

Podpora osob s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem

Barbora Drcmanová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Drcmanová**

Osobní číslo: **H13785**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Podpora osob s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální a zdravotní podpory, Alzheimerovy choroby a sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního šetření metodou strukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARKER, Sue a Michele BOARD. Dementia care in nursing. London: Sage/Learning Matters, 2012, 176 p. ISBN 978-0-85725-804-1.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada Publishing, 2007, 192 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

16. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlině dne 16. prosince 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka 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 24.2.2016

..... Demanová

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 nevdělečně 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 nahlášení 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, užití-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 užit 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá podporou osob s Alzheimerovou chorobou v Domovech se zvláštním režimem. Teoretická část práce popisuje Alzheimerovu chorobu, charakteristiku onemocnění a změny, které důsledkem nemoci nastávají. V práci jsou také popsány potřeby osob s touto nemocí a sociální služba, která je této cílové skupině poskytována.

Praktická část práce se zabývá výzkumem, který byl zaměřen na personál pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou v zařízení. Výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů a cílem bylo zmapovat názory personálu týkající se sociální podpory klientů.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, potřeby osob, Domov se zvláštním režimem.

ABSTRACT

This thesis is about the assistance of people suffering under the Alzheimer disease in homes with special care. The theoretical part describes the Alzheimer disease, its characteristics and the changes resulting from the disease. The Thesis also describes the needs of people with this disease and the social service which is provided to this target group.

The practical part deals with the research, which was aimed at the staff who cares about people with Alzheimer's disease in the facility. The research was conducted through semi-structured interviews and the aim was to map the opinion of the staff on the social assistance of the clients.

Keywords: Alzheimer's disease, people's needs, homes with special care.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení práce, užitečné rady, poskytnutí cenných informací a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych také ráda poděkovala paní ředitelce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. a celému Ústavu zdravotnických věd za předání informací a cenných rad během celého studia.

Mé poděkování patří také respondentům z Domova se zvláštním režimem - Strom života a Kopretina za poskytnutí rozhovorů, jejich ochotu a vstřícnost při realizaci výzkumného šetření.

Prohlášení:

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	12
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.1.1 Změny v mozku dle Pidrmana.....	12
1.2 ZMĚNY V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ	13
1.3 STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	15
1.4 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY.....	16
1.5 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.6 LÉČBA	19
1.6.1 Farmakologická léčba.....	19
1.6.2 Nefarmakologická léčba.....	20
1.7 POTŘEBY OSOB S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	20
1.7.1 Biologické potřeby	21
1.7.2 Sociální a psychické potřeby	23
1.7.3 Spirituální potřeby.....	24
1.8 PŘÍSTUP K OSOBĚ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	25
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBA PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	27
2.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	27
2.1.1 Cílová kategorie	28
2.1.2 Nabídka služeb a profesní obsazení	28
2.1.3 Žádost o umístění v zařízení	31
2.1.4 Standardy kvality, individuální plánování a role klíčového pracovníka	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	35
3.1 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA SBĚRU DAT	35
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	35
3.3 BANKA OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	36
3.4 LIMITACE RESPONDENTŮ	36
3.5 DESIGN VÝZKUMU	37
4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT VÝZKUMU	38
4.1 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	38
5 DISKUZE	54
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	62
SEZNAM TABULEK.....	63
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

Alzheimerova choroba je v posledních letech považována za jednu z nejčastějších nemocí. Je zřejmé, že v dnešní době v důsledku stárnoucí populace přibývá i osob s tímto degenerativním onemocněním, které postihuje stále více seniorů nad šedesát pět let. Bohužel se ale také zvýšil nárůst osob mladších šedesáti let. Jednomu z blízkých členů mé rodiny se toto onemocnění nevyhnulo a i přes snahu celé rodiny byl umístěn ve specializovaném zařízení, kde je mu poskytnuta nepřetržitá a potřebná péče. Právě osobní zkušenost byla jedním z důvodů, proč jsem si vybrala při zpracování bakalářské práce právě toto téma a tuto cílovou skupinu. Dle mého názoru je velmi důležitá péče a podpora poskytovaná ze strany rodiny, případně i personálu zařízení, ve kterém je osoba s Alzheimerovou chorobou umístěna. I přesto, že se člověk vlivem nemoci může doslova změnit před očima rodiny nebo personálu, je velmi nutné, aby byl i nadále respektován a vnímán jako lidská bytost se všemi biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami, které má.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola popisuje Alzheimerovu chorobu. Zaměřuje se na charakteristiku onemocnění, léčbu, příznaky, rizikové faktory, změny související s nemocí, ale také potřeby a přístup k osobám s Alzheimerovou chorobou. Druhá kapitola pak specifikuje sociální službu zaměřenou na danou cílovou skupinu, podmínky pro přijetí, nabídku služeb, standardy kvality, individuální plán i roli klíčového pracovníka.

Praktická část práce byla provedena metodou kvalitativního výzkumu a technikou polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány s pěti respondenty z řad personálu. Výzkum probíhal v Domovech se zvláštním režimem Strom života, který se nachází v Kroměříži a v Domově Kopretina, který sídlí v Holešově. V praktické části bakalářské práce jsem se soustředila na zjištění, jaká sociální podpora je poskytována osobám s Alzheimerovou chorobou, kteří se stali uživateli Domova se zvláštním režimem a to hlavně ze strany personálu, ale také rodinných příslušníků. Dále mě zajímalo, zda mají klienti s touto diagnózou nějaká specifická práva, potřeby a jaká podpora je poskytnuta v oblasti zachování autonomie. Zaměřila jsem se také na druhy a využití aktivizace při práci s cílovou skupinou, která může ovlivnit stav klienta. V neposlední řadě jsem chtěla také zjistit, zda má personál nějaké návrhy, jak zdokonalit holistickou péči v zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence. Toto onemocnění bylo popsáno v roce 1906 – 1907 Aloisem Alzheimerem, který byl německým neuropatologem. (Buijsen, 2006, s. 14)

První pacientkou na světě, u níž byla diagnostikována Alzheimerova choroba, byla 51. letá kuchařka Augusta Deterová. Paní Augusta, postupem čtyř let přišla vlivem této nemoci „doslova o duši“. (Koukolík, 2014, s. 105)

Název tohoto onemocnění je nejpravděpodobněji díky vlivu nejvýznamnějšího psychiatra dob a to Emila Kraepelina. Alzheimerova choroba by mohla mít název Fischerova, který shodnou nemoc popsal již pře Aloisem Alzheimerem. Dalším názvem by mohla být Perusiniova choroba, který ač na podnět Aloise Alzheimerera popsal čtyři případy a Alois Alzheimer měl v tutéž dobu popsaný pouze jeden. (Koukolík, 2014, s. 109)

Roku 1968 britští patologové objevili, že ACH není vzácná choroba, ale to, co se v dřívějších letech pojmenovávalo jako senilita. (Glenner, 2012, s. 19)

1.1 Charakteristika onemocnění

Alzheimerova choroba je neurologická porucha. Nemoc ničí mozkové buňky, které jsou důležité pro život. V důsledku onemocnění dochází k zhoršení psychických i fyzických schopností nemocného. (Glenner, 2012, s. 18)

Podobné změny jako při stárnutí probíhají při Alzheimerově chorobě. Snižuje se hmotnost a také objem mozku, ztenčuje se mozková kůra a rozšiřují se mozkové komory. (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 27)

1.1.1 Změny v mozku dle Pidrmana

Alzheimerova choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Nejdůležitější extracelulární změnou, která je patologická, je ukládání beta-amyloidu. Tyto beta-amyloidy vytvářejí shluky a kolem nich vznikají další degenerativní procesy. Takto vznikají útvary s názvem Alzheimerovské plaky. Jaké je množství plaků, takové je funkční postižení. Fragmenty amyloidového prekurzorového proteinu (dále jen APP) tvoří beta-amyloid. V mozku je APP štěpen alfa- sekretázou na fragmenty, ty se nazývají beta-peptid. Při onemocnění ACH dochází k štěpení APP na jiném místě, což je patologické. Vytvářejí se tak

nerozpustné fragmenty a vzniká tak beta-amyloid, který je základem plaků. Mezi nejzávažnější intracelulární změnu pak patří degenerace tau-proteinu. Jedná se o bílkovinu spojenou s neuronálními vlákny. Vlákna tau-proteinu jsou zkracována, což vede k jejich nefunkčnosti. Tyto dva hlavní procesy spouští jiné, další degenerativní procesy. V místě, kde jsou plaky, vznikají sterilní záněty. Postupně dojde k zapojení gliových elementů, mikroglie se přemění do makrofágů. Dochází k uvolnění cytokininů a hlavní význam má uvolnění interleukinu 1. Aktivuje se zánětlivý enzym cytooxygenázy k syntéze prostaglandinu. Zvyšuje se uvolnění excitační aminokyseliny. Tyto kyseliny se navážou na receptory otvírající iontové kanálky. Tímto způsobem dojde ke zvýšení vstupu kalciových iontů do neuronů a aktivují se tak další enzymy, to vede k nestabilnímu vnitřnímu prostředí neuronů. Následkem je zaktivování apoptických mechanismů a úmrtí neuronů. Dalším důležitým činitelem u Alzheimerovy choroby je větší množství volných kyslíkových radikálů. Pokud jsou uvolněny nadměrně, tedy je jich větší množství centrální nervová soustava takové množství neodbourá a radikály pak vyvolají reakce, které nejsou žádoucí.

Při degeneraci dojde i ke snížení metabolismu v neuronech. Toto lze dokázat pozitronovou emisní tomografií a jednofotonovou emisní počítačovou tomografií. Topograficky nejvíce postiženou je oblast nukleus basalis Meynerti. Další poškozenou oblastí je oblast hipokampů. U neuromediátorových systémů je zasažen hlavně systém cholinergní. Dochází k poruše v oblasti syntézy, uvolňování i zpětného vstupu, kdy se vrací cholin do neuronu. Při Alzheimerově chorobě je nalezen deficit enzymu cholinacetyltransferázy, který syntetizuje acetylcholin z acetylkoenzymu A a z cholinu. Acetylcholin je pak odbouráván v synaptické štěrbině a to za fyziologických podmínek acetylcholinesterázou. (Pidrman, 2007, s. 42)

1.2 Změny v důsledku onemocnění

„...nebo si představte, že se probudíte a nebudete schopni mluvit nebo že to, co řeknete, nebude to, co jste chtěli říct. Nebo že vám slova, která uslyšíte, budou připadat, jako by byla v cizím jazyce.“ (Altmann in Neubauer, 2007, s. 11)

Alzheimerova choroba se často vyvíjí plíživě, pomalu a trvale postupuje. Postupem času se mohou projevit změny téměř ve všech oblastech. (Pidrman, 2007, s. 35)

- Poruchy paměti – problémy nastávají při vybavování si nedávných událostí. Časté jsou také různé ztráty předmětů. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91) Nejvíce je poškozena porucha zapamatování si něco nového. Zatímco krátkodobá paměť je postižena nejdříve, dlouhodobá paměť je poměrně dlouho nenarušena. (Pidrman, 2007, s. 37)
- Poruchy s orientací v místě a čase – nastávají problémy se zorientovat v místě, kde se člověk nachází a také času. Často si klient plete den a noc. Mnohdy se neorientuje ani ve známém, rodinném prostředí. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91)
- Poruchy motorické – jedná se o problémy spojené s výkonem nejjednodušších, základních činností jako je například odemknutí dveří nebo nalití sklenice vody. Důležité u této poruchy je, že člověk může činnost udělat, ale neví jak. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91)
- Poruchy poznávání předmětů a lidí – choroba má negativní dopad na poznávání. Mění se zrakové, sluchové i hmatové poznávání. (Koukolík, 2014, s. 113-114) Neschopnost rozeznat to, co člověk vnímá je častým příznakem. Postupem času člověk nerozezná ani vlastní obraz v zrcadle. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91)
- Poruchy řeči – poškození nebo ztráta řeči, schopnost mluvit. Časté je opakování slov a vět. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91) Řeč je obsahově chudá a opakuje se. V řeči se objevuje ulpívání na jedné myšlence, která se stále vrací. V pozdní fázi Alzheimerovy choroby dochází k mutismu, tedy němotě. (Pidrman, 2007, s. 37) Mohou nastat problémy v porozumění a také ve čtení a psaní. Člověk není schopen rozpoznat písmena nebo neví, jak se píše. (Neubauer, 2007, s. 61)
- Poruchy chování – mezi příznaky patří ztráta zájmu o činnosti a celkové dění. Člověk je stále více uzavřený do sebe a má sklony k depresím. Projevem je i bezcílné chození například na toaletu nebo obracení jednoho listu papíru. Další jsou náhlé změny nálad, agresivita, smutná nálada, nezájem. Mohou se projevat bludy a halucinace. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91) Citový život osob s tímto onemocněním se také změní stejně jako řídicí funkce. Pro člověka bude obtížné se rozhodovat, jednat morálně nebo nějakým způsobem ovládat vůli,

v citové oblasti postupně nedokáže ovládat emoce nebo dávat najevo své city. (Koukolík, 2014, s. 114)

- Poruchy v každodenních činnostech – na počátku se objevují problémy v plnění profesních činností, postupem času nastanou problémy i v těch nejběžnějších činnostech. V posledním stádiu je nemocný odkázán na pomoc druhých. (Hauke, 2014, s. 22)
- Poruchy sociální – nemoc se projevuje poruchami kontaktu se společností. Pro člověka s chorobou je nejasná otázka, proč jsou sociální bytosti, proč není dobré být sobecký a z jakého důvodu jsou důležité kontakty a vztahy mezi ostatními. (Koukolík, 2014, s. 114) Chování může být pro mnohé nesrozumitelné. Stále klade stejné otázky, nepamatuje si blízkou minulost, ale tu vzdálenou si vybavuje poměrně jasně. Jeho chování je téměř vždy nepředvídatelné. (Buijssen, 2006, s. 19)

Lidé s chorobou se nejčastěji nezmění úplně a ve všem. Spokojení zůstanou spokojenými a nešťastní nešťastnými. Mnozí z nich jsou někde mezi tím. Nálada zůstává stejná, ale jiné rysy se mohou zvýraznit. Tyto změny a důsledky jsou však individuální a nemusí platit u všech. (Buijssen, 2006, s. 47)

1.3 Stadia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba má tři stadia. (Vavrušová, 2012, s. 18)

- První stadium je časně nebo také mírné. V tomto stadiu dochází k mírným a snadno přehlédnutelným příznakům jako je neschopnost zapamatovat si něco nového. Dezorientace, která je však pouze přechodná. Dále se mohou objevovat příznaky jako je apatie, deprese nebo úzkost. V této fázi je nemocný schopný se o sebe postarat a žít samostatně. (Vavrušová, 2012, s. 18)
- Druhé stadium je střední. Někdy lze toto období také označit jako syndrom rozvinuté demence. Druhé stadium je období, které je nejdelší a trvá od dvou do deseti let. Problémy, které se stávají častějšími, neumožňují vykonávat běžné každodenní činnosti. Nastávají výpadky paměti, pomoc při základních činnostech jako je hygiena, oblékání, vyprazdňování. Častější je i neorientování v čase a prostoru. Obvyklé je, že si lidé s Alzheimerovou chorobou pletou přítomnost s minulostí nebo nepoznají jim známá místa, což může vést k bloudění a toulá-

ní. Dalším příznakem jsou problémy v řeči a její zhoršení. Celkově jsou v tomto stadiu patrné změny v chování mnohdy také bludy a halucinace. Nemocný už velmi často potřebuje pomoc druhého. (Vaňková, Jarolímová, 2009, s. 35-37)

- Poslední, tedy třetí fázi je stadium těžké, někdy také nazýváno jako hluboké. V této části dochází k závislosti nemocného na druhé osobě. Příznaky této fáze jsou ztráta paměti, porucha řeči, nerozeznávání osob, které jsou blízké a ani oblíbených a známých předmětů. Dále dochází k zhoršení fyzického stavu, potížím při stravování což vede k podávání stravy od druhé osoby. Velmi časté je také neudržení moči a stolice. Mnozí lidé jsou upoutáni na lůžko a vyžadují nepřetržitou péči okolí. V této fázi nemoci jsou lidé s Alzheimerovou chorobou nejčastěji přijímáni do speciálních zařízení, protože se k Alzheimerově chorobě přidávají další nemoci, které se stávají velkým nebezpečím, ohrožují život a dostatečnou péči nelze vždy zajistit v domácím prostředí. (Vavrušová, 2012, s. 19)

