

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Nabídka zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Pavlína Samcová

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková

Datum odevzdání práce: 7. 5. 2010

Abstrakt

Tato práce se zabývá zmapováním nabídky zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Alzheimerova choroba je onemocnění vyššího věku. V souvislosti se stárnutím populace se zvyšuje počet osob s tímto onemocněním.

Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku Alzheimerovy choroby, péči o klienty, komunikaci, aktivizační činnosti, metody na podporu komunikace a aktivizace u osob s Alzheimerovou chorobou. Dále je zde popsána problematika ochrany práv, omezující prostředky a způsobilost k právním úkonům.

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou naplňovány zdravotně sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pracovníků pracujících s touto skupinou osob. K jejímu zodpovězení byly stanoveny dílčí výzkumné otázky. Výzkum byl realizován v Domově pro seniory Máj p.o. a Prácheňském sanatoriu o.p.s. – Loucký mlýn.

Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu a zvolena metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného interview. Cíl práce byl naplněn v rámci odpovědí pracovníků na dílčí výzkumné otázky.

Tato práce lze využít pro informování laické i odborné veřejnosti o nabídce zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Abstract

This thesis deals with mapping the offer of health-social services to people suffering from Alzheimer's disease.

Alzheimer's disease is a disorder of higher age. Occurrence of the disease increases together with population ageing. The theoretical part of the thesis is aimed at the disease characteristics, care of clients, communication, advisory activities, communication and activation supporting methods for people suffering from Alzheimer's disease. It also deals with the issues of protection of rights, limiting means and ability to perform legal acts.

The aim of the thesis was to find out how health-social services to people suffering from Alzheimer's disease are fulfilled from the point of view of the staff working with this group of people. The research was performed at Home for Seniors Máj p.o. and Prácheňské sanatorium o.p.s. – Loucký mlýn.

Qualitative research strategy and the questioning method of semi structured interview technique were used for data collection. The thesis aim was fulfilled within the responses of the staff to partial research questions.

The thesis may be utilized as a source of information for the general public as well as professionals about the offer of health-social services to people suffering from Alzheimer's disease.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum

.....
podpis studentky

Poděkování

Děkuji Mgr. Dagmar Dvořáčkové za vedení, odbornou pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Zároveň děkuji pracovníkům vybraných zařízení za odpovědi a ochotu věnovat mi svůj čas. Poděkování patří také mé rodině, která mi byla oporou po celé studium.

Obsah

Úvod	8
1. Teoretická část	9
1.1 Alzheimerova choroba.....	9
1.1.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby	9
1.1.2 Klinický obraz a stádia nemoci	10
1.1.3 Diagnostika	12
1.1.4 Léčba.....	14
1.2 Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou.....	15
1.2.1 Formy péče	15
1.2.2 Prostředí pro osoby s Alzheimerovou chorobou.....	16
1.2.3 Komunikace u pacienta s Alzheimerovou chorobou	18
1.2.4 Aktivizační činnosti	20
1.2.5 Metody a přístupy používané ke komunikaci a aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou.....	21
1.3 Zdravotně sociální služby	26
1.3.1 Zdravotní služby	27
1.3.2 Sociální služby.....	27
1.3.3 Legislativní opatření sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou	29
1.3.4 Ochrana práv osob s Alzheimerovou chorobou.....	29
1.3.5 Omezující prostředky.....	31
1.3.6 Způsobilost k právním úkonům	33
1.4 Pracovníci vykonávající v sociálních službách odbornou činnost	33
1.4.1 Pracovníci v sociálních službách	34
1.4.2 Sociální pracovníci	34
1.5 Charakteristika zařízení	35
1.5.1 Domov pro seniory Máj p. o.	35
1.5.2 Prácheňské sanatorium o.p.s. - Loucký mlýn	37

2. Cíl práce	38
3. Metodika	39
3.1 Strategie výzkumu	39
3.2 Výzkumný vzorek.....	39
3.3 Harmonogram výzkumu	40
4. Výsledky	41
5. Diskuse	72
6. Závěr	76
7. Seznam použitých zdrojů	77
8. Klíčová slova	81
9. Přílohy.....	82

Úvod

Alzheimerova choroba je onemocnění vyššího věku a s věkem riziko vzniku onemocnění stoupá. Na světě je stále více starých lidí. Jak populace stárne, zvyšuje se i počet osob s Alzheimerovou chorobou.

Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku. Její příznaky se stále zhoršují. Léčba onemocnění zpomaluje, ale nedokáže jej zastavit.

S postupem onemocnění, kdy se zvyšují nároky na péči o klienty a rodina tuto péči nezvládá, je nutné zajistit celodenní péči o osoby s demencí. Z toho důvodu dochází k umístění do specializovaného zařízení či oddělení se zvláštním režimem v rámci Domovů pro seniory.

