péče v pobytových zařízeních?

K páté vedlejší výzkumné otázce se vztahovaly otázky z polostrukturovaného rozhovoru č. 23, 24 a 25.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že zaměstnanci považují současný systém péče v pobytových zařízeních na kvalitní úrovni. Jako přínos vnímají neustále se snažení zlepšovat, zkvalitňovat a zajišťovat péči o klienty, že jsou služby i celé zařízení propagovány na internetu i sociálních sítích, tím narůstá obrovský zájem o službu v jejich domově se zvláštním režimem. Naopak úskalí tohoto systému vidí jednoznačně v nedostatku zaměstnanců, protože vzniká velké pracovní i psychické vyčerpání zejména ošetřujícího personálu. Dále byly uváděny finance, díky kterým by mohl být zlepšený a uzpůsobený terén na zahradě a zlepšeno vybavení zařízení, nedostatek kompenzačních pomůcek a kočárků, na které bývají imobilní uživatelé vysazováni namísto invalidních vozíků a někteří zaměstnanci by ocenili i více možností proškolení.

R1: „...je na velmi dobré úrovni, určitě je potřeba ještě dál zlepšovat a využívat a hledat možnosti, které by se dali využít na zlepšení a zkvalitnění péče.“, „...že zaměstnanci se neustále vzdělávají, dále zlepšení i bytových, materiálních, technických podmínek a vybavení samotného zařízení.“

R3: „...že ta péče jede pořád nahoru a jsme za to hrozně rádi. Všechno se vylepšuje ...“, „... Možná více invalidních vozíčků, více těch kočárů, kde dáváme tady tyhle lidi, kteří jsou v tom horším stádiu Alzheimeru a demence, aby mohli jít víc mezi kolektiv lidí, aby nebyli sami upoutáni na lůžku, nebo nasedli jenom na pokoji.“

R4: „No, málo pečovatelek na tolik lidí, no. Kdyby nás bylo potřeba víc, prostě víc pracovníků, no abychom se těm lidem mohli věnovat víc. Oni potřebují víc péče, že, takže je nás prostě málo, no bylo by nás potřeba víc to dělat, tu práci.“

R5: „... už to není to, že i když se stanou imobilním, že jenom leží na pokoji a jak se dřív říkalo, dívají se do zdi, nebo do stropu, že teď se opravdu snažej, ... i ty imobilní uživatelé mají takovej ten svůj denní režim, že jsou vlastně vysazeni na ten kočárek a můžou jít ven, můžou jít do společenské místnosti, že nejsou jenom na tom pokoji.“ „Tak přínos je určitě v tom, že máme velký pořadník (smích), že máme asi furt plno, že o tu službu je zájem ... existují různé ty webový stránky, kde my vlastně popisujeme, co nabízíme, co s tema klientama děláme, kam se až dostanou, jak co můžou všechno navštívit ...“

Vedlejší výzkumná otázka č. 5 byla zodpovězena.

Co se osvědčilo zaměstnancům při práci s klienty trpícími AD?

K šesté vedlejší výzkumné otázce se vztahovala otázka z polostrukturovaného rozhovoru č. 26.

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že respondenti uvádí jako osvědčenou metodu hlavně individuální práci s klientem. Každý klient trpící Alzheimerovou chorobou potřebuje individuální přístup. Dále byl uveden rozhovor, pozorování, naslouchání, navázání kontaktu s klientem a mít k němu lidský přístup. Chtít vykonávat tu práci a snažit se dát těm klientům co nejvíce, aby se cítili jako doma. Zaměstnanci Domova se zvláštním režimem vykazují velkou empatii vůči svým uživatelům a lze pozorovat, s jakým zájmem a radostí tuto práci vykonávají a snaží se co nejvíce dát svým uživatelům.

R1: „...kteří trpí Alzheimerovou chorobou, je důležité, aby jim uměl člověk naslouchat. Oni si rádi povídají, vzpomínají.“

R3: „...na prvním místě trpělivost, ... dokázat toho člověka i pohladit, chytit za ruce, udržovat oční kontakt...“

R5: „...takovej ten přístup lidskej, ... dát jim co nejvíc, aby se cítili jako doma.“

Vedlejší výzkumná otázka č. 6 byla zodpovězena.