U osoby s Alzheimerovou chorobou v terminálním stádiu je postižen onemocněním celý člověk. Lidé v tomto stadiu jsou závislí na nepřetržité pomoci okolí a ve většině případů jsou imobilní, inkontinentní, řeč je často omezená a často také ztratí osobní identitu. (Vaňková, Jarolímová, 2009, s. 39)

1.4 Příčiny a rizikové faktory

Dříve byly uváděny různé příčiny, které se snažili vysvětlit, proč se nemoc objevuje. Jedno z velmi populárních vysvětlení bylo, že je mozek zasažen virem. Další uvádí otravu hliníkem, který byl v pitné vodě, nebo by mohla být příčinou chemická látka neurotransmitter acetylcholin, který má význam při správné funkci mozku. (Buijssen, 2006, s. 18) Jiní specialisté považují za příčinu proteinové shluky, cukrovku, infekční nemoci nebo záněty. (Stolze, 2014, s. 7)

Z toho všeho tedy vyplývá jednoznačně jen jedno, a to že přesná příčina není známa. (Buijssen, 2006, s. 18)

Vyšší riziko onemocnění mají lidé starší nad 65 let a také ženy, které onemocní 3krát častěji než muži. (Koukolík, 2014, s. 105) Velký vliv hrají také genetické faktory, tedy pokud má někdo z nejbližších příbuzných toto onemocnění, zvyšuje se riziko, že jej bude mít někdo další v rodině. Dalším rizikovým faktorem je i dřívější poranění lebky a také u těch, kteří mají dlouhodobě zvýšený krevní tlak. (Buijssen, 2006, s. 18)

1.5 Diagnostika onemocnění

Diagnostikovat Alzheimerovu chorobu správně a včas je velmi důležité pro zahájení farmakoterapie a zachování současného stavu. Stále však zůstává pravdou, že od doby, kdy se objeví první příznaky až po dobu, než osoba vyhledá lékařskou pomoc, uplyne mnoho měsíců. (Holmerová a Jarolímová, 2009, s. 30)

Alzheimerova choroba se stanovuje na základě anamnézy, laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod, testů a šalovacích metod. Dodnes však neexistuje metoda, která chorobu jednoznačně určí, takže diagnóza je stanovena pouze s vysokou pravděpodobností. (Vavrušová, 2012, s. 19)

Při anamnéze je pozornost zaměřena především na paměť, úsudek a další příznaky, které s touto nemocí bývají spojeny. Nejlepší ze způsobů vyšetření je, pokud si nemocný neuvědomuje, že je vyšetřován. Málo kdo, je rád vyšetřován. Většina lidí dá raději přednost příjemnému povídání si s lékařem. Při anamnéze se může lékař zaměřit na formulaci a opakování vět, hledání vhodných slov nebo také srozumitelnost odpovědí. Lékař věnuje pozornost i běžným údajům o pacientovi, ale i rodině. Jestliže dochází k výpadkům paměti, může tuto skutečnost sdělit sám nemocný nebo rodina. (Kučerová, 2006, s. 17-18)

Pokud chce lékař zjistit diagnózu, je nutné provést laboratorní vyšetření, které vyloučí nemoci, projevující se změnami kognitivních funkcí jako je například diabetes mellitus nebo dehydratace. (Lužný, 2012, s. 48)

Mezi využívané zobrazovací a elektrofyziologické metody lze zařadit: výpočetní tomografii (CT), která slouží hlavně k vyloučení organických změn na mozku. Další metodou je jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT), která zobrazuje průtok krve v mozku. Pozitronová emisní tomografie (PET) slouží k vyšetření změn v metabolismu mozku. Nukleární magnetická rezonance (MRI) stejně jako CT zkoumá morfologii mozku. (Jirák et al., 2013, s. 29-35)

Elektroencefalografie (EEG) vyšetření, při kterém se snímají bioelektrické potenciály z povrchu hlavy. Toto vyšetření je vhodné provádět v počátcích nemoci, kdy je větší schopnost spolupráce. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 33)

Na diagnostiku demencí byly vytvořeny testy, které jsou často používány při odhalování nemoci. Mezi nejčastěji používaný se řadí Mini-Mental State Examination (viz příloha č.

4), který testuje kognitivní funkce. Nejvyšší počet bodů v tomto testu je 30. Pokud je výkon do 27 bodů, jedná se o normální výkon. Rozmezí bodů 21-22 je hodnocené jako lehká demence, 10-12 bodů jako střední demence a pokud je počet bodů nižší než deset, jedná se o demenci těžkou. (Vavrušová, 2012, s. 19)

Dalším používaným testem je test hodin (viz příloha č. 5). Při tomto testu klient kreslí ciferník hodin, který má všechna čísla a ručičky, které by měly ukazovat na určitý čas. V případě nutnosti je vhodné zopakovat pokyny, ale je nevyžádané razení. Vyhodnocuje se nakreslený ciferník, pořadí a umístění čísel, zakreslení a nastavení ručiček. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 50)

Sedmičkový test je krátký a rychlý. O to náročnější pak je provedení. V tomto testu se jedná o to, že klient odečítá číslo 7 od 100. Pokud nerad počítá, může mu být zadán úkol jako je vyhláskování slova pozpátku nebo vyjmenování měsíců pozpátku. (Bartoš a Jirák, 2013, s. 50)

Používán je také paměťový test učení, kdy jsou přečtena slova, kterých je 15. Po přečtení si je má klient vybavit. Důležité je sledovat, zda klient přidá slovo, které v seznamu není nebo zda některé ze slov zamění. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 40)

Další testovanou oblastí je škála deprese pro geriatrické pacienty (viz příloha č. 6). Někdy se tento test také nazývá dotazník nálady. Je více různých testů, ale nejčastěji je používána varianta s 15 otázkami. Klient vyjadřuje odpovědi pomocí slov ano a ne. U klienta je důležité, aby byl test MMSE vyhodnocen přibližně počtem 20 bodů, jinak není výsledek škály deprese platný, jelikož je porušena paměť nebo nedošlo k porozumění otázkám. (Bartoš a Jirák, 2013, s. 66)

Posledním testem, který bych ráda uvedla je Trail Making test, který se zdá být velmi jednoduchý. Klient má v tomto testu spojovat čísla od 1 do 25 v části A nebo čísla a písmena v části B. Hlavně část B je u Alzheimerovy choroby oslabena a velký problém je při spojování pozornosti z jedné části do druhé. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 43)

Že se jednoznačně jedná o Alzheimerovu chorobu lze jistě určit až po smrti. (Vavrušková, 2012, s. 20)

1.6 Léčba

Léčba Alzheimerovy choroby by měla být komplexní. Terapie by se měla dotýkat úpravy životosprávy, vyvarování stresujících situací, pravidelné užívání léků, vitamínů, dostatek tekutin i stravy a také psychiatrická rehabilitace. (Kučerová, 2006, s. 97) Pokud je léčba zahájena včas, průběh Alzheimerovy choroby lze alespoň částečně oddálit a zpomalit. (Neubauer, 2007, s. 62) Jelikož však není známa příčina nemoci, nemůže být známá ani léčba, která by vedla k úplnému uzdravení. (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 213) Mnozí lidé se právě z důvodu, že není znám lék na tuto nemoc, Alzheimerovy choroby a jiných typů demence obávají. (Barker a Board, 2012, s. 101)

1.6.1 Farmakologická léčba

Farmakoterapii lze rozdělit na farmakoterapii kognitivní, která ovlivňuje kognitivní funkce, které byly postiženy a farmakoterapii nekognitivní, která ovlivňuje behaviorální a psychologické příznaky, které nemoc způsobuje. (Vavrušková, 2012, s. 20)

- Farmakoterapie kognitivní – jako první do této skupiny lze zařadit kognitiva ovlivňující systém cholinergní inhibitory mozkových acetyl – i butyrylcholin- esteráz. Látky jsou využívány především u lehkých a středních typů demence. Mezi nejpoužívanější léky z této skupiny se řadí Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. Tato léčba je z větší části hrazena zdravotními pojišťovnami, pokud se hodnota testu MMSE dostane do rozmezí 20-13 bodů. Druhou skupinou jsou antagonisté NMDA- glutamátových receptorů. Tyto léky působí na glutamátový neurotransmiterový systém. Z této skupiny je používán zatím jen lék Memantin, který bývá velmi dobře tolerován. Léčba Memantinem je hrazena zdravotními pojišťovnami při hodnotě testu MMSE v rozmezí 17-6 bodů. Tyto dvě skupiny léků lze kombinovat. (Lužný, 2012, s. 51)
- Farmakoterapie nekognitivní – při poruchách spánku se používají hypnotika jako je Hypnogen a Stilnox. Při paranoidních a halucinatorních syndromech jsou podávány léky z řad neuroleptik jako je Risperidon, Melperon nebo například Haloperidol. Pokud je klient s Alzheimerovou chorobou depresivní jsou podávány antidepresiva, která nemají výrazné vedlejší účinky jako je Dibenzepin, Mianserin nebo Viloxazin. Při přidružené úzkosti jsou indikovány nejčastěji neuroleptika v menších dávkách. Příkladem může být lék Tiaprid nebo Sulpamid. (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 219-224)

1.6.2 Nefarmakologická léčba

Do nefarmakologické léčby lze zařadit psychiatrickou rehabilitaci. Pokud hovoříme o psychiatrické rehabilitaci, lze do ní zahrnout mnoho technik, které vedou k zamezení nebo alespoň zpomalení úbytku stávajících schopností. (Kučerová, 2006, s. 101)

Dle Kučerové (2006, s. 101-102) lze psychiatrickou rehabilitaci rozdělit do pěti oblastí a to:

1. Fyzikální terapie, kam řadíme vodoléčbu, elektroléčbu, fototerapii nebo masáže.
2. Sport.
3. Pracovní terapie.
4. Uměleckovýchovnou terapii, kam řadíme arteterapii, biblioterapii nebo muzikoterapii.
5. Terapie rekreační a zábavná, kam řadíme vycházky, výlety, různé exkurze, divadlo nebo kino.

Všechny z těchto forem nefarmakologické terapie, lze využívat u lidí s Alzheimerovou chorobou. Je však nutné přizpůsobit se zdravotnímu i duševnímu stavu. U imobilních a nekomunikujících klientů je velmi důležitá neverbální komunikace ve formě hlazení, držení za ruku. I přesto, že je člověk imobilní a nekomunikující vnímá, a proto mohou být předčítány knihy nebo vyprávěny různé příběhy. (Kučerová, 2006, s. 102)

Pokud není prováděna aktivní psychiatrická terapie, což znamená, že je osoba pasivní a nečinná, nemusí přinášet farmakologická léčba očekávané výsledky. (Neubauer, 2007, s. 62)

1.7 Potřeby osob s Alzheimerovou chorobou

Potřeby a jejich uspokojení nebo neuspokojení vede k ovlivnění psychické činnosti jedince. Potřeby jsou individuální a projevují se u každé osoby jinak. (Příbyl, 2015, s. 31)

Pokud již člověk není samostatný, což znamená, že nezvládá běžné úkony, jako je nakoupit si jídlo, užívat léky, dodržovat hygienu, vypínat vařiče, dojít si na toaletu, přivolat pomoc v případě potřeby nebo se obléknout, je třeba vyhledat pomoc a péči. (Kučerová, 2006, s. 19)

Péče a uspokojování potřeb u osob s Alzheimerovou chorobou zůstává postupem času na partnerovi, rodinných příslušnících nebo personálu v zařízení. Úkolem pečovatелů je zajistit potřeby u člověka, který ztrácí paměť, trpí v mnoha případech inkontinencí a také není

žádnou výjimkou, pokud dostane záchvaty vzteku nebo nepřiměřeného chování, které často nedává smysl. Někdy se stává, že nemocní nepoznávají partnery, děti ani blízké osoby. (Stuart -Hamilton, 1999, s. 178)

1.7.1 Biologické potřeby

Do biologických potřeb lze zařadit vše, co si naše tělo žádá - tedy tekutiny, stravu, vyprazdňování, dýchání, spánek, odpočinek a pohyb. (Příbyl, 2015, s. 32) U osob s Alzheimerovou chorobou, jsou častým problémem poruchy stravování. Obtíže mohou nastat při příjmu potravy, což může vést k tomu, že se strava stane nevyváženou a následkem mohou být zdravotní potíže. Vhodná a vyvážená strava vede k dobrému stavu pokožky i svalů, vytváření energie, správnému fungování imunitního systému, zvládání stresových situací a také k prevenci dekubitů. Při podávání stravy je důležité, aby jídlo vypadalo chutně. Osobě s ACH nepomáhá nikdo v okolí s jídlem víc, než je potřebné. Pokud není potřebné jídlo speciálně krájet nebo upravit, necháme jej tak, jak byl klient zvyklý. Důležité je, že člověk není v místnosti sám a pokud nastane problém například v dávení, je v okolí člověk, který zasáhne. Je dobré dávat vhodné a jednoduché pokyny, které klientovi radí, co má dělat. Pokud osoba s ACH neví, co je k jídlu, je dobré název připomenout a během jídla jej opakovat stejně tak, jako to, že má kousat a polykat. (Glenner, 2012, s. 92) Velmi důležité při příjmu potravy je také stav dutiny ústní. Pokud má člověk problémy s náhradním chrupem, bolestmi dásní nebo jiné potíže, jedná se o problém, který se musí řešit, jelikož ohrožuje klienta nepříjemným pocitem spojeným s příjmem potravy. (Pidrman, 2007, s. 158)

Neméně důležitý je i pitný režim. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou nemají často pocit žízně, což může vést k dehydrataci. Nemocní často zapomínají pít a neustálé pobízení k napití je důležité nejen v letních měsících. (Kučerová, 2006, s. 21) Pokud jsou podávány tekutiny, je vhodné zkontrolovat jejich teploty, aby nedošlo k opaření. Lepší je podávat nápoje v nádobách s uchem, které jsou lehčí než v těžkých sklenicích, manipulace s takovou nádobou je obtížná a člověk je více odkázaný na pomoc druhého. (Glenner, 2012, s. 93)

Lidské tělo prochází změnami orgánovými i stravovacími, a proto bývá častým problémem obstipace. Vhodná strava a dodržování pitného režimu tomuto problému může alespoň z části předcházet. (Pidrman, 2007, s. 158)

U osob s touto nemocí je důležité dbát na spánek. Během dne by mělo být umožněno odpočívání na posteli, ale pravý spánek by měl být až v noci. Nemoc narušuje soustředění a vůli, což vede k tomu, že se nemocným nechce nic dělat. (Kučerová, 2006, s. 98)

Spánek a odpočinek je velmi důležitý k udržení psychického i fyzického zdraví. Člověk, který je nemocný má potřebu spánku a odpočinku větší než člověk, který je zdravý. U osob s Alzheimerovou chorobou je nejčastější porucha spánku hypersomnie, tedy nadměrné spaní přes den, které způsobuje nespavost v noci. Vhodné je, aby klient s Alzheimerovou chorobou měl pravidelný režim. Takový režim může spočívat v tom, že se přes den věnuje vhodným aktivitám a omezí se spaní během celého dne například jen na poobědový odpočinek. (Vaňková, Jarolímová, 2009, s. 75)

Neméně důležitá je i oblast hygieny, péče o vzhled a oblékání. Pokud již člověk nezvládne hygienu sám ani s dohledem druhé osoby, může se stát koupel velmi nepříjemnou situací. Lidé s Alzheimerovou chorobou, nedovedou rychle zpracovat více podnětů najednou, a proto je vhodné říkat, co se právě děje. Velmi důležité je při hygieně zachování intimity, alespoň dle možností. I přesto, že má člověk nějakou nemoc, je důležité a velmi významné, aby měl pocit, že má jako člověk nějakou hodnotu. Co se týká hygieny, měl by mít klient denně umytý obličej, ruce, podpaží, genitální a anální oblast. Celková koupel je pak nutná nejméně jednou týdně. Když je to alespoň trochu možné, měly by být zachovány rituály, na které byl nemocný během života zvyklý, není dobré jej při nemoci měnit. Vhodné je sledovat stav kůže a předcházet proleženinám, které mohou vznikat, pokud je narušena integrita kůže. Péče o vzhled, jako je česání, manikúra nebo nanášení různých krémů, ať už na obličej nebo na tělo, nebývají velkým problémem a pro mnoho lidí jsou tyto úkony spíše příjemné. Problémové a komplikované mohou být činnosti, jako je péče o zuby nebo holení. U těchto činností působí více vzruchů najednou, které nemusí být vždy příjemné. Pokud je volena správná motivace a uklidnění, stávají se tyto činnosti lépe zvládnutelné. (Glennner, 2012, s. 94-101)