Pro osoby s Alzheimerovou chorobou je potřeba specializované péče. Pro zajištění péče je důležité propojení zdravotně sociálních služeb. Péče spočívá v zabezpečování potřeb klientů zdravotní a ošetrovatelskou péčí. Spolu s postupem onemocnění dochází ke zhoršování komunikačních schopností klientů. S ohledem na potřeby klientů je důležité přistupovat ke klientům individuálně. Součástí péče a režimu dne klientů jsou aktivizační činnosti, terapeutické aktivity a kulturní akce.

Téma zabývající se Alzheimerovou chorobou jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o práci se seniory, které bych se chtěla ráda věnovat.

Cílem práce bylo zmapování nabídky zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Ve své práci jsem se zaměřovala na způsoby naplňování zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pracovníků pracujících s touto skupinou osob.

1. Teoretická část

1.1 Alzheimerova choroba

Počet osob s demencí se zvyšuje s přibývajícím věkem. (Gabriel, 2009a) S ohledem na stárnutí evropské populace nabývá problematika neurodegenerativních onemocnění, především boje s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence na významu. (Mátlová, 2009) V roce 2008 žilo v Evropské unii více než šest miliónů lidí s demencí. V České republice žije přibližně 105 tisíc osob s demencí. (Gabriel, 2009a)

Jako první onemocnění popsal v roce 1906 profesor Alois Alzheimer na případu pacientky Augusty D. (Pidrman, 2007)

Do věku 45 let se vyskytuje vzácně. U pacientů ve věku do 65 let se používá název Alzheimerova demence, po 65. roce věku senilní demence Alzheimerova typu. (Seidl, Obenberger, 2004)

1.1.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby

Dle Holmerové: „Demenci definujeme jako soubor příznaků, který zahrnuje poruchu kognitivních funkcí, změny chování a poruchy soběstačnosti. Syndrom má mnoho příčin, nejčastější z nich je Alzheimerova choroba.“ (Gabriel, 2009a, s. 6)

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k poškození a zániku mozkových buněk. V mozkové tkáni ubývá látka acetylcholin, která slouží k přenosu informací mezi mozkovými buňkami. Při nedostatku acetylcholinu si postupně buňky ztrácí schopnost vzájemně vyměňovat informace. (Gabriel, 2009a)

Příčinou onemocnění je předčasné odumírání neuronů v mozkové kůře na základě degenerativních změn. (Fiala, 2009) Dle Seidla a Obenbergera (2004) je příčina neznámá, ale onemocnění se považuje za multifaktoriální. Mezi rizikové faktory řadí toxické látky a pomalé viry. (Seidl, Obenberger, 2004) Za významný rizikový faktor je považován věk. Riziko vzniku také zvyšuje rodinná anamnéza. Dalšími riziky jsou genetické faktory, přítomnost alely pro apolipoprotein E4, ženské pohlaví, nižší vzdělání, úraz či opakované úrazy hlavy. (Pidrman, 2007)

1.1.2 Klinický obraz a stádia nemoci

Pro onemocnění je charakteristický plíživý začátek a trvale postupující progrese. (Topinková, 2005, Weber, 2000) Zpočátku se onemocnění projevuje postupným zhoršováním paměťových a rozumových schopností, u nemocného se začíná rozvíjet demence. (Gabriel, 2009a) Jsou postiženy hlavně paměť, řeč, orientace, zrakově-prostorové funkce a zručnost. Často se objevují poruchy chování. (Topinková, 2005) U osob s demencí se příznaky nevyvíjejí stejným způsobem. Pro určování vlivu demence na osobnost jsou důležitými faktory zdravotní a sociální situace.¹

Topinková (2005) a Piedrman (2007) uvádí, že u demence jsou přítomny kognitivní poruchy, omezení aktivit denního života neboli v instrumentálních činnostech, behaviorální a psychologické příznaky.

Kognitivní poruchy se objevují již v časných stádiích, kdy dochází k poruchám orientace v prostoru, poruchám úsudku a narušeny jsou také logické kroky. Typické je porušení schopnosti abstrakce. (Piedrman, 2007) Nemocní zapomínají to, co chtěli právě udělat, ztrácejí osobní věci. (Jiráček, 2008) Myšlení je chudé a snižuje se slovní zásoba. Řeč je stereotypní, s přítomností verbigerace neboli stereotypním opakováním jednoho slova a perseverance neboli ulpíváním na jednom tématu, myšlence. (Piedrman, 2007)