3.8 Shrnutí

Z provedeného výzkumného šetření v Domově se zvláštním režimem v Buchlovicích jsem získala zajímavé poznatky. Vybraní respondenti byli výborně informováni o Alzheimerově demenci a specifika práce a péče s ní spojené. Dále empatický, lidský a pozitivní přístup ke klientům i k práci, která je opravdu baví a mají k ní vztah.

Překvapivým poznatek je, že někteří zaměstnanci nejspíš neznají správný význam pojmu restriktivní opatření. Dva z pěti respondentů totiž odpověděli, že v zařízení využívají restriktivních opatření, ale podle uvedených opatření se jedná spíše o ochranné a bezpečnostní prvky proti klientově ublížení na zdraví.

Další vzdělávání probíhá v zařízení na kvalitní úrovni. Zaměstnanci absolvují nejenom povinné proškolení, ale mohou si vybírat z nabídek od vedení a také si sami hledat kurzy a školení, o které mají zájem. Dokonce zaměstnanci projevují velký zájem o další vzdělávání, chtějí se neustále vzdělávat a tím i zkvalitňovat svou práci, být neustále aktuálně informováni a učit se novým věcem.

Zařízení nabízí svým uživatelům širokou nabídku aktivizačních činností. Klienti, kteří ještě zvládají být mobilní, si mohou dokonce i vybírat aktivizace, o které mají zájem a mohou se zapojovat do dění a chodu zařízení. U zhoršených stavů Alzheimerovi demence se klientům vybere vhodná aktivizace, aby se předešlo zhoršení zdravotního stavu klienta. Aktivizace probíhá i mimo oddělení domova se zvláštním režimem, zaměstnanci absolvují s klienty i procházky do centra na zmrzlinu. Aktivizace probíhá v zařízení celý den. Nejenom v přesně vymezený čas, ale jak již bylo zmíněno, kdo zvládá, se může kdykoliv zapojit do nějaké aktivity nebo činnosti. Rodinní příslušníci dokonce projevují zájem o zapojení do aktivizačních činností, s čímž jsem se ještě nesetkala.

ZÁVĚR

Při vypracování teoretické části jsem čerpala z odborné literatury, která je co možná nejvíce aktuální. Charakterizovala jsem Alzheimerovu chorobu, možnou léčbu tohoto onemocnění i sociální služby pro tyto klienty, kterými jsou domovy se zvláštním režimem a personál, který pečuje o klienty.

K vypracování praktické části mé práce jsem navštívila Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem v Buchlovicích, kde jsem se snažila pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jak vlastně probíhá institucionální péče o klienty trpící Alzheimerovou chorobou. Zjišťovala jsem informace týkající se aktivizačních činností, celkové péči o tyto klienty, jak probíhá, kdo jakou práci s uživatelem vykonává, jak probíhá další vzdělávání zaměstnanců, aby byli aktuálně informováni o této nemoci. Velmi mne překvapila ochota zaměstnanců k rozhovorům a přístup celého zařízení k provedení výzkumu. Byli velmi vstřícní a všichni neustále pozitivně naladěni i přes spoustu práce a starostí, které sebou práce v pobytovém zařízení nese.

Z výzkumu jsem tedy zjistila, že aktivizace klientů probíhá nejenom v určený čas, ale po celý den. Uživatelé mají možnost se zapojovat do dění oddělení a zaměstnanci aktivizují klienty i mimo své oddělení různými vycházkami a společenskými akcemi mimo domova se zvláštním režimem. Dále také odlišné vnímání pojmu restriktivní opatření mezi zaměstnanci.

Z toho plyne, že institucionální péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou probíhá konkrétně v tomto pobytovém zařízení na velmi kvalitní úrovni. Systém péče o klienty v pobytových zařízeních se neustále posouvá v před, snaží se těmto osobám zajistit co nejlepší možnou péči a i rozšířit výběr možností, jak neztratit kontakt se společností a cítit se v těchto institucích co nejvíce, jako doma. Myslím si totiž, že dnešní domovy se zvláštním režimem vykazují minimální nebo žádné rysy Goffmanových „totálních institucí“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BICKOVÁ, Lucie, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [2] BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.
- [3] CALLONE, Patricia R., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2471314-4.
- [5] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
- [6] HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- [7] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [8] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [9] HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ, 1999. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9797-4.
- [10] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [11] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
- [12] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [13] JŮN, Hynek a Kateřina BALICKÁ, c2012. *Terapie problémového chování a fyzické restriktce*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy. ISBN 978-808-7690-116.