Problémy mohou nastat i v oblasti vyprazdňování. Pokud je to ještě možné, druhá osoba se snaží připomínat potřebu dojit na toaletu, která je dobře přístupná a jsou v místnosti umístěny pomůcky, které usnadňují orientaci a pohyb na toaletě. Je dobré, pokud na toaletě není velké množství toaletního papíru, koš na odpadky, který je vedle toalety, je odsunut na jiné místo, aby nedošlo k tomu, že se člověk bude muset rozhodovat, co je mísa a kam potřebu vykoná. Při vyprazdňování je dobré připomínat, co se k čemu používá. Někdy se může stát,

že se nemocný splete a použije například místo toaletního papíru ručník nebo žínku. Při rozhovoru o vyprazdňování jsou volena stejná slova, jako používá nemocný. Další změnou v životě je inkontinence. Inkontinence ať moči nebo stolice, vede k nepříjemným situacím a člověk s Alzheimerovou chorobou se může cítit trapně a méněcenně. Inkontinence, tedy neudržení moči nebo stolice může mít mnohé příčiny, mezi které patří i demence a Alzheimerova choroba. Zpočátku může být inkontinence jen občasným problémem, ale postupem času většinou přejde v trvalý stav. Je důležité všimnout si signálů, které mohou naznačovat potřebu vyprázdnění. (Glennner, 2012, s. 101-105)

Nedostatečné uspokojení biologických potřeb vede ke stresu, tělesnému utrpení a chátrání. (Příbyl, 2015, s. 74)

1.7.2 Sociální a psychické potřeby

Velmi důležité jsou i psychosociální potřeby, které mají významný podíl při tělesném zdraví a motivaci k životu. (Dvořáčková, 2012, s. 45) Do psychických a sociálních potřeb lze zahrnout potřebu bezpečí, jistoty, respekt vůči osobě, důvěru, pocit že je milován, ale také že on sám miluje. (Příbyl, 2015, s. 32)

Pro kvalitu života osob s Alzheimerovou chorobou je velmi důležitá potřeba psychického bezpečí, která je popisována hlavně jako pocit jistoty. Pokud jsou všechny potřeby uspokojovány, výsledkem je právě pocit jistoty a vnitřní pohody. (Příbyl, 2015, s. 75) Pokud se osoba ve svém prostředí nevyzná, může se jí jevit svět jako nevypočitatelný. Prostředí, které vytváří pocit bezpečí je pak takové, ve kterém se nenachází nic neočekávaného a vše, co osoba potřebuje je viditelné a snadno dostupné. (Zgola, 2003, s. 70)

Potřeba seberealizace u nemocných často zaniká, ale je vhodné člověka ubezpečit, že se mu velmi věcí povedlo a mnohé v životě dokázal.

Potřebu sebeúcty posiluje u nemocných Alzheimerovou chorobou hlavně okolí tím, že dává nemocnému najevo, že se o něj rádo stará a není na obtíž. Důležité je dbát na klientovo soukromí. (Šamánková, 2011, s. 36)

Velmi důležitá je také potřeba mít věci pod kontrolou, pokud tomu tak není, může se objevovat vzdorovité až agresivní chování. Jde o kontrolu nad vlastním tělem, majetkem nebo osobním prostorem. Pokud člověku tato kontrola není umožňována, je jisté že se začne bránit a bojovat. Je vhodné umožnit osobě s Alzheimerovou chorobou, aby se aktivně podí-

lela na všech činnostech a mohla mít tak kontrolu nad svým tělem, svými věcmi i svým prostorem. (Zgola, 2003, s. 71)

Potřeba lásky je naplňována ze strany rodiny, přátel a partnera. Tato potřeba může být naplňována i ze strany personálu v podobě sympatií, vstřícnosti, laskavosti, empatií a také porozuměním a pochopením. I tyto projevy lze považovat za určitou formu lásky. (Šamánková, 2011, s. 20)

Každý člověk je tvor společenský, a proto je dobré, pokud je osoba s Alzheimerovou chorobou součástí společnosti, ve které žije. I tito lidé mají potřebu někam patřit a je důležité, aby měli své místo ve společnosti. (Příbyl, 2015, s. 76) To, že někam patříme, máme nějakou sociální roli ať v rodině, zaměstnání nebo mezi přáteli znamená, že jsme sociálně začlenění. Alzheimerova choroba může být důvodem sociální izolace. Vždy je důležité nebránit sociálním kontaktům a umožňovat návštěvy a shledání jak mezi rodinou, tak mezi vrstevníky. (Zgola, 2003, s. 71) Určitou formou sociální potřeby je také chápání člověka holisticky, tedy vnímání všech jeho složek osobnosti a pochopení jeho potřeb v takovém rozsahu, na jaký je zvyklý a jaký potřebuje. (Šamánková, 2011, s. 21)

Jestli je zachován sluch a zrak, je dobré pokud mohou sledovat televizi, číst knihy nebo poslouchat rádio. Alespoň tímto člověk neztrácí přehled o dění ve společnosti a je tak alespoň v rámci možností její součástí. V letních měsících jsou vhodné pobyty na zahradě, ať doma nebo ve speciálním zařízení. (Kučerová, 2006, s. 98)

I přesto, že člověk je osoba sociální a potřebuje kontakt s okolím, je stejně důležitý i klid a soukromí, které alespoň z části zabrání velkému množství podnětů z okolí, které mohou být zatěžující a nežádoucí. Snaha předcházet prázdnotě a pocitu vyloučení je velmi důležitá. (Hauke, 2014, s. 11-12)

1.7.3 Spirituální potřeby

Domněnkou v řadách personálu, ale i laické společnosti často bývá, že spirituální potřeby může mít pouze člověk věřící, což je omyl. Do duchovních potřeb lze zařadit potřebu smyslu života nebo potřebu odpuštění. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má nějaký smysl. (Příbyl, 2015, s. 32)

Většina lidí podle svých hodnot v něco věří. Může to být víra v lásku, Boha, dobro, někoho druhého nebo sebe samého. Jednou z možností, jak uspokojit spirituální neboli duchovní

potřeby je duchovní služba, kterou může poskytnout kdokoli, kterému nemocný důvěřuje. Tato služba může být poskytována nejen nemocným, ale také jeho rodině, přátelům a blízkým. Duchovní služba může mít různé formy, kam lze zařadit individuální, skupinovou komunikaci, různé letáky, korespondenci nebo také doprovázení na poslední cestě životem. Duchovní služba chrání hodnotu každého jedince, snaží se pomoci v obtížné životní situaci a ochraňuje ty, kteří se cítí bezmocní. Duchovní služba není za žádných okolností vnučována. (Krátká, 2007, s. 37-39)

1.8 Přístup k osobě s Alzheimerovou chorobou

Každá bytost má svůj životní příběh složený z příjemných i nepříjemných prožitků a proto je nutné nevnímat osobu pouze jako tělesnou schránku, ale vnímat člověka celistvě. (Dvořáčková, 2012, s. 45) Život ani péče o člověka s Alzheimerovou chorobou není nic jednoduchého. (Buijsen, 2006, s. 19) Komunikace i přístup je úspěšnější, pokud jsou dodržována určitá pravidla a zásady. (Minibergerová, 2006, s. 53)

Při komunikaci s nemocným se snažíme přizpůsobit prostředí tak, aby nemocného nerozptylovalo. Důležité je správné a vhodné oslovení, které může pomoci navodit atmosféru a vhodně motivovat při činnostech. Řeč by měla být dostatečně hlasitá, pomalá, klidná a především volena tak, aby osoba s ACH rozuměla sdělovanému obsahu. Povzbuzením a zájmem dáváme najevo svou přítomnost a naslouchání. V případě, že pacient něčemu nerozuměl, lze použít jinou formulaci případně ukázat obsah sdělovaných slov na příkladu. Stejně jako je důležitá verbální komunikace, tedy řeč, je důležitá i komunikace neverbální. Přístup a komunikaci vždy přizpůsobujeme zdravotnímu i psychickému stavu. Nikdy člověka s ACH neponižujeme a nezesměšňujeme. (Janáčková a Weiss, 2008, s. 131-132) Přístup k osobě by měl být individuální. Důležitý je také empatický a taktní přístup. (Zacharová, 2007, s. 100) Bez ohledu na chování, jej vždy považujeme za sobě rovného. Toto chování lze nazvat bezpodmínečným přijetím. O osobě s Alzheimerovou chorobou nikdy nemluvíme jako by u rozhovoru nebyl nebo jako s malým dítětem. (Glenner, 2012, s. 44) Je vhodné, pokud jsou minimalizovány záporné věty, kritika a otázky, které začínají slovem „proč“. Taková otázka může vést k pocitu zahanbení, jelikož klient nebude schopen odpovědi. (Glenner, 2012, s. 45)

Člověk s Alzheimerovou chorobou potřebuje také jako ostatní lidé osobní prostor, který by mu měl být jak doma, tak ve speciálním zařízení ponechán. V tomto prostoru mohou být

umístěny fotografie, vzpomínkové a blízké předměty. Pokud to je jen trochu možné, měla by být zachována nezávislost osoby s onemocněním. Znamená to tedy, že jej necháme vykonávat činnosti a úkony i s tím rizikem, že budou udělány špatně. Velký vliv na psychický i fyzický stav má také stimulace, ať už k jednoduchým úkonům, verbální komunikaci nebo poslechu hudby. Člověk by se neměl stát izolovaným od společnosti, a proto je důležité udělat vše pro to, aby se cítil součástí okolí. (Minibergerová, 2006, s. 55)

Pokud se objevuje problémové chování, může to být například jen v některé části bytu, kde se necítí osoba s ACH bezpečně nebo také v cizím prostředí. Problémové chování se projevuje nejčastěji, když je člověk unavený, tedy v pozdějších hodinách. Tato tendence k problémovému chování je nazývána „sundowning“, tedy západ slunce. Mezi projevy patří úzkost, neklid, nechutenství k vykonávání jakýchkoli činností. Dalším projevem je také, že chce osoba domů i přesto, že již doma je. (Glennner, 2012, s. 56)

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBA PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Sociální služba je pomoc, kterou poskytují pracovníci proto, aby pomohli člověku, který je v situaci pro něj nestandardní. Znamená to, že je omezen v běžném životě a vykonávání činností, které pro něj dříve byly samozřejmé a nepředstavovaly žádný problém. Omezení je často způsobeno zdravotním stavem. Sociální služby se snaží umožnit člověku návrat do jeho běžného způsobu života. Tyto služby pomáhají v zachování soběstačnosti a také životního stylu. (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 180)

Mnohdy nastane chvíle, kdy rodina již dál nemůže poskytovat pomoc, kterou člověk s Alzheimerovou chorobou potřebuje a jedinou možností je umístit člověka do Domova pro seniory. Není však pravdou, že lidé jsou umísťováni do domovů klidně již v počátečních stádiích nemoci. V mnoha případech je toto rozhodnutí to nejtěžší, jaké může rodina udělat a často rodinné příslušníky postihuje pocit viny. (Buijssen, 2005, s. 125) Využíváním sociálních služeb je zasahováno do života člověka, který potřebuje pomoc. Sociální služby zajišťují spokojenost, usnadnění života a také naplňování potřeb jedince. (Pacovský, 1990, s. 95)

2.1 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je název celoročního pobytového zařízení pro klienty, kteří potřebují vzhledem ke svému onemocnění specificky přizpůsobené služby tedy „zvláštní režim“. (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 189)

Situace a stav osob v Domově se zvláštním režimem vyžaduje pomoc druhé osoby. Režim je zcela přizpůsoben potřebám osob umístěných v zařízení. Před rokem 2007 byla tato služba součástí Domovů pro seniory, kde byly zařízeny speciální lůžka nebo celá oddělení. Tato lůžka nebo oddělení byla využita, pokud osoba potřebovala zvýšenou zdravotní péči. (Horecký, 2011, s. 216)

Domovy se zvláštním režimem fungují téměř stejně jako domovy pro seniory. Největší z rozdílů je v tom, že v DZR je vše uzpůsobeno pohybu. Znamená to především, že v Domově se zvláštním režimem je možné za přesně stanovených podmínek omezit volný pohyb a tím tak zajistit dostatečnou bezpečnost. Tato opatření jsou prováděna vždy kvůli bezpečnosti klienta. (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 189)

2.1.1 Cílová kategorie

Podle zákona 108/2006 Sb. se v Domovech se zvláštním režimem poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu vlivu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. (Horecký, 2011, s. 216)

Uživatelé Domova se zvláštním režimem potřebují specifické podmínky pro bezpečný a plnohodnotný život, je tedy jen málo pravděpodobné, že budou přijati do Domova pro seniory, který jim tyto podmínky nemůže poskytnout. (Malíková, 2011, s. 46)

2.1.2 Nabídka služeb a profesní obsazení

V Domově se zvláštním režimem je zajištěno ubytování, vhodná strava podle dietního systému, uspokojování základních potřeb, ale také aktivity, které směřují k zachování co největší soběstačnosti a podpoře nefarmakologické léčby. (Habrcetlová in Holmerová, 2014, s. 189)

Mezi nabízené aktivity lze zařadit: arteterapii, ergoterapii, zooterapii, muzikoterapii, biblioterapii, reminiscenční terapii, validační terapii, bazální stimulace a snoezelen. (Hrolczerová a Dvořáčková, 2013, s. 34)

- Arteterapie – používá výtvarné umění jako prostředek k sebevyjádření. Výsledná díla nemusí být a často ani nebývají vizuálně dokonalé. Při této aktivizaci lze využít více technik, jako je například malba nebo modelování. Cílem arteterapie je uvolnění, vyjádření emocí a také možnost využít vlastní fantazii. Arteterapie má i význam sociální a to hlavně pokud se tato aktivita provádí ve skupině. (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 51)
- Ergoterapie – i u osob s Alzheimerovou chorobou je využívána ergoterapie tedy léčba prací. Jedná se o smysluplnou činnost, která může vést alespoň z části k udržení psychického i fyzického stavu klienta což je i cílem této aktivity. U žen může být tato činnost realizována například formou různého vaření nebo pečení, samozřejmě za pomoci personálu. Muži se pak mohou zapojit a pomoci něco vyrábět nebo opravovat. (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 39)
- Zooterapie – zvíře je často považováno za nejlepšího a často také jediného přítele člověka. Zvíře může být vhodným prostředkem k navázání kontaktu

s klientem a právě díky zvířeti může klient začít komunikovat. Zvíře také může snižovat pocit stresu, může odstraňovat únavu, hlazení zvířete procvičuje také jemnou motoriku klienta. Dle druhu zvířete, které se využívá při terapii, je možné zooterapii rozdělit na několik skupin. Hipoterapie uplatňuje vliv koně. Canisterapie je terapie pomocí psa a felinoterapie pomocí kočky. Terapie, při které se využívá delfin má název delfinoterapie. Dalším druhem může být lamaterapie, což je terapie pomocí lam. Insektoterapie pak používá hmyz, ornitoterapie využívá ptáky a caviaterapie používá při terapii morčata. (Klech in Müller, 2014, s. 449-452)

- Muzikoterapie – nebo také terapie hudbou, jak je tato aktivita často nazývána, využívá rytmický zvuk hudby k relaxaci, komunikaci nebo jen navození pohody a lepší atmosféry. Muzikoterapie má více možností a forem. Mezi ty základní lze zařadit poslech hudby, zpěv nebo jen pohyb ve znění hudby. Hudba může snížit vnímání bolesti, zlepšit náladu, snížit krevní tlak a také uvolnit svaly celého těla. (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 40-41)
- Reminiscenční terapie – reminiscencí bývá označován rozhovor pracovníka se seniorem nebo skupinou seniorů. Tento rozhovor je o dřívějším životě, činnostech, které měl rád, situacích, které prožil, a zkušenostech, které získal. Při této aktivizaci bývají často používány různé pomůcky, které pomohou vrátit se myšlenkami zpět a umožní tak vzpomínání a vybavení si minulosti. Tato terapie by měla být určitým způsobem strukturovaná, ale i spontánní. (Janečková a Vacková, 2010, s. 21-22) Cílem této aktivity je stimulace kognitivních funkcí, vytvoření pohody, sociální začlenění, ale také možnost pro sebevyjádření. (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 65-66)
- Snoezelen – je metodou a zároveň i místností sloužící ke smyslové stimulaci. Snoezelen je multisenzorická místnost, která by měla vést ke stimulaci a aktivaci smyslů, ale také by měla být místem, kde se dá relaxovat. Snoezelen je místo, které je klidné a eliminuje ruch okolí. Vybavení se může lišit, ale neměla by v této místnosti chybět vodní postel, pohodlné křeslo, polštářky, hudební aparatura a také předměty stimulující smysly. V místnosti bývají různá světla a zrcadla, se kterými se dá vhodně pracovat. Snoezelen je místem, kde se dají provádět

i další aktivity, jako je biblioterapie, muzikoterapie nebo bazální stimulace. (Müller, 2014, s. 73)