Aktivity denního života zahrnují běžné činnosti, které se v průběhu onemocnění zhoršují. (Piedrman, 2007) V počátečních stádiích zapomínají složitější aktivity, jako obsluha počítače, řízení automobilu. S postupem demence se snižují i jednodušší aktivity. U těžkých demencí jsou postiženy základní aktivity, jako je oblékání, osobní hygiena, schopnost samostatně se najíst. Objevuje se inkontinence moči i stolice. Nejsou schopni rozpoznat osoby, zapomínají i jména svých nejbližších. (Jiráček, 2008)

Behaviorální a psychologické příznaky se v průběhu onemocnění vyskytují s různou intenzitou a mají dočasné trvání. Znamenají závažnější průběh onemocnění a vedou k ústavní péči. (Topinková, 2005) Zahrnují poruchy chování a další chorobné projevy. Jedná se o vznětlivost, agitaci, změny nálad, především úzkost, depresi, apatii,

¹ *Early symptoms.* [online]. 31.1.2008 [cit.2009-11-12]. Dostupné: <http://www.alz.co.uk/alzheimers/symptoms.html>.

někdy i elaci nálady. Dále noční bloudění a psychotické příznaky, jako bludy a v terminálních stádiích také halucinace. Pro emoční sféru je typické oploštění. V osobnosti nemocných se vyskytuje egocentrismus, sobeckost, podezřívavost. Přestávají o sebe pečovat. Nemocný ztrácí motivaci, zájem a dřívější aktivity. (Piedrman, 2007)

Z důvodu pozvolného a nenápadného nástupu je obtížné zjistit počátek onemocnění, které probíhá řadu roků v latentní formě, což zkrusluje dobu trvání choroby. (Seidl, Obenberger, 2004) Alzheimerova choroba trvá od výskytu prvních příznaků do smrti 7–10 let. Někdy postižení přežívají déle než 15 let, nebo naopak umírají časně i do tří let po objevení se prvních příznaků, především u geneticky podmíněných forem s časným začátkem. (Jirák, 2008)

Weber (2000), Piedrman (2002), Topinková (2005) a Jirák (2009) se shodují, že lze průběh onemocnění rozdělit na tři stádia: lehká demence - časná fáze, střední demence - intermediální fáze a těžká demence - terminální fáze.

Lehká demence (časná fáze) – pro tuto fázi je charakteristická mírná porucha orientace, porucha výbavnosti pro nové události a porucha řeči (dysnomie). (Topinková, 2005) Nemocný není schopen učít se, pamatovat si informace, má jazykové problémy. Schopnost zvládání úkolů každodenního života se stává obtížným. (Weber, 2000) Jirák (2009) uvádí, že se poruchy paměti vyznačují jednak subjektivně, člověk si uvědomuje úbytek paměti, ale jsou také objektivně měřitelné testovacími metodami. (Jirák, 2009) U nemocného se objevuje zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit, změny chování nebo nálady (apatie, deprese). (Topinková, 2005) V této fázi se vyskytuje emoční nestabilita. Jedinci s demencí se často stávají vznětliví, neklidní a nepřátelští. (Weber, 2000)

Střední demence (intermediální fáze) – pro tuto fázi je charakteristické prohloubení problémů. (Weber, 2000) Dochází k dezorientaci místem, časem, nemocný se ztrácí na známých místech. (Topinková, 2005) Bloudí po bytě, okolí bydliště, k okolí reagují neklidně až agresivně. Objevují se iluze, halucinace i bludy. (Weber, 2000) Dále je porušena řeč (dysnomie + porozumění), dochází k prohloubení poruchy paměti, ztrátě náhledu, potížím se zvládáním běžných domácích prací, dodržováním hygieny a

vyskytují se závažnější poruchy chování. (Topinková, 2005) Nemocný se sám o sebe nepostará. Potřebuje pomoc při umývání, toaletě, oblékání i jídle. (Weber, 2000)

Těžká demence (terminální fáze) – pro tuto fázi je charakteristická úplná závislost nemocného na okolí. (Weber, 2000) Objevuje se těžká dezorientace, těžká porucha staropaměti i novopaměti, porucha pohybových stereotypů včetně chůze. (Topinková, 2005) Nemocný je imobilní, inkontinentní, není schopen jakékoli aktivity. Je riziko vzniku imobilizačního syndromu- podvýživa, pády, dekubity, sepse a pneumonie. (Weber, 2000)

1.1.3 Diagnostika

Přesná diagnóza lze určit mozkovou biopsií, která se většinou neprovádí. (Seidl, Obenberger, 2004) Diagnostika probíhá na základě klinického obrazu a objektivních údajů od blízké osoby.² Jak uvádí Jiráček (2008) průběh a klinický obraz demence je diagnosticky důležitý. (Jiráček, 2008) V anamnéze se zjišťují informace o začátku onemocnění, vývoji poruchy, schopnost sebeobsluhy, prodělaných onemocněních a užívaných lécích.²