- [14] LA TOURELLE, Maggie, 2016. *Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby*. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-308-4.
- [15] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8700-0.
- [16] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, 2012. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
- [19] MPSV, 2013. *Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-057-0.
- [20] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- [21] RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 1999. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton. Levou zadní. ISBN 80-858-7598-5.
- [22] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [23] VAVRUŠOVÁ, Lívia. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012, 180 s. ISBN 978-80-8063-382-0.
- [24] ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [25] *Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezující pohyb osob*[online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučeny_postup.pdf
- [26] *Totální instituce* [online], [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Tot%C3%A1ln%C3%AD_instituce

- [27] *MPSV: Sociální služby - způsoby pomoci [online]. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>*
- [28] *MPSV: Domovy se zvláštním režimem [online], [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>*

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD	Alzheimerova choroba
DZR	Domov se zvláštním režimem
s.	Strana
tzn.	To znamená
PSS	Pracovník sociálních služeb
BPSD	Behaviorální a psychologické poruchy
CNS	Centrální nervová soustava
APP	Amyloidový prekurzorový protein
VaD	Vaskulární demence
EKG	Elektrokardiograf – elektronické vyšetření srdce
EEG	Elektroencefalogram – vyšetření elektrické mozkové aktivity
MMSE	Mini-Mental State Examination
CT	Computer Tomograph – počítačový tomograf
aj.	A jiné
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
kol.	Kolektiv
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Proces plánování – shrnutí (Hauke, 2011, s. 114).....	28
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Složky účastníci se procesu diagnostiky demence</i> (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 25).....	16
Tabulka 2 <i>Poruchy paměti a řeči u AN</i> (Pidrman, 2007, s. 39)	17
Tabulka 3 <i>NINCDS – ADRDA kritéria pro klinickou diagnózu AD</i> (Pidrman, 2007, s. 38-39)	17
Tabulka 4 Identifikační údaje o respondentech.....	36
Tabulka 5 Kategorie a kódy	36

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Transkripce rozhovoru.....	55
Příloha č. 2 DS a DZR Buchlovice	60
Příloha č. 3 Reminiscenční místnost DS a DZR Buchlovice.....	62
Příloha č.4 Žádost o umístění do zařízení Domova se zvláštním režimem v Buchlovicích.....	64

Příloha č. 1 Transkripce rozhovoru

Student: Dobrý den, jmenuji se Michaela Dvouletá a jsem studentkou třetího ročníku oboru sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati. Povedu s Vámi rozhovor na téma mé bakalářské práce „Institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou“. Na začátku rozhovoru bych se Vás zeptala, zda souhlasíte s audio záznamem z našeho rozhovoru?

Respondent: *Ano.*

Student: Jaká jsou specifika péče o osoby s AD?

Respondent: *Tady je nejdůležitější asi individuální přístup ke každému tomu uživateli. My máme uživatele, takže uživatelé.*

Student: V čem vnímáte náročnost práce s těmito klienty?

Respondent: *Um, je tady velice náročná taková ta fyzická, ale i psychická zátěž s tím, že musíte přemýšlet nad tím individuálním přístupem, že u každého se ta demence projevuje jinak. No a potom ta náročnost, že vlastně jak kdyby za ně všechno děláte. Myslíte za ně a dáváte to do práce, uvádíte to do práce.*

Student: Co Vás motivuje k práci s těmito osobami?

Respondent: *Asi takovou největší odměnou je jejich spokojenost na oddělení. Oni to možná nedokážou vyjádřit, ale člověk to pozná, že vlastně ten jejich denní režim je takovej, jak má být, že se sami najedí, tak to je pro mě taková ta motivace, že se někteří posunou někam dál, jak byli.*

Student: Máte zkušenosti v péči o klienty netrpící touto chorobou?

Respondent: *Ano.*

Student: A v čem nacházíte rozdíl v péči o tyto klienty, kteří trpí AD a klienty, kteří ní netrpí?

Respondent: *Vlastně ty co netrpí, mají obyčejnou demenci, tak to jsou většinou senioři, který vlastně nějakým tím stárnutím, nastává v nich ten postup demence. A ta Alzheimerova demence je to, že se to může projevit i lidí, který mají nižší věkovou kategorii a tím je potom taková ta náročnější, ta služba, nebo poskytování té služby, se to odvíjí. Že ten uživatel je vlastně, nebo pacient je jakoby mladý svým způsobem.*

Student: Popište prosím, jak probíhá Váš den na oddělení.