- Validace – validační terapie je o uznání člověka. Při validaci je nutné vědět, jak se člověk cítí, přijmout tyto pocity a reagovat na ně. (Barker a Board, 2012, s. 136) Terapie je určena pro přístup k lidem s demencí. Vypracovala ji Naomi Feilová a obsahuje ucelenou škálu prvků, jak přistupovat k lidem s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence. Je to určitá filozofie přístupu a neměla by být pouze naučenou technikou. Velký vliv při validaci má empatie, tedy vcítění se do druhého. Podstatou této terapie je to, že každé chování má svou příčinu. Základem pro tuto terapii je hodnotit emocionální příčiny a přijmout je. Ve výsledku to tedy znamená, že uznáme osobnost člověka s demencí. (Malíková, 2011, s. 239-240) Validace má za cíl obnovit sebeúctu, snížit stres, vyřešit konflikty z minulosti, zlepšit komunikaci, zvýšit kvalitu života a může také pomoci k vybudování vztahu, který je založen na důvěře. (Procházková in Malíková, 2011, s. 240)
- Biblioterapie – metoda biblioterapie využívá hlavně psaný text. Termín vznikl spojením řeckých slov kniha a léčit. Léčba knihou je využívána téměř u všech skupin klientů a lze ji realizovat jak individuálně tak skupinově. Upřednostňují se knihy s kladným koncem a do biblioterapie nespadá jen samotná četba knih, ale také například psaní osobních deníků. (Svoboda in Müller, 2014, s. 198-201)
- Bazální stimulace – tato metoda podporuje lidské vnímání v té nejzákladnější rovině. Základním prvkem této stimulace je pohyb, komunikace a vnímání. Lidem, kteří mají v některé z těchto oblastí potíže, nabízí bazální stimulace podporu. Jedná se o cílenou stimulaci smyslových orgánů, kterou lze uvést činnost mozku do pohybu a tím také podpořit vnímání, komunikaci i pohyblivost. Bazální stimulace se přizpůsobuje stavu i věku klienta. (Friedlová, 2007, s. 19)

Při práci je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který je tvořen z mnoha profesí, kterými jsou: sociální pracovníci, všeobecné sestry, zdravotničtí pracovníci, aktivizační pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pracovníci provozního úseku kam spadají kuchařky, údržbáři, uklízečky, pradleny, švadleny. Lidé, kteří do zařízení dochází, ať už je to duchovní nebo asistenti vykonávající canisterapii a jiné doplňující aktivity spadají také do tohoto týmu. (Dvořáčková, 2012, s. 87)

2.1.3 Žádost o umístění v zařízení

Zájemce, tedy žadatel o službu a umístění v zařízení podává vyplněnou žádost, ke které přiloží potřebné dokumenty a doklady. Tato žádost bývá nejčastěji přístupná běžně na internetových stránkách zařízení nebo přímo v konkrétním domově. (Malíková, 2011, s. 65)

Žadatel musí dle zákona o sociálních službách splňovat určité podmínky a to:

- Žadatel má sníženou soběstačnost v důsledku duševního onemocnění, které je chronické - ne pouze akutní a potřebuje nepřetržitou pomoc druhé osoby.
- Žadatel trpí Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence se sníženou soběstačností a situace vyžaduje pomoc druhé osoby. (Malíková, 2011, s. 65)

Důležitým faktorem, který hraje významnou roli, je sociální šetření s žadatelem o službu. Sociální šetření provádí sociální pracovník v místě, kde se nachází žadatel. Nejčastěji probíhá v domě žadatele, léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrických nemocnicích nebo domovech pro seniory. U tohoto šetření může být přítomna rodina nebo blízký člověk, který může pomoci při získávání informací o žadateli. Sociální pracovník při šetření zjišťuje, jaká je míra soběstačnosti a orientace ve známém a blízkém prostředí uživatele. Šetření probíhá metodou pozorování a rozhovoru. Je vhodné, pokud se tohoto šetření účastní dva sociální pracovníci nebo klíčový a sociální pracovník. Tito pracovníci se mohou po skočení předat své dojmy a zhodnotit, jak na ně žadatel působil. Výstupem z tohoto šetření je vytvoření písemného záznamu. (Chloupková, 2013, s. 55-66)

Je možné, že poskytovatel nemá volné místo, a proto i pokud žadatel bude splňovat všechny podmínky, nebude možné jej do zařízení přijmout. Pokud však není naplněna kapacita zařízení a žadatel splňuje všechny stanovené podmínky, nic přijetí nebrání. (Chloupková, 2013, s. 52)

Pokud je žadatel do zařízení přijímán, je u toho přítomen personál, který se bude o klienta starat. Je možné, aby za ním chodil v průběhu aklimatizace na nové prostředí, protože první den pro něj bude vše nové a je zbytečné jej vystavovat dalšímu stresu. Při přijetí si vezme sociální pracovník vše důležité a potřebné doklady a také získá informace, které mohou pomoci při další práci s klientem. Je důležité, aby byly podepsány smlouvy a další formuláře nutné k přijetí. Je zakládána zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace a přidělen klíčový pracovník. Je nutné, aby byl uživatel seznámen s provozním řá-

dem, zařízením a spolubydlícím, se kterým sdílí pokoj. Všechno je prováděno s ohledem na celkový stav klienta. (Malíková, 2011, s. 79-80)

2.1.4 Standardy kvality, individuální plánování a role klíčového pracovníka

„Standardy kvality se staly právním předpisem závazným od 1. Ledna 2007. Kritéria standardů kvality jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.“ (Dvořáčková, 2013, s. 11)

Zvýšení kvality sociálních služeb podporuje Česká republika. Přístup k této oblasti zahrnuje deinstitutionalizaci sociálních služeb, podporu k vnitřním změnám i posílení v řadách zaměstnanců. (Dvořáčková, 2013 s. 11)

Standardy kvality mají za cíl zvýšit úroveň a kvalitu služeb, dokázat ochránit práva a svobodu uživatelů, podpořit rovný, plnohodnotný život a také jedinečnost každého člověka. (Dvořáčková, 2013, s. 11) Dále standardy pomáhají při vytváření a dodržování kritérií u plateb za služby, náplně a realizaci vykonávaných činností, postup při podání stížnosti, zajištění služeb a mnoho dalších. (Malíková, 2011, s. 50-51) Standardy kvality si rozpracovává poskytovatel, podle druhu vykonávané sociální služby a cílové skupiny. Rozdělení standardů je na tři podkategorie, kam patří procedurální standardy, které určují přesné poskytování služeb. Další podkategorií je personální, kam spadá personální obsazení. Poslední, tedy třetí je kategorie provozní, které určí podmínky služby, které vedou k rozvoji a také určité kvalitě. (Chloupková, 2013, s. 13-26)

Poskytovaná služba v Domově se zvláštním režimem je individuálně plánována a vyplývá z osobních cílů a potřeb uživatele. Individuální plánování zahrnuje plánování poskytovaných služeb, realizaci i zhodnocení stanovených cílů. (Dvořáčková, 2012, s. 93) Při rozhovoru zjišťuje klíčový pracovník jaké má uživatel potřeby, plány, rituály a ty se pak snaží společně celý tým naplňovat. (Chloupková, 2013, s. 21)

Klíčový pracovník je osoba, která se snaží naplňovat přání a potřeby klientů. Nejčastěji jsou klíčovými pracovníky lidé na pozici pracovníků v sociálních službách. Často také aktivizační pracovníci nejméně však zdravotnický personál, které má zcela jiné kompetence a povinnosti. Záleží však na zařízení, jaký bude systém v určení klíčových pracovníků. (Malíková, 2011, s. 162) Od uživatelů služby může být klíčový pracovník charakterizován jako

někdo, kdo si s uživatelem povídá, zajímá se o něho a o to, co má rád. Snaží se pomoci zvládnout s uživatelem problémové situace a vytvořit jeho plán. (Chloupková, 2013, s. 33)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části, která navazuje na část teoretickou, uvádím hlavní i dílčí výzkumné otázky, které jsou podstatné pro zpracování a vyhodnocení praktické části bakalářské práce. Předpokládala jsem, že se mi potřebné informace nutné k odpovědi na výzkumné otázky podaří lépe získat od respondentů na základě osobního přístupu, proto jsem se zaměřila na kvalitativní výzkum.

3.1 Výzkumná strategie a technika sběru dat

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum na rozdíl od výzkumu kvantitativního pracuje pouze s menším počtem respondentů. (Kutnohorská, 2008, s. 14) U kvalitativního výzkumu se respondenti vybírají na základě konceptu záměrného výběru. Záměrný způsob výběru je důležitý z důvodu, aby vybraní respondenti byli vhodní a měli potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Mohou tedy podat bohatý a pravdivý obraz o něm samém. (Gavora, 2000, s. 64) Pro výzkum byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru s jednotlivými respondenty z důvodu, že se jedná o nejběžnější způsob lidské komunikace. Při polostrukturovaném rozhovoru byly předem připraveny otázky, na které bylo možné reagovat a nějakým způsobem je doplňovat.

3.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Jaká sociální podpora je poskytována klientům s Alzheimerovou chorobou v Domovech se zvláštním režimem ze strany pracovníků a rodinných příslušníků?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Mají lidé s Alzheimerovou chorobou specifická práva a potřeby?
2. Jaká podpora je klientům poskytována v oblasti zachování autonomie?
3. Jaké druhy aktivizace jsou využívány a jak ovlivňují život klienta?
4. Jak by bylo možné zdokonalit holistickou péči v zařízení?

3.3 Banka otázek polostrukturovaného rozhovoru

1. Jak dlouho a na jaké pozici v zařízení pracujete?
2. Co je náplní vaší práce?
3. Myslíte si, že je důležité, aby s cílovou skupinou osob s Alzheimerovou chorobou pracoval jen proškolený a kvalifikovaný personál?
4. Pokud ano, proč?
5. Znáte Chartu práv osob s Alzheimerovou chorobou?
6. Pokud byste měli možnost vytvořit práva osob s Alzheimerovou chorobou, co by mezi ně patřilo?
7. Které specifické potřeby osob s Alzheimerovou chorobou považujete za důležité?
8. Jak se s těmito specifickými potřebami dál pracuje?
9. Je možné vhodnou aktivizací průběh onemocnění nějakým způsobem ovlivnit?
10. Jaké druhy aktivizace jsou využívány nejčastěji?
11. Co je dle vašeho názoru při aktivizaci nejdůležitější a přináší nejvíce výsledků?
12. Může dojít u této cílové skupiny k sociálnímu vyloučení?
13. Jak by takové vyloučení mohlo vypadat?
14. Jakým způsobem jsou zachovávány a podporovány sociální vazby?
15. Jak časté jsou v průměru návštěvy rodiny?
16. Jak časté návštěvy by byly dle vašeho názoru optimální?
17. Co je dle vašeho názoru nejdůležitější při přístupu k osobě s demencí?
18. Jakým způsobem je zachována autonomie klienta v zařízení?
19. Jak by bylo možné dle vašeho názoru zdokonalit celkovou holistickou péči ve vašem zařízení? (týkající se bio-psycho-sociální oblasti)
20. Chcete uvést ještě něco důležitého, nač jsem se neptala?

3.4 Limitace respondentů

Jako cílovou skupinu jsem si zvolila respondenty, kteří jsou zaměstnanci Domova se zvláštním režimem Strom života v Kroměříži a Domova se zvláštním režimem Kopretina v Holešově. Oslovila jsem celkem pět respondentů, kteří v zařízení pracují v rozmezí od 4 do 7 let. Respondenty jsem si vybrala z toho důvodu, že nejlépe ví, jak jsou podporováni klienti v zařízení, znají specifika práce s touto cílovou skupinou i jejich potřeby. Respon-

denty jsem z důvodu zachování anonymity označila R1, R2, R3, R4 a R5. Shodné označení bylo použito i při prezentaci výsledků.

3.5 Design výzkumu

Výzkum probíhal v Domově se zvláštním režimem Strom života, který se nachází v Kroměříži. Jedná se o pobytové zařízení, které funguje od června 2009. Celková kapacita zařízení je 54 lůžek a cílovou skupinou jsou osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Zřizovatelem zařízení je město Kroměříž. Během absolvování povinné praxe byli za pomoci vedoucí obslužné péče vybráni a osloveni respondenti, kteří mi poskytli rozhovor.

Druhé zařízení, kde byl realizován výzkum, se nachází v Holešově. Domov se zvláštním režimem Kopretina spadá pod Centrum pro seniory Holešov a DZR jsou zde vyhrazeny a přizpůsobeny dvě patra. Kapacita je 52 lůžek a cílovou skupinou jsou také osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Zřizovatelem zařízení je město Holešov. Během měsíce února byli vybráni a následně osloveni respondenti, se kterými byl proveden rozhovor. Respondenty byli vybráni s pomocí instruktorky sociální péče/ aktivizační pracovnice, která v Domově se zvláštním režimem pracuje od jeho otevření, tedy od ledna 2014.

Všechny rozhovory probíhaly přímo v zařízení, kde bylo dostatek soukromí, klidu a panovala příjemná atmosféra. Všichni oslovení respondenti byli bez sebemenšího problému ochotní odpovídat na mé otázky a pomohli mi tak odpovědět na výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, které byly stanoveny.

4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT VÝZKUMU

Pro zpracování polostrukturovaných rozhovorů byla použita sekundární analýza dat takzvaným kódováním. Zaznamenané rozhovory byly převedeny transkripcí do písemné podoby, dále byly kódovány a zpracovány analytickým a axiálním kódováním. Výsledky byly interpretovány pomocí tabulek a komentářů. Některé otázky jsem pro lepší ilustrativnost doplnila grafy.

4.1 Prezentace výsledků

Tabulka č. 1: Identifikační údaje (otázka č. 1)

R	Délka zaměstnání	Pozice
R1	5.5 roku	Instruktor sociální práce / aktivizační pracovníce
R2	7 let	Aktivizační a klíčová pracovníce
R3	7 let	Aktivizační a klíčový pracovník
R4	7 let	Klíčová pracovníce
R5	4 roky	Přímá obslužná péče
	Průměr 6,1	

Graf č. 1: Délka zaměstnání



Komentář:

Z identifikačních údajů můžeme vyčíst, že délka zaměstnání v zařízení je od čtyř do sedmi let. V průměru tedy 6,1 let. Dva z respondentů pracují jako aktivizační pracovníci a klíčoví pracovníci. Další respondent vykonává práci aktivizačního pracovníka. Jeden z respondentů je zaměstnán jako klíčový pracovník a poslední respondent pracuje v přímé obslužné péči.

Tabulka č. 2: Náplň práce (otázka č. 2)

R	Náplň práce
R1	Aktivizace klienta
R2	Aktivizace klienta a individuální plánování
R3	Aktivizace klienta a individuální plánování
R4	Pomoc při ranní hygieně a snídani, individuální zjištění aktuálního stavu uživatelů, jejích potřeb, průběžné zajišťování, sledování a vyhodnocování IP služby, dopomoc při obědě, předávání informací pracovnímu týmu, účast na velkých společných akcích terapie, dle potřeby zajištění doprovodu uživatele na lékařské vyšetření.
R5	Obsluha klienta u lůžka, hygiena, podávání stravy, udržování pořádku ve věcech klienta.

Komentář:

Tato tabulka navazuje na tabulku č. 1, kdy jsme chtěli zjistit, jaká je konkrétní pracovní náplň jednotlivých respondentů. Aktivizační a klíčový pracovník vykonávají aktivizaci klienta a také individuálně plánují a poté plán vyhodnocují. Aktivizační pracovnice má na starost aktivizaci klienta a vše, co se jí týká. Klíčová pracovnice pomáhá při úkonech přímé obslužné péči, zjišťuje aktuální stav a individuální potřeby klientů, vytváří a vyhodnocuje individuální plán. Náplní práce pracovnice přímé obslužné péče je obsluha klienta u lůžka, podávání stravy, hygiena a také udržování pořádku ve věcech klienta.