Z funkčních neuropsychologických testů se používají:

Test MMSE (mini mental state examination) (viz příloha č. 2) je používán jako screeningový test, ale není vždy spolehlivý. Může poskytovat falešně negativní výsledky i osoba s poměrně vysokým skóre v tomto testu může trpět Alzheimerovou chorobou. (Jiráček, 2008) Je používán nejčastěji a orientačně hodnotí základní kognitivní příznaky. (Fiala, 2009)

Test kreslení hodin (Clock – drawing test) prokazuje poruchu plánování, schopnost řešení několika stupňových úkolů a schopnost abstrakce. (Fiala, 2009)

Dále se používá *test kognitivních funkcí ADAS (alzheimer disease assessment scale)*. (Jiráček, 2008)

² *Informace pro lékaře.* [online]. 2003 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

Pro diagnostiku je důležité rozpoznání reverzibilních demencí s léčitelnou příčinou. Používají se běžná vyšetření jako EKG, RTG plic, EEG,³ které ukazuje změnu aktivity mozku (Jirák, 2009) a laboratorní vyšetření.³ Dle Webera (2000) je vhodné vyšetření T₄, TSH, vitamínů B₁₂, foliátů, serologická vyšetření na lues a AIDS. (Weber, 2000) Naopak Fiala (2009) doporučuje provést základní laboratorní vyšetření, tj. sedimentace, krevní obraz, minerály, glykémie, renální a jaterní funkce, vyšetření štítné žlázy, vit. B12, pro vyloučení sekundárních příčin kognitivních poruch. Jiné testy z důvodu ekonomické náročnosti nedoporučuje. Jejich provedení se zvažuje individuálně. (Fiala, 2009)

K potvrzení diagnózy se používají zobrazovací metody CT a MRI, k vyloučení jiné příčiny demence. Pokud se jedná o Alzheimerovu chorobu, nachází se kortikální mozková atrofie včetně rozšíření Sylviových rýh a postranních komor. (Seidl, Obenberger, 2004) Vyšetření SPECT a PET informují o kvalitě mozkového metabolismu, mozkovém krevním průtoku, přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů v mozku. (Jirák, 2009)

Určení stupně demence (lehká, střední, těžká) se posuzuje na základě klinického obrazu (porovnáním s diagnostickými kritériem MKN – 10) a výsledků posuzovacích škál.³ Obecná kritéria pro demenci jsou uvedena v *klasifikaci DSM.IV*. Diagnostický proces má probíhat dle *ADRDA kritérií* pro klinickou diagnózu. Progresi onemocnění lze měřit použitím *Global Deterioration Scale* (GDS). (Pidrman, 2007)

Dále se provádí hodnocení *aktivit denního života (ADL)* zahrnující běžné činnosti nemocného a hodnocení *behaviorálních změn*, které zahrnuje psychologické symptomy mimo kognitivní příznaky, které se v průběhu demence mohou projevit. (Pidrman, 2007)

³ *Informace pro lékaře.* [online]. 2003 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

1.1.4 Léčba

Dodnes neexistuje žádná preventivní nebo skutečně léčebná péče pro Alzheimerovu chorobu.⁴ Léčba dokáže postup onemocnění zpomalit, ale nedokáže jej zastavit. (Gabriel, 2009b) Cílem léčby je na počátku onemocnění ovlivnit rizikové faktory, včasnou, přesnou diagnózu a léčbu. Ve fázi pokračující demence je cílem zpomalení progresu, udržení soběstačnosti a v konečné fázi uplatnění paliativních postupů ošetrovatelskou a pečovatelskou péčí. (Topinková, 2005)

Farmakoterapii lze rozdělit na *kognitivní*, ovlivňující poznávací funkce a *nekognitivní*, ovlivňující hlavně behaviorální a psychologické příznaky demence (chování, emoce, spánek). (Jirák, 2008)

Kognitivní farmakoterapie využívá inhibitory mozkových cholinesteráz. Tyto látky vedou k odbourávání acetylcholinu a tím zlepšují porušený přenos vzruchů. Tím dochází ke zlepšení paměťových funkcí. Řadí se sem přípravky donepezil, galantamin, rivastigmin. (Jirák, 2009) Mohou oddálit nejhorší stádia nemoci a zmírnit příznaky onemocnění. U 50 – 60% osob vedou ke zlepšení nebo stabilizaci stavu přibližně na 9 – 12 měsíců.⁵

K farmakoterapii se dále užívají excitační aminokyseliny. Používají se v těžších stádiích. Do této skupiny se řadí látka memantin, která chrání nervovou buňku před škodlivými látkami a zlepšuje schopnost učení. (Jirák, 2009)

Nekognitivní farmakoterapie, k léčbě poruch chování a přidružených delirií, využívá látky ze skupiny antipsychotik (neuroleptika). Antipsychotika 2. generace, jako je risperidon, quetiapin, se užívají při převládajících psychotických příznacích (bludy, halucinace). (Jirák, 2008) K léčbě se také používají antidepresiva proti depresi a anxiolytika proti úzkosti. (Jirák, 2009)

⁴ *Treatment of Alzheimer's disease*. [online]. 5.8.2009 [cit.2009-10-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Treatment-of-Alzheimer-s-disease>.