Respondent: *Můj den na oddělení? Tak jestli to mám začít, tak je to vlastně předáním služby, určit si vlastně, co se ten daný den bude dělat, vyhodnotit třeba když mě předávají vlastně pečovatelky, co s kterým uživatelem je, tak vyhodnotit vlastně, jestli se s ním půjde k lékaři a jak se nastaví nějaká ta zdravotní péče. Začíná to od ranního podání léku, podání inzulínu, vlastně až po nějakou tu péči, doprovod tech uživatelů k doktorovi, vlastně mluvit tam za ně, nebo předávat nějaký ty příznaky paní doktorce. Léčba, podání medikace, vlastně oprava tech medikací a taková ta samostatná péče, kdy já jim vlastně ty léky podávám, polohuju je, pomáhám, předám vlastně aj připustím nějaký ty informace.*

Student: Využíváte ve Vašem zařízení restriktivní opatření?

Respondent: *Ne, nevyužíváme.*

Student: Jakým způsobem probíhá další vzdělávání ve Vašem zařízení?

Respondent: *Formou různých seminářů. Buď to si vybíráme sami z jakýchsi různých takových datových databází, anebo přes vedoucí sestru, která nám nějaký ty školení nabízí a my se do toho přihlašujeme.*

Student: Jmenujte prosím důvody, pro které se vzděláváte.

Respondent: *Tak vzdělávám se, protože doufám, že se někde něco víc přiučím už jenom jako vlastně té mé profesi, jak pracovat o ty lidi, že se seznámím s něčím novým nebo s nějakým novým postupem, anebo naopak, že se třeba v rámci toho školení, v rámci debaty předáme zkušenosti z tech z našich vlastně kolektivů, nebo z té naší kategorie tech uživatelů.*

Student: Jak hodnotíte přínos kurzu, který jste v minulosti absolvovali?

Respondent: *Já třeba jsem hodně kurzů absolvovala ohledně Alzheimerovi demence a hodnotím ho pozitivně, protože na některých kurzech jsme se dozvěděli nové poznatky a na některých jsme předali třeba naše a to člověka tak nějak motivuje, že jsou zařízení, který jakoby potřebují se vzdělávat dál a my jim ty vlastně poskytujeme třeba my to tak děláme a oni to tak nedělají.*

Student: Jakou formu vzdělávání upřednostňujete?

Respondent: *Spíš formou tech kurzů nebo takových tech debat, kdy je jak kdyby miň posluchačů, že se tam víc rozvine ta debata nebo takový to ty rozhovory se tam víc vedou, než když je to nějaký školení pro sto padesát lidí, takovou menší jak kdyby tou skupinou pracování. To je pro mě lepší.*

Student: Jaké vnímáte překážky ve vzdělávání?

Respondent: *No, tak je to většinou čas. Taková ta náročnost časová, ale jinak bych řekla, že žádné. Jako ty finance a tak to si vždy člověk, když to chce, tak si to stejně zaplatí, protože to má ten význam.*

Student: Jaké aktivizační činnosti poskytujete ve Vašem zařízení?

Respondent: *Aktivizační, těch máme hodně. Je to aktivizace buďto na procvičování paměti, nebo jemné motoriky, nebo té hrubé motoriky. Od, že učíme uživatele nebo vlastně necháváme je v tom jejich pohybu od chození až po různý od nějakých hraních her až po procvičování té paměti. Máme jich prostě spoustu.*

Student: Jakým způsobem se uživatelé podílí na výběru aktivizační činnosti?

Respondent: *Většinou si sami řeknou, nebo taková menší skupinka si jich sama řekne, anebo je jim vlastně nabídnuto za ten den, co se s nima bude dělat a oni se můžou rozhodnout, jestli to navštíví nebo ne. Nejsou většinou nuceni, pokud je to uživatel, který se nedokáže vyjádřit, tak tam je ta bazální stimulace, nebo poslech nějaké hudby, nebo povídky a vlastně je to na tom personálu, že to rozpozná, že ten uživatel to nechce.*

Student: V jakém čase probíhá aktivizace klientů?

Respondent: *Většinou je to dopoledne, dopoledne jsou takové ty náročnější, trénink paměti nebo ta jemná motorika a odpoledne je to spíš zaměřeno na takový ten odpočinkovej, odpočinkovou aktivizaci, takže třeba mini kavárnička anebo ta relaxační místnost, anebo vycházky, kde si u toho ten uživatel i odpočine.*

Student: Kde probíhají aktivizační činnosti?