Tabulka č. 3: Potřebnost proškoleného personálu (otázka č. 3 a 4)

R	Proškolení	Důvody proškolení
R1	Ano	Přístup k takto nemocným klientům se liší od ostatních a nestačí jen empatie a snaha, kterou má neproškolený personál.
R2	Ano	Tato skupina nemocných osob má svá specifika, proto jsou nutné určité znalosti mít.
R3	Ano	Proškolený personál ví, jak s klientem komunikovat, co od klienta může očekávat, ví jak reagovat na vzniklé situace, jak předcházet nebezpečným situacím.
R4	Ano	Vzdělaný a empatický personál je schopný s uživatelem vybudovat a udržet vztah. Kvalifikovaný pracovník je schopný zpracovat takový individuální plán, který je předpokladem pro kvalitní život klienta.
R5	Ano	Práce s klienty s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná a je dobré znát příznaky i projevy nemoci.

Komentář:

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že je nutné, aby s klienty s Alzheimerovou chorobou pracoval proškolený personál. Tuto informaci se domnívá všech pět respondentů. Mezi důvody proškolení patří dle prvního respondenta odlišnost v přístupu k takto nemocným lidem. Stejný názor má i respondent druhý. Třetí respondent si myslí, že je důležité, aby byl proškolený personál z toho důvodu, že ví jak s klientem pracovat a jak reagovat na určité situace. Názor, že proškolený personál si umí s klientem vybudovat a udržet vztah má čtvrtý respondent. Poslední respondent uvádí, že je práce náročná a proto je nutné znát příznaky i projevy nemoci.

Tabulka č. 4: Práva osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 5 a 6)

R	Znalost charty	Která práva byste do „charty“ vložili
R1	Ano	Respekt a úcta, nesklouznout k dětskému a familiérnímu chování, právo na lékařskou péči, nepodávat tlumící léky.
R2	Ano	V chartě je obsaženo vše.
R3	Ano	Vše je popsáno, jen bych přidal, že by nemocný měl mít právo na dostatek času k vykonání jakékoli činnosti.
R4	Ne	Právo na osobní svobodu a bezpečnost, právo na soukromí, právo svobodně se rozhodnout, právo na kvalitní péče, právo na individuální přístup, právo být informován o svém zdravotním stavu.
R5	Ne	Možnost vyjádření vlastního názoru a také brát klienta jako plnohodnotnou bytost.

Komentář:

U vyhodnocení „znalost charty“ jsme se tázali na znalost Charty osob s Alzheimerovou chorobou. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že dva z pěti respondentů Chartu osob s Alzheimerovou chorobou neznají. Na otázku, která práva by respondenti do „charty“ vložili, odpověděl první respondent právo na respekt a úctu, nesklouznutí k familiérnímu chování a také právo na lékařskou péči. Druhý respondent se domnívá, že je v Chartě obsaženo vše. Shodná odpověď zazněla i od třetího respondenta, který navíc ještě uvedl právo na dostatek času k vykonání činností. Čtvrtý respondent uvedl právo na osobní svobodu, bezpečnost, soukromí, svobodného rozhodnutí, kvalitní péči, individuální přístup, právo být informován o zdravotním stavu. Poslední tedy pátý respondent by do „charty“ vložil možnost vyjádření vlastního názoru a brát klienta jako plnohodnotnou bytost.

Tabulka č. 5: Specifické potřeby osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 7 a 8)

R	Které specifické potřeby osob s Alzheimerovou chorobou považujete za důležité?	Jak se s těmito specifickými potřebami dál pracuje?
R1	Dobře znát dosavadní život a dřívější prostředí klienta.	Mým úkolem je vymyslet činnost vhodnou, přínosnou, prospěšnou i zábavnou.
R2	Udržení samostatnosti, soběstačnosti a volnočasové aktivity.	Snaha nedělat věci za klienty, klientům jsou nabízeny různé programy.
R3	Potřeba společnosti, respektování své osoby, potřeba bezpečného prostředí a pevného řádu (denního režimu), potřeba vhodné léčby choroby.	Vytvoření Standardů kvality poskytované péče, harmonogramů práce jednotlivých druhů pracovníků, dodržování etického kodexu pečovatele.
R4	Dobře znát klienta, jeho onemocnění i dřívější život.	Vytváření individuálního plánu a následná spolupráce týmu na jeho plnění.
R5	Všechny potřeby považuji za důležité.	Čtení v mapování klienta, individuální plánování, předávání informací na každodenních poradách a týmových schůzkách.

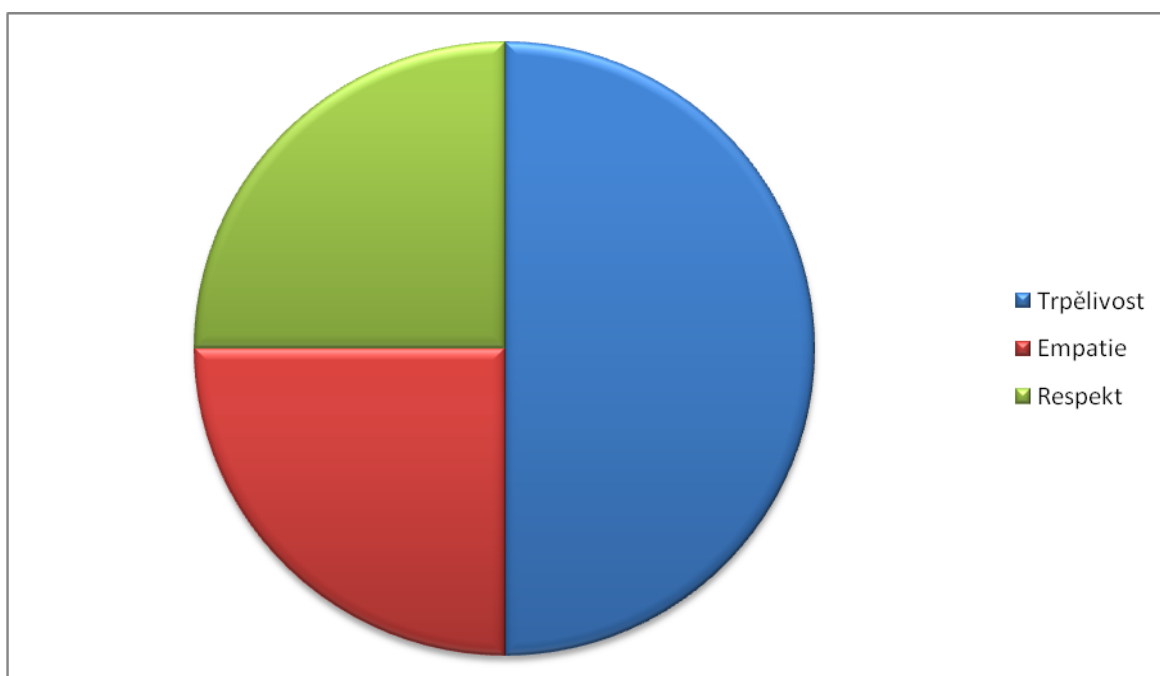
Komentář:

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že je nutné znát dosavadní život i dřívější prostředí klienta což shodně odpověděli respondenti jedna a čtyři. Druhý respondent považuje za důležité potřeby udržení samostatnosti, soběstačnosti a volnočasové aktivity. Respondent číslo tři uvádí potřebu společnosti, respektování, bezpečné prostředí, vhodné léčby a také pevného denního režimu. Respondent pět uvádí, že jsou všechny specifické potřeby důležité. Co se týká další práce s uvedenými specifickými potřebami respondent jedna, který vykonává práci aktivizačního pracovníka, má za úkol vymyslet takovou činnost, která bude vhodná, prospěšná, ale také zábavná. Druhý respondent uvádí, že je nutné nedělat věci za klienty a nabízet jim různé programy. Respondent tři uvádí, že jsou vytvářeny standardy kvality, harmonogramy práce a také dodržovat etické kodexy pracovníků. Respondenti čtyři a pět uvádí, že jsou vytvářeny individuální plány a následně spolupracuje celý tým na jeho plnění.

Tabulka č. 6: To nejdůležitější při přístupu (otázka č. 18)

R	Co je nejdůležitější při přístupu?
R1	Empatie, trpělivost, upřímnost a soustavné vzdělávání.
R2	Trpělivost a respektování minulosti.
R3	Trpělivost, respektování, znát klienta v současnosti i minulosti, mapování klienta.
R4	Empatie a porozumění.
R5	Vlídnost, trpělivost a slušnost.

Graf č. 2: To nejdůležitější při přístupu

**Komentář:**

V tabulce č. 6 jsme chtěli zjistit, co je dle respondentů nejdůležitější při přístupu k osobě s Alzheimerovou chorobou. První, druhý, třetí i pátý respondent uvedl, že je nejdůležitější trpělivost. Empatii, jako to nejdůležitější uvedl respondent jedna a čtyři. Respondenti dva a tři považují za důležité i respektování. Dále zazněly odpovědi jako upřímnost, vzdělávání, znát klienta, mapování, porozumění, vlídnost a slušnost.

Tabulka č. 7: Aktivizace klienta s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 10 a 11)

R	Je možné vhodnou aktivizací průběh onemocnění nějakým způsobem ovlivnit?	Druhy aktivizace
R1	Určitě, přinejmenším jde o co nejdelší zachování stávajících mentálních funkcí a sebeobsluhy.	Rukodělné aktivity, sportovní aktivity, reminiscenční terapie, společenské akce
R2	Samozřejmě, nemoc nelze zastavit, ale průběh se dá zmírnit a zpříjemnit.	Cvičení s prvky RHB, práce v tkalcovské dílně, prvky reminiscenční terapie, prvky bazální stimulace, společenské akce, procvičování jemné motoriky.
R3	Snažíme se, aby aktivizace nemoc kladně ovlivnila.	Reminiscence, trénink paměti, procvičování jemné a hrubé motoriky.
R4	Myslím, že ano.	Skupinová i individuální aktivizace.
R5	Domnívám se, že ano.	Jako POP procvičujeme běžné denní rituály.

Komentář:

V tabulce č. 7 jsme chtěli zjistit, zda je možné vhodnou aktivizací ovlivnit průběh nemoci a jaké jsou využívány druhy aktivizace. Všechny pět respondentů odpovědělo, že aktivizace může nemoc ovlivnit. Respondent dva uvedl: „Je zřejmé, že nemoc nelze zastavit, ale průběh se dá zmírnit a zpříjemnit.“ Druhy aktivizace, které uvedl první, druhý i třetí respondent shodně je reminiscenční terapie. Respondenti dva a tři pak ještě procvičení jemné a hrubé motoriky. Shodně odpověděli také respondenti jedna a dva při účasti na společenských akcích. Dále byly uváděny aktivizace jako rukodělné aktivity, sportovní aktivity, cvičení, práce v dílně, bazální stimulace a trénink paměti. Respondent čtyři odpověděl, že jsou v zařízení uskutečňovány skupinové a individuální aktivizace. A pátý respondent uvedl, že jako pracovník přímé obslužné péče procvičuje s klienty běžné denní rituály.

Tabulka č. 8: To nejdůležitější při aktivizaci (otázka č. 12)

R	Co je nejdůležitější při aktivizaci klienta a přináší nejvíce výsledků?
R1	Klid, vhodné prostředí, opakovat pravidelně činnosti, malá skupina lidí, známí lidé, známé prostředí.
R2	Trpělivost a také smysl aktivizace pro klienta.
R3	Znát klienta a mít dobře připravenou aktivizaci
R4	Reminiscenční terapie umožní dobré navázání kontaktů.
R5	Nevím přesně, co klienti dělají při aktivizacích.

Komentář:

Tabulka č. 8 navazuje na předchozí tabulku a zajímalo nás, co je při aktivizaci nejdůležitější a přináší nejvíce výsledků. První respondent uvedl, že je nejdůležitější klidné, známé a vhodné prostředí. Za kladné považuje také pravidelné opakování činností a menší skupinu známých lidí. Druhý respondent se domnívá, že je nejdůležitější trpělivost a také, jaký má smysl aktivizace pro klienta. Mít vhodně připravenou aktivizaci a znát klienta uvedl jako odpověď respondent tři. Respondent čtyři si myslí, že reminiscenční terapie umožní dobré navázání kontaktů. Respondent pět neví přesně, co se při aktivizacích dělá a tedy ani to, co přináší nejvíce výsledků.

Tabulka č. 9: Sociální vazby u osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 13, 14)

R	Možnost sociálního vyloučení?	Jak by mohlo vyloučení vypadat?
R1	Ano	Senior opakuje jednu větu, ptá se, co má dělat. Lidé se mu příště vyhnou.
R2	Ano	Rodina i známí přestávají mít o klienta zájem. Podporovat vyloučení může i personál
R3	Ano	Klient může dostat „nálepku blázna“.
R4	Ano	Uživatel se uzavírá do sebe, odmítá se zapojovat do aktivit, komunikovat.
R5	Ano	Ze strany personálu je to určitě podceňování a zesměšňování klienta. Ze strany rodiny a blízkých pak nezájem o klienta.

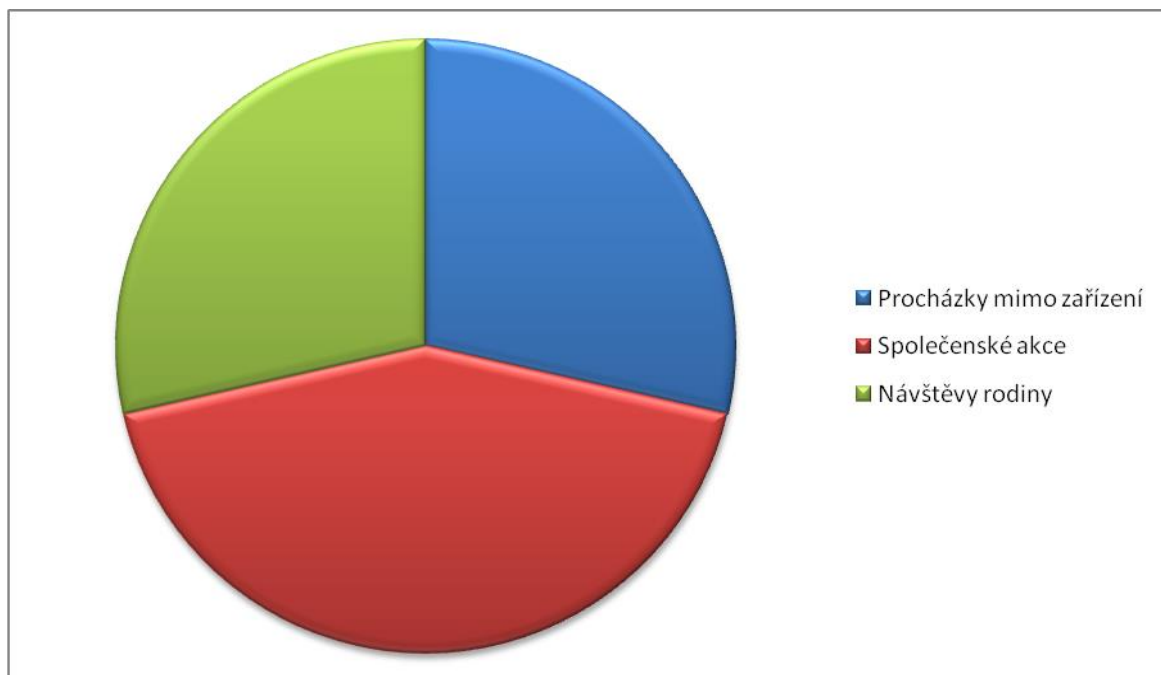
Komentář:

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pět z pěti respondentů se domnívá, že u osob s Alzheimerovou chorobou je možné sociální vyloučení. Na otázku, jak by mohlo takové vyloučení vypadat, odpověděl první respondent tak, že senior opakuje věty a ptá se na stejné otázky. Ostatní lidé se mu potom raději vyhnou. Druhý a pátý respondent odpověděli shodně, že o klienta ztrácí zájem rodina, ale také sociální vyloučení může být zapříčiněno i personálem a jeho podceňováním i zesměšňováním. Odpověď, že klient může dostat „nálepku blázna“ odpověděl třetí respondent. Respondent čtyři uvádí příklad sociálního vyloučení jako uzavírání se do sebe, odmítání zapojovat se do aktivit a komunikovat.