⁵ *Informace pro lékaře*. [online]. 2003 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

1.2 Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou

Péče o člověka s demencí je náročná, vyžadující speciální kvalifikaci, chráněné a prostorově upravené prostředí. Nejlépe se osvědčuje péče ve specializovaných zařízeních nebo na samotných odděleních domovů pro seniory. Při péči je důležité podporovat důstojnost, spokojenost, pocit zvládnání a úspěchu v každodenním životě, s možností využití zachovalých schopností, individuální péče a pečovatele, kteří s ním dokážou komunikovat a rozumějí jeho problematickému chování. (Janečková, 2005)

Dle Janečkové: „*Nabídka služeb pro osoby s demencí a pečující rodiny je dnes už poměrně dobrá, i když ne zcela upokojující.*“ Možnost zajistit důstojnou institucionální péči pro člověka v pokročilé fázi demence je však dosud stále nedostačující. (Janečková, 2005, s. 183) Podobně Holmerová (2009) uvádí, že v současné době stále neexistují dostatečné legislativní podmínky pro zajištění adekvátní péče o osoby s demencí a ve zdravotnických zařízeních je pobyt časově limitován. (Jirák, 2009)

1.2.1 Formy péče

Péče je poskytována formou *denních stacionářů*, kde je poskytována respitní (úlevná) péče rodinám. Denní program zajišťují ergoterapeuti, speciálně školené pečovatelky, případně i sociální pracovníci. (Janečková, 2005). Cílem je poskytnout pečujícím rodinným příslušníkům, (Jirák, 2009) možnost si odpočinout, načerpat sílu, případně docházet dále do svého zaměstnání. (Janečková, 2005) Denní stacionář slouží po celý den, několik hodin denně nebo jen po několik dní v týdnu, dle jednotlivých potřeb klientů a jejich rodin. (Jirák, 2009)

Další formou péče je *rezidenční péče*, při které se jedná o dlouhodobý či trvalý pobyt.⁶ Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory poskytující trvalý pobyt a široké spektrum služeb od nejrůznějších programů aktivit až po ošetrovatelskou i rehabilitační péči a hospicovou péči o umírající. (Janečková, 2005) Dle Holmerové (2009) je potřeba vytvoření kvalitních oddělení dlouhodobé zdravotně

⁶ *Charakteristika rezidenčního oddělení Vážka* [online]. 9.2.2009 [cit.2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575>.

sociální péče pro osoby s demencí, které by respektovala specifické potřeby pacientů s demencí. (Jirák, 2009)

1.2.2 Prostředí pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Oddělení pro osoby s demencí mají být ideálně s kapacitou 15 maximálně 20 pacientů. Nutností je dohled kvalifikované sestry. Je potřeba, aby na oddělení byl přítomen pracovník v sociálních službách. (Jirák, 2009)

Při péči je důležitou úlohou sociální prostředí, tj. rodina, dobrovolníci, pečovatelský tým, které zprostředkovává kontakt se světem. Je důležité pro navázání kontaktu a komunikaci s lidmi a zároveň zdrojem účinné stimulace, která probouzí v osobě prožitky vjemů a pocitů. (Janečková, 2005) Prostředí musí být bezpečné a vyhovovat potřebám člověka (dostatečné osvětlení, dostatek známých předmětů - fotografie, obrázky).⁷ Zařízení by mělo být zabezpečeno proti možnému odchodu osob s demencí, mělo by vytvářet pocit domova s velkou centrální místností zahrnující kuchyň, se snadno dostupnou toaletou a pohodlným, bezpečným nábytkem umožňující odpočinek i celou řadu aktivit. (Zgola, 2003 In Janečková, 2005) Dle Koběrské (2003) i člověk v pozdní fázi demence je schopen vnímat lidský hlas, příjemné či nepříjemné podmínky, vyjádřit své přání a spolupracovat s pečovatelem. (Koběrská, 2003 In Janečková, 2005)

Režim na oddělení má být individuální, respektující potřeby jednotlivých klientů, jejich kvalitu, život a důstojnost. Jedinci ve fázi rozvinuté demence potřebují být vedeni k určitým aktivitám a k dennímu režimu. (Jirák, 2009)