Respondent: *My, u nás je to na oddělení buďto v tech relaxačních místnostech, pak tady máme takovou menší tělocvičnu, takovou opolstrovanou, kde máme balóny, na kterých se dá cvičit, podložky a potom je to v jídelně. Anebo čistě může i individuální nějaká aktivizační činnost a ta je prováděna na pokoji.*

Student: Jakým způsobem se plánují aktivizační činnosti?

Respondent: *Plánují se podle denního rozvrhu a podle toho, jakou má na oddělení nebo jakou máme vlastně přístupnost té věkové nebo té seniorské skupiny. Pokud jsou to ti uživatelé, stane se, že nám třeba oddělení zestárne a ti uživatelé nejsou tak spolupracující, tak se to vlastně rozhoduje nebo řídí se to podle toho, podle jejich stavu. A podle toho, jak chtěou,*

řídí se to i vlastně jestli je to zimní nebo letní období, že v létě jsou ty aktivizační činnosti vykonávány venku a chodí se s něma hodně ven, aj mezi lidi, aby se dostali do kontaktu vlastně s jinýma lidma, jak jsou tady na oddělení a v zimě je to vlastně, že se to spíš jak kdyby stimuluje do toho, tady do toho pobytu na tom v tom zařízení.

Student: Kdo vykonává aktivizační činnosti?

Respondent: *Jsou to většinou všichni, vlastně pečovatelky, který na oddělení jsou, zdravotní sestry, kdo k tomu má nějaký vztah, kdo je k tomu proškolenej, nebo kdo to prostě chce dělat. Dokonce se nám nabízeli i různý jak kdyby, zapojej se tady do té aktivizační činnosti i rodinní příslušníci.*

Student: Jaká je odbornost vykonavatelů aktivizačních činností?

Respondent: *Většinou mají odbornost, pokud vím, tak buďto maj jenom výuční list, nebo středoškolské vzdělání s tím, že třeba prošli nějakýma tema, tady tema aktivizačníma kurzama. Vzdělávacíma.*

Student: Probíhá aktivizace i mimo Vaše zařízení?

Respondent: *Pokud' je to třeba návštěva různých společenských akcí, kde oni se vlastně zapojí do zpívání, do vytleskávání a rytmu, tak ano. Navštěvujeme s něma.*

Student: A jakým způsobem zjišťujete spokojenost uživatelů s aktivizačními činnostmi?

Respondent: *No buďto úplně obyčejně formou otázky, nebo člověk vidí, že ten uživatel je spokojenej, že se cítí dobře, že se při té příležitosti chová úplně normálně, jakože se napije, pojí si, zatleská, reaguje prostě pozitivně. Je to i ve výrazu v tváři.*

Student: Jak hodnotíte současný systém péče o klienta v pobytových zařízeních?

Respondent: *Já si myslím, že teď se to hodně změnilo, myslím si, že k lepšímu. Že ti uživatelé už to není to, že i když se stanou imobilním, že jenom leží na pokoji a jak se dřív říkalo, dívají se do zdi, nebo do stropu, že teď se opravdu snažej, jsou k tomu i ty vhodný pomůcky, že se můžou vysadit na ten kočárek a vlastně i ty imobilní uživatelé mají takovej ten svůj denní režim, že jsou vlastně vysazeni na ten kočárek a můžou jít ven, můžou jít do společenské místnosti, že nejsou jenom na tom pokoji. Myslím, že se to velice zlepšilo. Záleží samozřejmě i na vedení, ale myslím si, že je to všude o tom a že se to hodně zlepšilo.*

Student: V čem vidíte ty přínosy, podle Vás?

Respondent: *Přínosy? Tak přínos je určitě v tom, že máme velký pořadník (smích), že máme asi furt plno, že o tu službu je zájem a je to možná je to hlavně anebo myslím si, že to aj dané tím, že existujou různé ty webový stránky, kde my vlastně popisujeme, co nabízíme, co s tema klientama děláme, kam se až dostanou, jak co můžou všechno navštívit a že to je i pro ně takovej ten motivační „vyberu si tady to zařízení, protože nezůstanu tam jenom sedět, ale možná mě to ještě na sklonku života posune někam dál“. To si myslím, že jo.*

Student: A jaká vnímáte úskali tohoto systému?