Tabulka č. 10: Zachování a podpora sociálních vazeb klienta (otázka č. 15)

R	Jak jsou zachovávány a podporovány vazby klienta?
R1	Kde v rodině panovaly výborné vztahy, není problém ani v nemoci. Návštěvy jsou bez omezení celý den a mohou chodit i malé děti a psi.
R2	Spolupráce s rodinou, známými, procházky mimo zařízení, akce mimo zařízení.
R3	Společenské a sportovní akce, které jsou i mimo domov. Procházky mimo domov.
R4	Účast na skup.terapii, společné stravování v jídelně, kulturní a společenské akce, duchovní setkání v modlitebně.
R5	Podporujeme setkávání s rodinnými příslušníky. Je i možnost oslavit narozeniny nebo nějaké výročí společně s rodinou přímo v zařízení.

Graf č. 3: Zachování a podpora sociálních vazeb klienta

**Komentář:**

V tabulce č. 10 nás zajímalo, jakým způsobem jsou zachovávány a podporovány vazby u klientů v Domově se zvláštním režimem. První respondent se domnívá, že tam kde byly dobré vazby během života, není problém ani v nemoci. Podpora vazeb ze strany zařízení je určitě tím, že jsou návštěvy bez omezení celý den a mohou do zařízení i malé děti a psi. Respondenti dva a tři, uvedli odpověď procházek mimo domov a také účast na společenských a kulturních akcích mimo zařízení. Zachování a podpora vazeb klienta se děje po-

mocí skupinové terapie, společného stravování v jídelně, účasti na společenských akcích a také účasti na duchovním setkávání. Tyto odpovědi uvedl respondent čtyři. Pátý respondent odpověděl, že jsou podporována setkávání s rodinou a jsou umožňovány i různé oslavy narozenin a jiné významné akce, které se mohou konat přímo v zařízení.

Tabulka č. 11: Návštěvy rodiny (otázka č. 16 a 17)

R	Jak časté jsou návštěvy rodiny	Optimální počet návštěv
R1	1/5 klientů jsou návštěvy 1x týdně, 2/5 návštěvy 1x za měsíc, 1/5 1x za 3 měsíce, 1/5 je bez návštěv	1x za týden
R2	Individuální. U někoho denně, u někoho jde rodina jen za sociální pracovníci a za klientem ne.	Záleží na stavu klienta.
R3	U někoho je návštěva denně, u někoho několikrát do týdne, u někoho párkrát do měsíce, u někoho párkrát za rok a u pár lidí návštěvy nejsou vůbec.	Individuální podle vlivu návštěvy na klienta.
R4	1x denně, 1x za týden, 1x za 2 týdny nebo 1x za měsíc.	Návštěvy by měly být častěji a na kratší dobu, 3 až 4x týdně.
R5	5 z našich klientů má návštěvy téměř denně. Pár jedinců nemá návštěvy, zbytek asi 1x za čtvrt roku.	Minimálně 1x za 3 týdny.

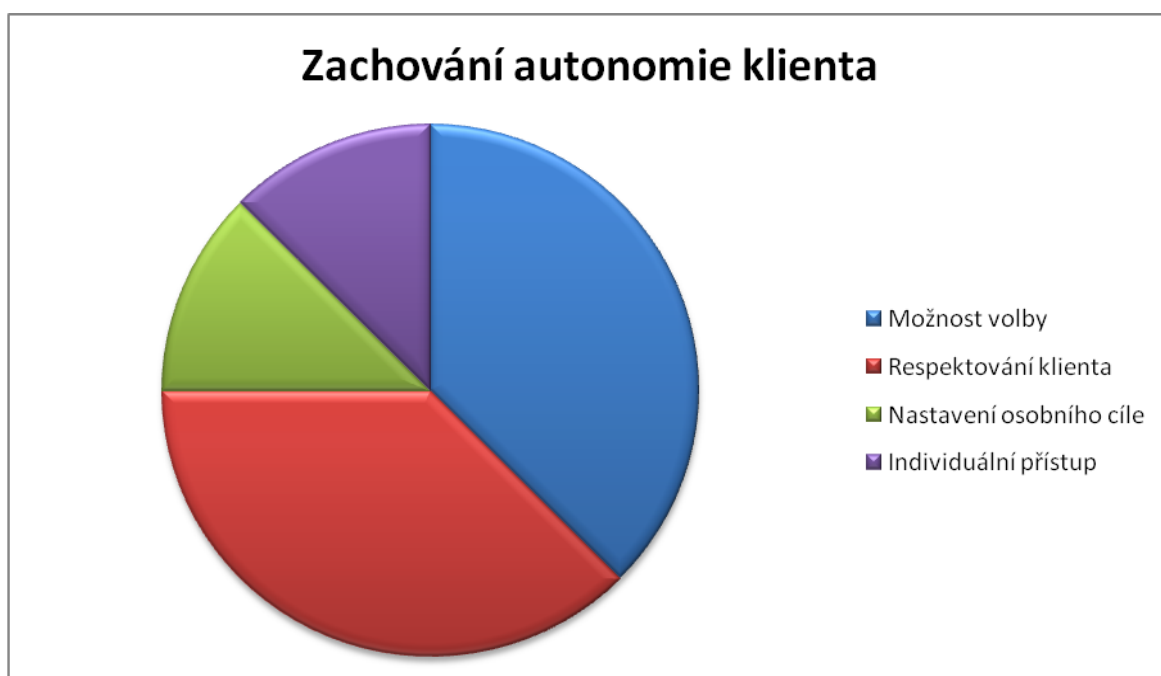
Komentář:

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že četnost návštěvy rodiny jsou individuální. První respondent uvádí, že 1/5 klientů má návštěvy jednou za týden. 2/5 pak mají návštěvy jednou za měsíc, 1/5 pak jedenkrát za tři měsíce a 1/5 je zcela bez návštěv. Dle prvního respondenta je optimální počet návštěv jednou za týden. Druhý respondent odpověděl na častost návštěv tak, že jsou individuální a u některých klientů jsou návštěvy denně, zatímco u jiných jde rodina za sociální pracovníci a ne za nimi. Respondent uvedl, že optimální počet návštěv závisí na stavu klienta. I respondent tři uvádí, že jsou u někoho návštěvy denně, u jiných několikrát do týdne, u někoho párkrát do měsíce, u někoho párkrát za rok a někteří nemají návštěvy vůbec. Optimální by bylo dle respondenta tři, kdyby návštěvy byly individuálně podle vlivu na klienta. Respondent čtyři uvedl častost návštěv takto: u některých jednou denně, jednou za týden, jednou za dva týdny nebo jednou za měsíc. Dle respondenta čtyři by bylo vhodnější, kdyby návštěvy byly častější, ale na kratší dobu a třeba i třikrát až čtyřikrát týdně. Odpověď pět klientů má návštěvy denně, pár jedinců návštěvy nemá a zbytek asi jednou za čtvrt roku uvedl respondent pět. Optimální počet návštěv dle tohoto respondenta je jednou za tři týdny.

Tabulka č. 12: Autonomie klienta (otázka č. 19)

R	Jakým způsobem je zachována autonomie klienta?
R1	Při každodenních činnostech. Rozhodnutí se nechá na klientech, mají možnost volby, dostatek prostoru pro rozhodnutí, přizpůsobení rozhovoru a respektování.
R2	Podpora soběstačnosti, nastavení osobního cíle klienta.
R3	Možnost rozhodovat o své osobě a vyjádřit svůj názor.
R4	Individuální přístup, chráníme soukromí a jeho důstojnost.
R5	Podpora klientova názoru, možnost volby a respektování.

Graf č. 4: Zachování autonomie klienta

**Komentář:**

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že je autonomie klienta zachována dle respondenta jedna, tři a pět tím, že klient se může sám rozhodovat, má možnost volby, klientův názor je podpořen a klient je respektován. Druhý respondent odpověděl tak, že klienta podporují v soběstačnosti a nastavují osobní cíl klienta. Individuální přístup ke klientovi, ochrana soukromí a klientovi důstojnosti byla odpověď od respondenta čtyři.

Tabulka č. 13: Holistická péče v zařízení (otázka č. 20)

R	Možnosti zdokonalení holistické péče v zařízení
R1	Lepší spolupráce mezi jednotlivými úseky.
R2	Není v rovnováze zajištění fyziologických potřeb oproti psychosociálním potřebám.
R3	Školení veškerého personálu cílené přesně na klienty s Alz. Chorobou a následné kontroly, zda jsou poznatky dodržovány.
R4	Mít v zařízení psychologa.
R5	Nic mě nenapadá.

Komentář:

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že ke zdokonalení holistické péče v zařízení je dle respondenta jedna nutná, aby byla lepší spolupráce mezi jednotlivými úseky. Respondent dva se domnívá, že není v rovnováze zajištění fyziologických potřeb oproti psychosociálním potřebám a mnohý personál upřednostňuje zajištění fyziologických potřeb jako ty důležitější. Respondent tři si myslí, že by bylo vhodné školit všechny personál právě na práci s touto cílovou skupinou a následně kontrolovat, jak jsou získané poznatky uplatňovány v praxi. Mít v zařízení psychologa byla odpověď respondenta čtyři. Respondenta pět nenapadlo nic, co by mohlo zlepšit celkovou holistickou péči.

Tabulka č. 14: Doplnující informace (otázka č. 21)

R	Chcete uvést ještě něco, nač jsem se neptala?
R1	Uspokojení nad zřizováním nových zvláštních oddělení. Před 10 lety, kdy byl nemocný můj táta žádná taková možnost na umístění v okolí našeho bydliště neexistovala. Větší informovanost.
R2	Práce s klienty není adekvátně finančně ohodnocena. Málo kdo s vyšším vzděláním proto bude vykonávat toto zaměstnání.
R3	Vše bylo řečeno.
R4	Ne.
R5	Nemám co dodat.

Komentář:

Tabulka č. 14 má doplňující charakter a zajímalo nás, zda by chtěli respondenti uvést ještě něco podstatného, nač nebyla položena otázka. Respondent jedna vyjádřil uspokojení nad zřizováním nových zvláštních oddělení a to z toho důvodu, že před deseti lety, kdy byl nemocen respondentův otec, žádná možnost umístění v takovém zařízení nebyla. Určitě je i znát větší informovanost společnosti o tomto onemocnění. Respondent dva uvedl, že práce s touto cílovou skupinou není adekvátně ohodnocena a i přesto, že jsou kladeny požadavky na vzdělání málokdo s vyšším vzděláním, bude vykonávat toto zaměstnání právě z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení. Respondent tři, čtyři a pět neuvedli žádné doplňující informace a domnívají se, že vše bylo řečeno.

5 DISKUZE

Na začátku výzkumného šetření byla stanovena 1 hlavní výzkumná otázka a specifikována do 4 dílčích výzkumných otázek.

První dílčí výzkumná otázka: **Mají lidé s Alzheimerovou chorobou specifická práva a potřeby?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 3, 4, 5, 6, 7 a 8 polostrukturovaného rozhovoru.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že lidé s Alzheimerovou chorobou mají svá práva i určité potřeby, které je nutné znát a respektovat. I přesto, že se všichni z respondentů domnívají, že je nutné, aby s touto cílovou skupinou pracoval proškolený a kvalifikovaný personál, dva z pěti respondentů neznají „chartu“ práv osob s Alzheimerovou chorobou. Respondent, který „chartu“ zná, by navíc ke všem uvedeným a specifickým právům doplnil právo na dostatek času k vykonávání jakékoliv činnosti. Z uvedených specifických potřeb je zřejmá nutná znalost klienta a to jak jeho zdravotního stavu, tak dřívějšího života. Dále potřeba udržení soběstačnosti, potřeba respektování a také potřeba bezpečného prostředí. S těmito specifickými právy a potřebami je dále pracováno. Jsou vytvářeny individuální plány, standardy kvality i harmonogramy činností jednotlivých úseků. Vždy je však nutná spolupráce týmu a dodržování etického kodexu. Z výsledku můžeme usuzovat, že je nutné znát a respektovat specifická práva a potřeby osob s Alzheimerovou chorobou.

Dílčí výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Druhá dílčí výzkumná otázka: **Jaká podpora je klientům poskytována v oblasti zachování autonomie?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 18 a 19 polostrukturovaného rozhovoru.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že autonomie klientů je podporována ve všech činnostech, které klient vykonává. Klient má možnost volby a je respektován. Klientovi je nastaven osobní cíl a celý pracovní tým se podílí na jeho úspěšném dosažení. Důležitý je také přístup k této cílové skupině, který by měl být dle respondentů empatický, trpělivý a individuální. Z výsledku je zřejmá nutnost zachovávání autonomie při každodenních činnostech, které klient vykonává a také určitá možnost volby.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena.

Třetí dílčí výzkumná otázka: Jaké druhy aktivizace jsou využívány a jak ovlivňují život klienta?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 10, 11 a 12 polostrukturovaného rozhovoru.

Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že vhodná aktivizace může ovlivnit život osob s Alzheimerovou chorobou a to především tím, že průběh nemoci vhodná aktivizace zpříjemní, procvičí se stávající mentální funkce i sebeobsluha. Mezi využívané druhy aktivizace patří reminiscenční terapie, prvky bazální stimulace, procvičování jemné i hrubé motoriky, tématické společenské akce a také různé sportovní aktivity. Při aktivizaci je dle šetření velmi důležité vhodné prostředí, trpělivý personál, znát klienta a mít vhodně a smysluplně připravenou aktivizaci. Z výsledků je zřejmé, že aktivizace je v zařízeních využívána a i přesto, že nemoc nevyлéčí, může alespoň pomoc udržet stávající zdravotní stav

Dílčí výzkumná otázka č. 3 byla zodpovězena.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: Jak by bylo možné zdokonalit holistickou péči v zařízení?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 1 a 20 polostrukturovaného rozhovoru.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti po délce zaměstnání v zařízení, které v průměru činí 6,1 let, mají několik návrhů, jak by bylo možné zdokonalit holistickou péči v zařízení. Pro zlepšení holistické péče by bylo dobré, pokud by mezi sebou jednotlivé úseky více komunikovaly a bylo ve větší rovnováze zajištění fyziologických potřeb a potřeb psychosociálních. R2 při rozhovoru uvedla: „Není v rovnováze zajištění fyziologických potřeb oproti psychosociálním potřebám. Většina pracovníků považuje za důležité plnění pouze fyziologických potřeb a neuvědomují si, že psychosociální potřeby jsou velmi důležité a jdou ruku v ruce s těmi fyziologickými.“ Dalším návrhem bylo zajistit do zařízení psychologa nebo školit veškerý personál na cílenou skupinu osob s Alzheimerovou chorobou a následně kontrolovat, jak jsou poznatky dodržovány. Z výsledků můžeme usuzovat, že respondenti, kteří pracují v přímém kontaktu s touto cílovou skupinou, ať už jako aktivizační pracovníci, klíčový pracovníci nebo pracovníci přímé péče, mají návrhy, které by mohli zdokonalit holistickou péči v zařízení - tedy týkající se bio-psycho-sociálních oblastí člověka, které je nutné vnímat jako celek.

Dílčí výzkumná otázka č. 4 byla zodpovězena.

Hlavní výzkumná otázka: **Jaká sociální podpora je poskytována klientům s Alzheimerovou chorobou v Domovech se zvláštním režimem ze strany pracovníků a rodinných příslušníků?**

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky 13, 14, 15, 16 a 17 polostrukturovaného rozhovoru.

Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že lidem s Alzheimerovou chorobou hrozí sociální vyloučení, které může být podpořeno ze strany personálu i rodiny. Dále bylo zjištěno, že tam, kde vládly výborné nebo alespoň dobré vazby s rodinou již dříve není problém ani v nemoci. Samotné zařízení se pak snaží o podporu a udržení vazeb tím, že jsou podporovány návštěvy jak rodiny, tak přátel a blízkých. Návštěvní hodiny jsou bez omezení a je možnost přijít s malým dítětem, ale i psem. Zařízení poskytují i prostory, kde je možné společně s klientem oslavit významné události jako jsou narozeniny, svátky nebo výročí svatby. Pracovníci podporují klienty v sociální oblasti tím, že pořádají různé společenské a sportovní akce, které jsou i mimo zařízení. Chodí na procházky do města, zajišťují doprovody k duchovnímu setkání v modlitebně a také doprovází klienty na společnou jídelnu, kde je podávána strava. Návštěvy rodiny bývají individuální, jsou i obyvatelé, za kterými rodina nejde vůbec. Dle pracovníků zařízení by byly návštěvy rodiny a blízkých optimální nejméně jednou za tři týdny, ale vhodnější by byly návštěvy na kratší dobu třikrát až čtyřikrát za týden. Samozřejmě vždy záleží na stavu klienta. Z výsledků lze usuzovat, že je nutné klienty v sociální oblasti podporovat a je vhodné zapojení rodiny, která má na klienta velký vliv.

Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena.

Komparace s dalšími výzkumnými šetřeními nebyla provedena, protože při rešerši jsme nenašli šetření, které by mohlo být při komparaci využito.

ZÁVĚR

Při zpracování teoretické části bakalářské práce jsem vycházela z poznatků, které jsem čerpala z odborné literatury. Cílem této části práce, bylo shrnout poznatky týkající se Alzheimerovy choroby a sociální služby určené pro tuto cílovou skupinu.

Cílem praktické části bakalářské práce, bylo zmapovat názory personálu na poskytovanou podporu osobám s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že se zařízení maximálně snaží o podporu klientů a zachování jejich vazeb i autonomie. Kontakt s okolím a druhými zajišťují nejen v zařízení, ale také mimo něj. Klienti mají při činnostech možnost volby a jsou respektováni. Co se týká podpory ze strany rodiny, je podpora velmi individuální u každého klienta. Překvapilo mne, že u některých z nich nejsou návštěvy rodiny a blízkých žádné a také to, že rodinní příslušníci i přesto, že jdou do zařízení za sociální pracovníci, svého blízkého člověka ne navštíví. Dále je z výzkumu zřejmé, že lidé s Alzheimerovou chorobou mají specifická práva a potřeby. Většina z respondentů zná „chartu“ práv, která byla vytvořena Českou Alzheimerovskou společností (viz příloha č. 3) a je v ní dle mého názoru obsaženo vše podstatné týkající se práv osob s tímto onemocněním. Všichni respondenti uvedli, že jsou i jisté specifické potřeby, které je třeba respektovat a naplňovat. Psychický i fyzický stav může ovlivnit vhodně a účelně zvolená aktivizace. U výsledků výzkumu mě však překvapilo, že mezi využívanými aktivitami nezazněla zooterapie ani muzikoterapie. Z vlastní zkušenosti vím, že senioři a lidé s Alzheimerovou chorobou mají rádi kontakt s oblíbeným zvířetem a rádi si poslechnou jejich srdci blízkou hudbu, kterou si i většina zanotuje. Domnívám se, že bude i velmi přínosné pokud se v zařízeních postupem času začne více provádět technika validace, která zatím není příliš rozšířená, ale může být velkým přínosem a je využívána právě u osob s tímto onemocněním. Z výzkumu také vyplynulo, že respondenti mají několik názorů, jak by bylo možné zdokonalit holistickou péči v zařízení. Byla jsem překvapena, že kvalifikovaný a školený personál může upřednostňovat naplňování fyziologických potřeb oproti těm psychosociálním. Myslím si, že by měly být tyto potřeby v rovnováze a vzájemně se propojovat. Určitě je nutné, aby s touto cílovou skupinou pracoval personál, který je dostatečně informovaný o specifikách práce s těmito klienty a uvědomuje si, že je to práce fyzicky i psychicky náročná. Tito lidé si však stejně jako druzí zaslouží respekt a úctu, která by jim měla být dopřána. I přesto, že se během posledních let velmi rozšířila a zkvalitnila poskytovaná sociální služba osobám s Alzheimerovou chorobou a

jinými typy demence, neměla by rodina na svého blízkého zapomínat a domnívat se, že po umístění v zařízení nepotřebuje jejich péči a zájem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARKER, Sue a Michele BOARD, 2012. *Dementia care in nursing*. 1st ed. London: Sage/LearningMatters. ISBN 9780857258014.
- [2] BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 807367081x.
- [3] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024741383.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024713144.
- [5] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 8085931796.
- [6] GLENNER, Joy A, 2012. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788026201540.
- [7] HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
- [8] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024746975.
- [9] HOLMEROVÁ, Iva, 2012. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020431196.
- [10] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN 9788086541280.
- [11] HORECKÝ, Jiří, 2011 Pobytové služby sociální péče pro seniory, s. 215-219. In: KALVACH, Zdeněk et al. 2011 *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [12] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024741390.
- [13] CHLOUPKOVÁ, Soňa, 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024746784.
- [14] JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073674779.

- [15] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073675813.
- [16] JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS, 1998. *Alzheimerova choroba*. 1. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.
- [17] JIRÁK, Roman et al, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1.Vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262- 873-5.
- [18] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.
- [19] KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 9788024624648.
- [20] KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 9788073186432.
- [21] KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 8024714914.
- [22] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Studijní texty. ISBN 9788024418773.
- [23] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-573-2
- [24] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024731483.
- [25] MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 8070134364.
- [26] MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024741727.
- [27] NEUBAUER, Karel, 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073671594.
- [28] PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
- [29] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024714905.

- [30] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1. Vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.
- [31] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [32] STOLZE, Cornelia, 2014. *Zapomeň na Alzheimerera*. Vyd. 1. Liberec: Dialog. ISBN 978-80-7424-071-3.
- [33] STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 8071782742.
- [34] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024732237.
- [35] VAVRUŠOVÁ, Livia, 2012. *Demencia*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 9788080633820.
- [36] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024720685.
- [37] ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

- [38] Evropská charta. *Alzheimer centrum*. Nedatováno [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/evropska-charta/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACH	Alzheimerova choroba
APP	Amyloidový prekurzorový protein
CPS	Centrum pro seniory
CT	Výpočetní tomografie
č.	Číslo
DZR	Domov se zvláštním režimem
EEG	Elektroencefalografie
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	Nukleární magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie
R	Respondent
s.	Strana
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Identifikační údaje (otázka č. 1).....	38
Tabulka č. 2: Náplň práce (otázka č. 2)	40
Tabulka č. 3: Potřeba proškoleného personálu (otázka č. 3 a 4).....	41
Tabulka č. 4: Práva osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 5 a 6).....	42
Tabulka č. 5: Specifické potřeby osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 7 a 8).....	43
Tabulka č. 6: To nejdůležitější při přístupu (otázka č. 18)	44
Tabulka č. 7: Aktivizace klienta s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 10 a 11)	45
Tabulka č. 8: To nejdůležitější při aktivizaci (otázka č. 12).....	46
Tabulka č. 9: Sociální vazby u osob s Alzheimerovou chorobou (otázka č. 13, 14).....	47
Tabulka č. 10: Zachování a podpora sociálních vazeb klienta (otázka č. 15).....	48
Tabulka č. 11: Návštěvy rodiny (otázka č. 16 a 17).....	50
Tabulka č. 12: Autonomie klienta (otázka č. 19).....	51
Tabulka č. 13: Holistická péče v zařízení (otázka č. 20)	52
Tabulka č. 14: Doplnující informace (otázka č. 21)	53

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Délka zaměstnání.....	38
Graf č. 2: To nejdůležitější při přístupu.....	44
Graf č. 3: Zachování a podpora sociálních vazeb klienta	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Transkripce rozhovoru.....	66
Příloha č. 2: Žádost o umožnění výzkumného šetření	71
Příloha č. 3: Charta práv osob s Alzheimerovou chorobou	72
Příloha č. 4: Test Mini-Mental State Examination	75
Příloha č. 5: Test hodin	77
Příloha č. 6: Škála deprese pro geriatrické pacienty	79
Příloha č. 7: Domov se zvláštním režimem Strom života	80
Příloha č. 8: CPS Holešov/ DZR Kopretina	81
Příloha č. 9 Žádost o umístění do zařízení DZR Kopretina.....	82

Příloha č. 1: Transkripce rozhovoru

Student: Takže, dobrý den jmenuji se Barbora Drcmanová a studuji třetí ročník oboru Zdravotně sociální pracovník na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych se Vás zeptat, jestli souhlasíte s rozhovorem pro moji bakalářskou práci?

Pracovník: Ano, souhlasím.

Student: Dobře, děkuji. Takže první otázka, jak dlouho a na jaké pozici v zařízení pracujete?

Pracovník: Téměř 7 let jako pracovník terapie a také klíčový pracovník.

Student: Takže by se dalo říct, že od otevření zařízení?

Pracovník: Ano.

Student: Co je náplní vaší práce?

Pracovník: U nás, po domluvě s vedoucí, jsem se zaměřil na cvičení s klienty, to znamená procvičování jejich hybnosti, cvičení protahovacích cviků, s klienty taky jezdím na rehabilitační oddělení, pokud je jim předepsána rehabilitace, trénuju s nimi chůzi, případně pevný stoj. Jako klíčový pracovník mám na starosti ještě individuální plánování a také jeho vyhodnocování u třech klientů.

Student: Takže Vaše práce je hlavně o kontaktu s klienty než administrativa?

Pracovník: Ano, administrativa není moje oblíbená činnost. (smích)

Student: Myslíte si, že je důležité, aby s cílovou skupinou osob s Alzheimerovou chorobou pracoval jen proškolený a kvalifikovaný personál?

Pracovník: Ano, je to velmi důležité.

Student: Ehm, proč myslíte?

Pracovník: Tato choroba je velmi náročná na psychiku ošetřovatelů. Navíc proškolený personál ví, jak s klientem komunikovat, co od klienta může očekávat, ví jak reagovat na vzniklé situace, ale také jak předcházet nebezpečným situacím.

Student: Hmm, děkuji za Váš názor.

Student: Znáte Chartu práv osob s Alzheimerovou chorobou?

Pracovník: Znam a myslím, že jeden z bodů zahrnuje i to, že pacient, potažmo klient má právo na péči od kvalifikovaného personálu, o kterém jsme se bavili v předchozí otázce.

Student: Ano, máte pravdu.

Student: Pokud byste měl vy sám možnost vytvořit práva osob s Alzheimerovou chorobou, co by mezi ně patřilo?

Pracovník: Myslím, že v té chartě je to dostatečně popsáno, snad bych jen přidal, že by nemocný měl mít právo na dostatek času k vykonání jakékoli činnosti, ať už jde o volnočasovou zábavu, sebeobslužnou péči nebo o cokoli jiného.

Student: Určitě je dostatek času velmi důležitý.

Pracovník: Ano, to je.

Student: Které specifické potřeby Vy sám u osob s Alzheimerovou chorobou považujete za důležité?

Pracovník: Potřeba společnosti, respektování své osoby, potřeba bezpečného prostředí a pevného řádu jako je nastavení denního režimu. Určitě, ale také potřeba vhodné léčby nemoci, která je velmi důležitá.

Student: Ehm. A Jak se s těmito specifickými potřebami dál pracuje?

Pracovník: V našem domově je to ošetřeno pomocí Standardů kvality poskytované péče, také jsou vytvářeny a dodržovány harmonogramy práce jednotlivých druhů pracovníků a v neposlední řadě taky dodržováním etického kodexu pečovatele. Podle mě jde, ale v podstatě o to znát dotyčného klienta a jeho potřeby a adekvátně se k němu chovat.

Student: Děkuji. Vy sám pracujete jako aktivizační pracovník, myslíte si že je možné vhodnou aktivizací průběh nemoci nějak ovlivnit?

Pracovník: Snažíme se o to. Naše zařízení je hodně zaměřené na reminiscenci, což je terapie zaměřená na vzpomínání a tím i na trénování paměti. Dále zde provádíme tréninky paměti téměř při jakékoli činnosti, kde je to možné. Je to uskutečňováno formou rozhovoru klienta a personálu. Otázky jsou pokládány tak, aby klient vzpomínal.

Student: Takže práce se vzpomínkami?

Pracovník: Ano, přesně tak. Velmi se nám osvědčila, ale z širšího pohledu si myslím, že ke kvalitě života nemocného přispěje jakákoli činnost, při které se dostaví radost z úspěchu – tedy cokoli se klientovi podaří, cokoli dokáže – vždy ho pochválit a povzbudit k dalšímu snažení, jsou pak na sebe hrdí a cítí se líp. Aspoň dokud si to pamatují. (smích)

Student: Jaké druhy aktivizace využíváte nejčastěji, tedy kromě reminiscence?

Pracovník: Různé tréninky paměti, taky procvičování jemné a hrubé motoriky, prvky rehabilitace a práce v tkalcovské dílně.

Student: A co je při aktivizaci nejdůležitější a přináší nejvíce výsledků?

Pracovník: Znát klienta a mít dobře připravenou aktivizaci – takže vědět s kým pracujete a jak s ním pracovat – jak mluvit, jak motivovat, co si připravit, co od toho očekávat, kdy a jak chválit. Taky je hodně důležité, jak reagujete a nereagujete při neúspěchu.

Student: Někdy to musí být obtížné.

Pracovník: To je.

Student: Myslíte si, že může dojít u této cílové skupiny k sociálnímu vyloučení?

Pracovník: Může k němu dojít a může k tomu dojít velmi snadno.

Student: Zkusíte mi uvést příklad, jak by takové vyloučení mohlo vypadat?

Pracovník: Klient bývá zapomětlivý, dezorientovaný a často se toulá ve svých myšlenkách a vzpomínkách. Z toho vyplývají nejrůznější situace a následná reakce okolí na něj a jeho chování. Může dostat „nálepku blázna“. Zapomíná nebo nevnímá počasí, roční dobu ale i denní dobu, takže v létě může vyjít ven v rukavicích a zimní bundě, popřípadě si pustí televizi nahlas o půl dvanácté v noci. Může nechtěně ohrozit sousedy, je u něj vyšší riziko vytopení, vyhoření nebo výbuchu plynu. Někdo mu bude velmi připomínat někoho nepříjemného z dřívějšího života a tak na něj bude nadávat, křičet, případně na něj i fyzicky zaútočí. Takovéto situace mohou vést k tomu, že s ním bude těžké žít v blízkém sousedství, lidé mu to budou dávat najevo, což jen zhorší jeho duševní stav a dostane se tak do „spirály“ ze které bude těžké vyjít ven.

Student: A jakým způsobem jsou tedy zachovávány a podporovány sociální vazby v zařízení?

Pracovník: V našem zařízení jsou to společenské a sportovní akce, na kterých se klienti setkávají. Jsou to ale i výlety, procházky po okolí domova i ve městě, na nichž klienti sledují denní ruch, potkávají své známé atd. Dále s nimi navštěvujeme různé jarmarky, výstavy, chodíme do cukrárny na pohár. Při procházkách se stavíme i do obchodu třeba na nanuka a sledujeme lidi, porovnáváme ceny.

Student: Takže zachováváte vazby i s okolím nejen v zařízení?

Pracovník: Ano, ale samozřejmě i v zařízení. Snažíme se udržet i jejich vazby na průběh roku pomocí pořádaných akcí jako je zabíjačka, pálení čarodějnic, stavění máje, prázdninové grilovačky, Mikuláš a spousta dalších.

Student: Takže jim pobyt zpříjemňujete.

Pracovník: Snažíme se o to. (smích)

Student: Jak časté jsou v průměru návštěvy rodiny?

Pracovník: To je hodně individuální. U někoho je návštěva denně, u někoho několikrát do týdne, u někoho párkrát do měsíce, u někoho párkrát za rok a u pár lidí návštěvy nejsou vůbec.

Student: A co by bylo optimální dle vašeho názoru?

Pracovník: Opět individuální. Někdo je po návštěvě velmi příjemně naladěný, je rád, spokojený, nadšený a někoho návštěva rozhodí takovým způsobem, že odmítá jídlo, prášky, v noci nespí, je neklidný, podrážděný.

Student: Takže návštěvy nemají jen pozitivní vliv?

Pracovník: Bohužel ne.

Student: Co je dle vašeho názoru nejdůležitější při přístupu k osobě s demencí?

Pracovník: Trpělivost, respektování klienta, jeho požadavků, názorů, přání, pocitů, znalost klienta teď i dříve – vědět, jaký byl, jak žil, jaká byla jeho minulost a mít ho zmapovaného

i teď v průběhu nemoci – vědět, jak na co reaguje, co ho baví, co ho rozčílí, o čem se rád baví, co nechce slyšet. Ale jak už jsem říkal, velmi důležitý je dostatek času, být klidný a příjemně naladěný. Někdy to může být problém. (smích)

Student: Jakým způsobem je zachovávána autonomie klienta v zařízení?