Po přijetí do zařízení prochází klient procesem adaptace na nové prostředí. Klient dostává klíčového pracovníka, osobu, která mu bude v celém zařízení nejbližší, na niž se může obrátit, jež mu bude věnovat čas. S příchodem klienta vzniká **individuální plán péče**. (Janečková, 2005)

Individuální plánování sociální služby je stanoveno ve standardech kvality sociálních služeb. Při poskytování sociálních služeb, je povinností poskytovatele mít

⁷ Informace pro lékaře. [online]. 2003 [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování postupu poskytování služby. Společně s jedincem plánuje postup poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby a průběžně hodnotí naplňování osobních cílů. Pro postup plánování a hodnocení plánu má pro každou osobu určeného zaměstnance.⁸ Individuální plán péče vychází z hodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, posouzení potřeb a soběstačnosti. Plán stanoví nejdůležitější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav (např. rehabilitací, ošetrovatelskou péčí, vhodnější medikací, výživou, psychoterapií, změnou fyzického prostředí, vytvořením možností k aktivitě) nebo zlepšit kvalitu života (nastavením hladiny podnětů, paliativní péčí, intenzivnější komunikací a podporou vztahů). (Janečková, 2005)

Při tvorbě individuálního plánu se zjišťují přesné a aktuální *informace* o klientovi, které mají být pro vytvoření, udržování a podporování vztahu pečovatele s člověkem postiženým kognitivní poruchou zásadní význam. Člověk s demencí není schopen informace poskytnout a aktualizovat nezávisle a spontánně. Pečovatel má být bdělý a ve střehu a získat o klientovi informace o jeho minulosti, osobnostních rysech, současných zážitcích, jeho schopnostech, které vyplývají ze soustavného hodnocení kognitivních schopností a funkčního potenciálu. Před *stanovením plánu* a jeho řešení musíme znát situaci, získat fakta a problém definovat. Po definování problému dochází ke *stanovování cíle* a *vytvoření plánu*. Při samotném *vytvoření plánu* se posuzují možnosti změny osoby, celkového prostředí a lidského prostředí, aby se dosáhlo zlepšení stavu. *Stanovování plánu* je návrh průběhu akce. Plán může mít podoby přizpůsobení pečovatele chování klienta, změnu rutiny, priorit nebo stavu věcí, změnu přístupu pečovatele k situaci, zavedení programu, dále může zahrnovat požadavek na léky nebo léčení a postup kroků směřující k cíli. *Realizace plánu* musí být aplikována důsledně, odpovědně a vytrvale. U osoby postižené poznávací poruchou, která si nepamatuje poslední události a pevně lpí na starých zvycích, se někdy zdá, že plán vše zhoršuje. Ke zlepšení dochází po obnovení vztahu důvěry. *Hodnocení výsledků* musí nastoupit při

⁸ Vyhláška 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

přijetí plánu. Jestliže má zásah efekt žádoucí, je potřeba v něm pokračovat. Zásahy do chování činí situaci zvládnutelnější, ale neodstraní skryté faktory. Pokud zásah nevede k žádoucímu účinku nebo pokud účinek přestane, proces začíná od začátku shromažďováním informací. Pro účinnost procesu musí personál pracovat týmově. (Zgola, 2003)

Součástí péče o klienta je *práce s rodinou klienta*. Spolupráce s rodinou začíná přijetím klienta do zařízení, ale i dříve. Pocit, že někdo pečuje za ně, často rodinu vede k poklesu či ztrátě zájmu o příbuzného a k omezení kontaktů. Proto je důležité domluvit s rodinou, které úkoly jí zůstávají a které může za ni převzít. (Zgola, 2003 In Janečková, 2005)

1.2.3 Komunikace u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Komunikace je procesem předávání informací mezi dvěma či více osobami. (Pokorná, 2008) Alzheimerova choroba ovlivňuje komunikaci a vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem. Komunikační problém může způsobit izolaci a opuštění člověka s demencí. (Zgola, 2003) Pro komunikaci je důležité vytvořit dobré podmínky. Zjistit, co jedinec nyní dělá, pokud vnímá, může začít komunikaci. Vhodné je vnímat neverbální projevy. Pokud klient nerozumí pokusit se totéž říci jinak. (Minibergová, Dušek, 2006)

Dle Klevetové a Dlabalové (2008) je při komunikaci a spolupráci u osob s demencí důležité získat informace o stupni a typu demence, dbát na správné oslovení, používat jednoduché a srozumitelné věty, hlubší tón hlasu, postupné ukládání pokynů. Při práci pak sdělovat co děláte a informovat pacienta o čase a prostoru, nenaléhat pokud odmítá některou činnost, nevyvracet nereálné a nemožné pocity, sledovat a brát v úvahu činnosti klienta, poskytovat podporu, věřit světu klienta, pochopit chování, nevyvracet myšlenky, umět vést nesmyslné rozhovory a chválit klienta za konkrétní činnosti. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Ke klientům s demencí je potřeba přistupovat trpělivě, reflektovat jejich stav, hledat to co potřebují. (Jiráček, 2009)