Respondent: *Úskali? Úskali jsou vždycky takový ty finance, no. Finance a taková ta někdy možná nepochopení, nepochopení z nějakých tech vyšších řad, že neocení a možná neocení té práce. Nevážení si možná toho seniora u někoho.*

Student: A jaké metody nebo techniky se Vám při práci osvědčily?

Respondent: *Při naší práci? Tak jsou to zas metody techniky.. Je to takový ten vlastní, takovej ten přístup lidskej, to je asi to nejdůležitější, protože to, pokud to ten člověk má, tak mu to jde potom samo. Prostě to chtít dělat, samozřejmě potom nějaký ty znalosti ze školy tak, ale hlavně je to ten přístup lidskej a chtít to prostě dělat, pracovat s tema lidma, dát jim co nejvíc, aby se cítili jako doma.*

Student: Uhm, mockrát Vám děkuji za Váš čas.

Respondent: *Není zač.*

Příloha č. 2 DS a DZR Buchlovice





Zdroj: <https://www.facebook.com/DsADzrBuchlovice/>

Příloha č. 3 Reminiscenční místnost DS a DZR Buchlovice





Zdroj: <https://www.facebook.com/DsADzrBuchlovice/>



SOCIÁLNÍ SLUŽBY
U h e r s k é H r a d i š t ě

Podací razítko

Ž Á D O S T o poskytnutí sociální služby

Název zařízení sociálních služeb (uveďte název požadovaného zařízení sociálních služeb)

.....

O jaký druh sociální služby má žadatel/ka zájem? (označte křížkem)

domov pro seniory

domov se zvláštním režimem

1. Žadatel

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

.....PSC.....

Kontaktní adresa (v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště):

.....PSC.....

Telefon:

Příspěvek na péči: ano / ne

2. Opatrovník (je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti)

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon/E- mail:

.....

3. Další kontaktní osoby

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon/E- mail:

.....

.....

4. Potřeby a očekávání žadatele o sociální službu

.....
.....

5. Prohlášení žadatele (opatrovníka)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Byl/a jsem informován/a o rozsahu, účelu a způsobu zpracování mých osobních údajů formou Zásad ochrany osobních údajů a jejich zpracování. Plné znění zásad naleznete ZDE

.....

datum

podpis žadatele

podpis opatrovníka

6. Vyjádření poradní komise zařízení sociálních služeb o vhodnosti přijetí žadatele dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

.....

.....

datum

podpis vedoucího zařízení

podpis členů poradní komise

Přílohy žádosti:

- kopie rozsudku o omezení ve svéprávnosti (*byl/a-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti*)
- kopie usnesení o ustanovení opatrovníka + kopie Listiny o ustanovení opatrovníka (*byl-li opatrovník ustanoven*)
- odborné psychiatrické vyšetření (*povinná příloha pouze u žádostí na Domov se zvláštním režimem*)

**Lékařský posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu
zájemce o využívání pobytové sociální služby**

Tento tiskopis není formulář pro Lékařský posudek

Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zájemce o poskytnutí pobytové služby povinen předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

Dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Lékařský posudek je v kompetenci registrujícího lékaře, který posudek vydává, dle zákona č. 373/2011 Sb., §41, 42 o specifických zdravotních službách

Posudková péče a lékařské posudky § 41

Součástí posudkové péče je posuzování :

- b) zdravotní způsobilosti pro potřebu a na žádost správních orgánů nebo jiných orgánů v případech stanovených jinými právními předpisy,

§ 42

(1) Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti nebo o zdravotním stavu (dále jen „lékařský posudek“) vydává poskytovatel na žádost pacienta, který je posuzovanou osobou, nebo jiné k tomu oprávněné osoby po posouzení zdravotní způsobilosti, popřípadě zdravotního stavu posuzované osoby, posuzujícím lékařem, a to na základě zhodnocení

- a) výsledků lékařské prohlídky a dalších potřebných odborných vyšetření (dále jen „lékařská prohlídka“),

b) výpisu ze zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě jejím registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „registrující poskytovatel“), je-li posuzovaná osoba u takového poskytovatele registrována, nebo jde-li o posuzovanou osobu, o jejímž zdravotním stavu je vedena zdravotnická dokumentace na území jiného státu, též na základě výpisu z této dokumentace, ke kterému je přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka; úředně ověřený překlad se nepředkládá k výpisu ze zdravotnické dokumentace vedené ve slovenském jazyce; výpis ze zdravotnické dokumentace si může posuzující lékař vyžádat prostřednictvím posuzované osoby.