Pracovník: Klient má možnost pokud je toho tedy schopen sám rozhodovat o své osobě, může si vybírat z jídel, vybírá si oblečení, může jít ven z domova na procházku, může říct, co se mu líbí a co se mu nelíbí a také, co mu vadí.

Student: Ehm. Myslíte si, že by bylo možné nějak zdokonalit celkovou holistickou péči ve vašem zařízení? Mám na mysli týkající se bio-psycho-sociální oblasti.

Pracovník: Pomocí školení veškerého personálu cíleného přesně na klienty s Alzheimerovou chorobou, kontrolováním personálu, zda poznatky ze školení dodržuje, zavádět příklady dobré praxe.

Student: Tak Vám moc děkuji, to je z mé strany vše. Chcete uvést ještě něco důležitého, na co jsem se neptala?

Pracovník: Snad jsem Vám aspoň trochu pomohl a myslím, že vše podstatné bylo řečeno.




Student: Určitě ano, ještě jednou moc děkuji.

Příloha č. 2: Žádost o umožnění výzkumného šetření



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Drcmanová		
Téma bakalářské práce	Podpora osob s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem		
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	 podpis		
Metoda výzkumu	Metoda kvalitativního výzkumu		
Skupina respondentů	Zaměstnanci Domova se zvláštním režimem		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Domov se zvláštním režimem Strom života, Kroměříž	Souhlasím	Nesouhlasím	
Domov se zvláštním režimem Kopretina, Holešov	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27-01-2016

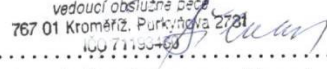
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Centrum pro seniory,
příspěvková organizace
Příční 1475, 769 01 Holešov
Tel: 573 397 765 IČO: 47934531

ředitelka Ústavu zdravotnických věd
SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE, p.o.
DZR Strom života
vedoucí oddělení péče
767 01 Kroměříž, Purkyňova 2721
IČO 71150468


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha č. 3: Charta práv osob s Alzheimerovou chorobou

Evropská charta

Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují - deklarace Alzheimer Europe. Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7. - 9.května 1998).

Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje 3,5 milionu lidí postižených demencí a jejich rodiny ve více než 20 evropských zemích. Jako občané Evropy také oni mají právo na to, aby jejich potřeby byly respektovány. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi.

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

- správnou a včasnou diagnózu
- dostatek informací a porozumění
- zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní i sociální služby.

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:

- informace a porozumění
- společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
- respektování jejich vlastních potřeb
- dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména

- včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků
- dostupnost běžné medikamentózní terapie
- dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče
- denní centra a domácí péči
- respitní péči pro rodinné pečovatele
- citlivou a správnou péči o umírající

4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat

- uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina
- informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi
- finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
- přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele

5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí

- Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti - to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace
- Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující
- Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály
- Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry

6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.

- Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin

- Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky
- Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu
- Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy

7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:

- Spoluprací s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
- Prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty
- Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu
- Podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
- Podporou rodinných pečovatelů, podporou mezigenerační solidarity
- Spoluprací ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Tyto informace jsou čerpány z listů České Alzheimerovské společnosti (ČALS).

Příloha č. 4: Test Mini-Mental State Examination

Jméno pacienta

číslo datum

Jméno hodnotícího

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Za každou správnou odpověď skórujeme 1 bod, za každou nesprávnou odpověď 0 bodů.

A. ORIENTACE

1. V čase

Kolikátého je dnes? ()

Který je nyní měsíc? ()

Který je rok? ()

Který je den v týdnu (jméno)? ()

Které je roční období? ()

Skóre ()

2. V místě

V kterém jsme státě? ()

Ve které části státu jsme? (V které jsme zemi?) ()

V kterém jsme městě? ()

Můžete mi říci jméno nemocnice, ve které jsme? ()

V kterém jsme poschodí? ()

Skóre ()

B. BEZPROSTŘEDNÍ VYBAVENÍ

Jablko ()

Stůl ()

Koruna ()

Skóre ()

Počet opakování (zakroužkovat):

Jablko 1 2 3 4 5

Stůl 1 2 3 4 5

Koruna 1 2 3 4 5

47

C. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Odečítejte od čísla 100 číslo 7. Přestaňte po pěti odečítáních.

93	()
86	()
79	()
72	()
65	()

Skóre ()

D. VYBAVENÍ

Jablko	()
Stůl	()
Koruna	()

Skóre ()

E. ŘEČ**1. Vyjmenování objektů:**

Hodinky	()
Tužka	()

Skóre ()

2. Opakování:

Opakujte po mně následující větu:

„Žádné kdyby, nebo, ale“ ()

3. Třístupňový příkaz:

Subjektu je podán arch papíru s příkazem:

„Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte ho na zem“

Papír vzatý do pravé ruky	()
Papír přeložený na polovinu	()
Papír položený na zem	()

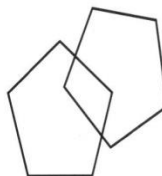
Skóre ()

4. Čtení:

Subjektu je podán arch bílého papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči!“ Subjekt je vyzván, aby napsal přečetl a udělal, co je napsáno. Skóruje se jako 1, když zavře oči. ()

5. Psaní:

Subjekt je vyzván, aby napsal jakoukoli větu. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso. Věta musí být smysluplná. Správná gramatika není nezbytná. ()

6. Kopírování:

Subjekt má co nejpřesněji okopírovat obrázek 2 protínajících se pětiúhelníků dle předlohy. Je třeba, aby bylo zachováno všech 10 úhlů obrazců a 2 úhly se musí protínat. Rozřícení a pootočení obrázku se nehodnotí. ()

Celkové skóre (max. skóre 30): ()

Příloha č. 5: Test hodin

Test hodin

V testu hodin je pacient dotazován, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Pokud je nutné, zopakujte instrukci, ale neradte.

Podle návodu ohodnoťte kresbu.

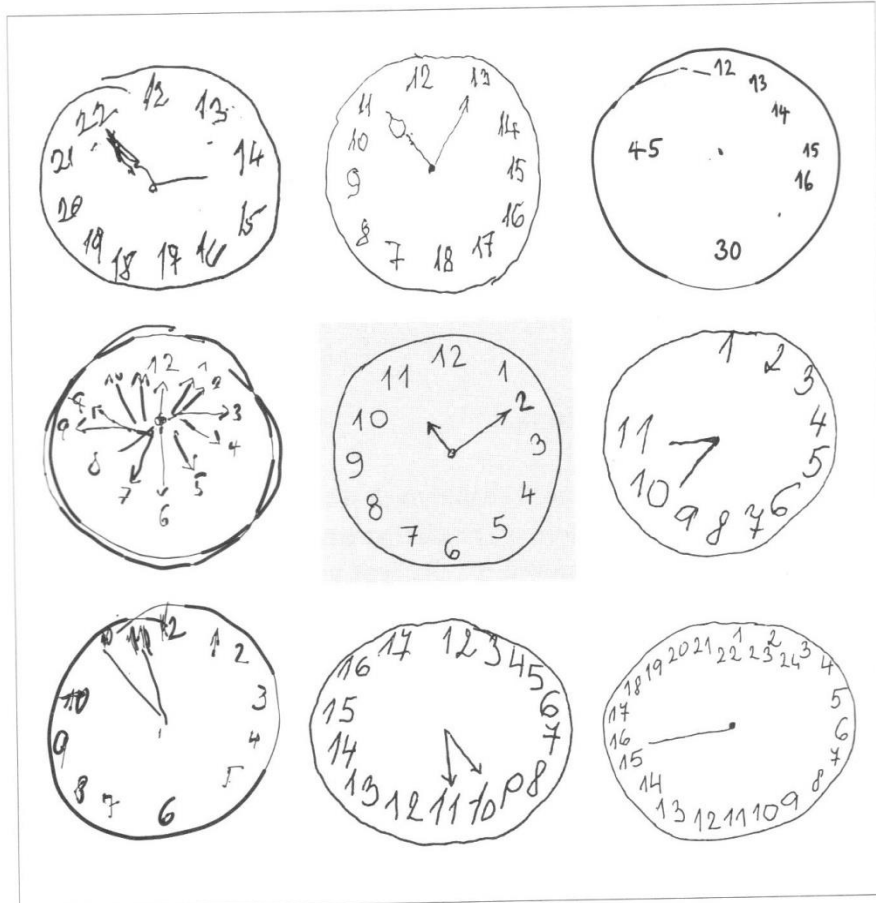
Jak jste dopadli?

1. *Integrita ciferníku* (maximálně 2 body)
 - 2: Kruh je nakreslen bez hrubšího narušení.
 - 1: Kruh je nedokončen nebo porušený.
 - 0: Schází nebo zcela nedostačivá kresba.
 2. *Kresba a pořadí čísel* (4 body)
 - 4: Čísla ve správném pořadí a minimální chyby v prostorovém uspořádání.
 - 3: Čísla nakreslena ve správném pořadí, ale chyby v prostorovém uspořádání.
 - 2: Některá čísla přidaná nebo naopak schází, ale zbývající nejsou výrazněji narušena. Čísla řazena proti směru hodinových ručiček. Všechna čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je hrubě narušeno (např. částečné opomíjení, čísla umístěna mimo kruh).
 - 1: Scházející nebo přidaná čísla a hrubé narušení prostorového uspořádání.
 - 0: Čísla schází nebo jsou nepatřičná.
 3. *Kresba a nastavení ručiček* (max. 4 body)
 - 4: Ručičky jsou ve správné pozici a přiměřeně veliké.
 - 3: Malé chyby v nastavení ručiček nebo nejsou rozdíly ve velikosti ručiček.
 - 2: Výrazné chyby v nastavení ručiček (výrazně mimo správné nastavení).
 - 1: Pouze jedna ručička nebo špatné znázornění ručiček.
 - 0: Ručičky schází nebo jsou perseverovány.
- Zdravé osoby by měly mít 9–10 bodů. Nižší výkon je již nápadný.

TEST KRESLENÍ HODIN

INSTRUKCE PRO VYŠETŘOVANÉHO

Vaším úkolem je namalovat hodiny tak, aby ukazovaly 11 hodin a 10 minut.
Tedy ciferník, všechna čísla a ručičky.



Příklady různých provedení testu kreslení hodin. Ve středu je vzorová kresba, kolem níž jsou ukázky chybných nálezů. Horní řada demonstruje špatné systémy a jejich přesmykání dokonce i v jednom provedení (12hodinový a 24hodinový a minutový systém). Střední dvojice hodiny ukazují kuriózní množství ručiček a nastavení ručiček na čas pouze podle slyšených čísel. V dolní řadě jsou čísla psaná bez plánu a chyby v ručičkách.

Příloha č. 6: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Škála deprese pro geriatrické pacienty / Geriatric Depression Scale (GDS)

Jednoduchým nástrojem pro rychlé a strukturované zhodnocení nálady je Škála deprese pro geriatrické pacienty (Dotazník nálady). Z mnoha různých verzí je často používána varianta s 15 otázkami. Pacient se vyjadřuje pomocí odpovědí ano/ne o svém prožívání v posledním týdnu. Po přiložení šablony nebo logickém vyhodnocení otázek se zjišťuje počet odpovědí s negativním prožíváním. Je-li skóre rovno či větší než 6 bodů, může jít o depresi. Velkou předností je možnost samostatného a rychlého vyplnění dotazníku pacientem, i když správná administrace předpokládá čtení otázek. U pacienta by mělo být MMSE vyšší než přibližně 20 bodů, jinak už výsledek není validní, protože chybí paměť na prožitky nebo porozumění otázkám.

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY / GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

INSTRUKCE PRO VYŠETŘOVANÉHO

U každé otázky zvolte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítili v průběhu posledního týdne.

1. Jste v podstatě spokojený(á) se svým životem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
2. Vzdal(a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
4. Nudíte se často?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
7. Cítíte se převážně šťastný(á)?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
8. Cítíte se často bezmocný(á)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel (šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
13. Cítíte se plný(á) elánu a energie?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> NE
14. Máte pocit, že je vaše situace beznadějná?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne
15. Myslíte si, že je na tom většina lidí lépe než vy?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ne

CELKOVÉ SKÓRE

Hodnocení: za každou odpověď vtištěnou velkými písmeny 1 bod.
 0–5 bodů normální nálada bez deprese
 6–10 bodů mírná deprese
 nad 10 bodů manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Příloha č. 7: Domov se zvláštním režimem Strom života



Zařízení DZR Strom života



Pokoj uživatele

Zdroj: www.peceoseniory.cz (publikováno se souhlasem uvedeného zařízení)

Příloha č. 8: CPS Holešov/ DZR Kopretina



Zařízení CPS Holešov/ DZR Kopretina



Pokoj uživatele

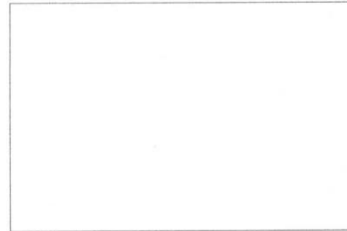
Příloha č. 9 Žádost o umístění do zařízení DZR Kopretina



Centrum pro seniory
Holešov

Centrum pro seniory, příspěvková organizace
Příční 1475, 769 01 Holešov

**ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DO
DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM
REŽIMEM**



Podací razítko CPS

Žadatel:			
příjmení	rodné příjmení	jméno	titul
Datum narození:			
den, měsíc, rok	místo	okres (stát)	
Trvalé bydliště:			
ulice	číslo	pošta	PSČ
Opatrovník: ANO NE			
.....			
jméno, příjmení			
.....			
adresa	telefon	e-mail	
.....			
soud	ze dne	číslo jednací	
Odůvodnění nutnosti umístění v Domově se zvláštním režimem:			
.....			
.....			
.....			
.....			
Příspěvek na péči: ANO NE Stupeň závislosti: I. II. III. IV.			

BANKOVNÍ SPOJENÍ
29336-691/ 0100
cpsholesov@cpsholesov.cz

IČ 47934531
TELEFON/FAX 573 397 755

INTERNET
www.cpsholesov.cz

E-MAIL



Centrum pro seniory
Holešov

Centrum pro seniory, příspěvková organizace
Příční 1475, 769 01 Holešov

Kontaktní osoby:

1.		
	jméno, příjmení	příbuzenský vztah k žadateli	
		
	adresa	telefon	e-mail
2.		
	jméno, příjmení	příbuzenský vztah k žadateli	
		
	adresa	telefon	e-mail
3.		
	jméno, příjmení	příbuzenský vztah k žadateli	
		
	adresa	telefon	e-mail
4.		
	jméno, příjmení	příbuzenský vztah k žadateli	
		
	adresa	telefon	e-mail

Prohlášení žadatele (opatrovníka):

Souhlasím s tím, aby Centrum pro seniory zpracovávalo mnou poskytnuté osobní údaje pro potřeby spojené s evidencí mé Žádosti o umístění do Domova se zvláštním režimem.

Osobní údaje poskytnuté v této žádosti jsou zpracovávány v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

.....
podpis žadatele (opatrovníka)

BANKOVNÍ SPOJENÍ
29336-691/ 0100
cpsholesov@cpsholesov.cz

IČ
47934531

TELEFON/FAX
573 397 755

INTERNET
www.cpsholesov.cz

E-MAIL



Centrum pro seniory
Holešov

Centrum pro seniory, příspěvková organizace
Příční 1475, 769 01 Holešov

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o umístění do Centra pro seniory, pobytové služby Domov se zvláštním režimem

Žadatel:			
příjmení	rodné příjmení	jméno	titul
Datum narození:			
den, měsíc, rok	místo	okres (stát)	
Trvalé bydliště:			
ulice	číslo	pošta	PSČ
Zdravotní pojišťovna:			
Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):			
Objektivní nález (status praesens generalis, v příp. orgánového postižení i status praesens localis):			
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):			

Diagnózy a alergie:**Přílohy (včetně aktuálních odborných vyšetření):**

(zaškrtněte odpovídající skutečnost)

Mobilita: 1. mobilní 2. mobilní za pomoci kompenzačních pomůcek 3. imobilní**Inkontinence:** 1. 2. 3.**HB s Ag****TBC****Abusus alkoholu****Abusus toxických látek****Patologické hráčství****Ošetřující lékař:**

datum

podpis, razítko

Vyjádření lékaře Centra pro seniory o vhodnosti umístění žadatele do zařízení sociálních služeb ve smyslu příslušných ustanovení vyhl. č. 505/2006 Sb., v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

.....
datum.....
podpis, razítko