Principy efektivní komunikace:

- S osobou s poruchou kognitivních funkcí je potřeba zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se.
- Pečovatel je zodpovědný za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí.
- Nejdůležitějším úkolem při komunikaci je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru.
- Osoba, se kterou pracujeme, má skutečnou poruchu komunikace, která nelze opomenout. K překonání problémů lze použít účinné strategie. (Zgola, 2003)

Zásady přístupu k pacientovi s demencí:

- Osobu s demencí se snažit udržet v dobrém fyzickém stavu.
- Ponechávat jedinci jeho osobní prostor např. rodinné fotografie, památné předměty.
- Nevykonávat za klienta úkony, které zvládne sám.
- Pokoušet se povzbuzovat např. vůněmi, hudbou, pohybem.
- Bránit izolaci od ostatních, podporovat příbuzné a přátele k návštěvám.
- Udržovat dobrý fyzický vzhled (péče o vlasy a oblečení). (Minibergová, Dušek, 2006)

Při počínající demenci se snažíme klienta vrátit do reality sdělením skutečnosti bez posuzování. Cílem je zachovat základní informace o sobě samém, o prostředí, o lidech, s kterými žije a upevňovat podvědomí, aby se orientoval v tom co se děje. Pomáháme orientovat se v místě, čase a situaci a zároveň procvičovat krátkodobou paměť. Důležité a přínosné je seznámení s okolím a sdělení jak je venku, tím se klient uvádí do reality dne. Nemocného oslovujeme jménem a vysvětlujeme, co a proč dělá. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Při pokročilé demenci nevyvracíme prožitky a vzpomínky, ale prožitky člověka potvrzujeme a hledáme souvislosti s prožitými životními událostmi. K tomuto účelu se využívá validační a rezoluční terapie. (Klevetová, Dlabalová, 2008) V této fázi demence dochází k omezení komunikace a s postupem onemocnění do terminální fáze i k vyhasnutí složky verbální. S klientem je přesto možné komunikovat, zejména

nonverbálně. (Jirák, 2009) Nonverbální komunikace je komunikace nepoužívající slov. Lze jí sdělovat emoce, pocity, nálady, afekt, navázání bližšího styku, vytvoření dojmů a ovlivnění postojů. (Pokorná, 2008) Tato komunikace však vyžaduje dlouhodobou znalost klienta. (Jirák, 2009)

U osob s částečně či úplně znemožněnou verbální komunikací umožňuje dorozumívát se, komunikovat se svým okolím, vyjádřit pocity, přání a reagovat na podnět *augmentativní a alternativní komunikace*. Augmentativní komunikační systémy podporují existující komunikační schopnosti a usnadňují porozumění řeči a vyjadřování. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. Při výběru prostředků je nutné přistupovat individuálně a posoudit způsob dorozumívání, stupeň porozumění řeči, komunikační potřeby jedince, pohybové možnosti a úroveň kognitivních schopností. Komunikační systémy se rozlišují na dynamické nebo statické. K *dynamickým* se řadí znaky, gesta, prstová abeceda, znakový řeč a jazykový systém Makaton, který poskytuje základní prostředky komunikace a podporuje rozvoj řeči. Znaky a řeč jsou obvykle doplňovány obrázkovými symboly. K *statickým* systémům se řadí systém Bliss, který využívá místo slov jednoduché obrázky a piktoqramy, která vyjadřují zjednodušená zobrazení předmětů, činností, vlastností. (Klenková, 2004)

1.2.4 Aktivizační činnosti

Smysluplná aktivita při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou je prostředkem, který se využívá k rozptýlení deprese, zklidnění nervozity a neklidu. Aktivita jsou procesem, při kterém je poskytována jedinci příležitost žít vyhovujícím způsobem, pokračovat v tom co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. (Zgola, 2003)

Individuální aktivity nabízí podpůrné prostředí a podporují dosažení úspěchu. (Zgola, 2003) S rozvojem onemocnění a zhoršováním celkového stavu je potřeba individuálního režimu. (Jirák, 2009) Skupinové aktivity jsou oproti individuálním náročnější na pozornost. (Zgola, 2003)

Cílem programů v rezidenční péči je posílení pocitu hodnoty života a posílení funkčních schopností, podpora fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora kvality života navzdory omezením způsobených onemocněním. (Janečková, 2005) Aktivity na odděleních mají probíhat pod dohledem ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta a připravovány s jejich spoluprací. (Jirák, 2009)

Programové aktivity snižují efekt sensorické deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí a rozbíjí cyklus vedoucí k naučené neschopnosti. (Zgola, 2003)

Při přípravě aktivit se musí aktivity přizpůsobit schopnostem a osobnosti klienta. Činnost musí klienta těšit, poskytnout zpětnou vazbu a být naplánována, aby zapojila člověka přímo. Dále musí být činnosti jednoduché a konkrétní, potřebou je do činností zapojovat co nejvíce smyslů, s využitím rytmických prvků (tleskání, podupávání) a zaměřovat hodiny tématicky. *Při provádění aktivit* je potřeba klientům určit stálé místo pro práci, snížit rozptylující podněty, omezit možnosti výběru, vyhnout se dvojjazyčnosti, nepoužívat složité slovní spojení, podávat jasné a podrobné instrukce pomocí jednoduchých a krátkých vět, napomáhat vizuálními prostředky, vyloučit případný neúspěch, povzbuzovat a chválit. (Kotisová, Kovalčíková, 2004)

Pokud klient přestává mít zájem o aktivity, přestáváme usilovat o účast při aktivitách. Snahou je nabídnout jednoduché a pestré činnosti a vedení k sebeobsluze. (Jirák, 2009) Kotisová a Kovalčíková (2004) uvádí, že nejsou důležité výsledky, ale samotná činnost.

U klientů v počáteční fázi demence lze použít jednoduché metody a techniky, které podporují paměť a jiné kognitivní funkce. (Kotisová, Kovalčíková, 2004)

1.2.5 Metody a přístupy užívané ke komunikaci a aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou

Bazální stimulace je koncept podporující lidské vnímání. K základním prvkům patří pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Umožňuje osobám se změnami v těchto oblastech podporu, pomocí cílené stimulace smyslových orgánů, s využitím schopnosti lidského mozku uchovávat životní návyky v mozkových drahách.

Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze opět aktivovat mozkovou činnost a podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů. (Riedlová, 2007)

Kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability. Cvičení, vycházky a jiné pohybové aktivity je vhodné zařadit do programových aktivit pro osoby s rozvinutou demencí nebo jako individuální. Délka a náročnost pohybové aktivity se musí přizpůsobit osobám s demencí. (Jirák, 2009) Kinezioterapie působí pohybem na psychiku, duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím určeného, aktivně prováděného pohybového programu využívající prvky tělesného cvičení, sportů a pohybových her. (Hátlová, Suchá, 2005)

Kognitivní trénink se používá hlavně v lehkém a středně pokročilém stadiu. Náročnost je nutná přizpůsobit účastníkům. Důležité je navození pocitu důvěry, vhodné úkoly, a abychom vytvořili pozitivní zpětnou vazbu. Trénink vede k procvičení a aktivizaci, ale většinou nedochází, v důsledku postupu onemocnění, ke zlepšení. Při rozvinuté demenci se používají cvičení využívající dlouhodobou paměť. (Jirák, 2009)

Kondiční ergoterapie má za cíl smysluplnou činnost pro osoby s demencí, vnímání důležitosti a sounáležitosti, vyplnění volného času, ale také udržení i rozvíjení stávajících schopností pacienta. Působí k uvolnění nahromaděné energie. Využívané činnosti jsou výtvarné techniky, textilní techniky, práce s papírem, s přírodními materiály a nácvik jemné motoriky. (Hátlová, Suchá, 2005)

Muzikoterapie je využívání hudby jako léčebného prostředku. Používá se zpívání písní s doprovodem hudebního nástroje, bez hudebního nástroje nebo pouze poslech hudby. (Hátlová, Suchá, 2005)

Naučený postup je přiblížení postupů vyhovující člověku s demencí individuálně, jak je zvyklý různé aktivity provádět např. hygiena, jídlo. Cílem je zjistit co nejpodrobněji důležité údaje o osobě s demencí. (Jirák, 2009)

Orientace realitou je jednou z nejstarších přístupů, ale dnes se využívají jen některé prvky. Vznikla jako reakce na dezorientaci osob s demencí a mylného názoru, že nejlepší je člověku s demencí poskytnout podmínky pro usnadnění orientace. Je prokázáno, že dochází ke zlepšení, ale za cenu diskonfortu a zhoršení stavu až nežádoucího chování. Z tohoto principu vyplývá, že je dobré myšlenky nevyvracet, ale pracovat s nimi (nabízí princip validace). (Jiráček, 2009)

Pet-terapie je charakterizována jako psychoterapie pomocí zvířecích miláčků. Celkově ovlivňuje funkce lidského organismu. Pozitivní účinky na psychiku se projevují snížením deprese a úzkosti, ovlivněním vyšší nervové činnosti, stimulací společenského chování a zlepšení komunikace osob s demencí. U fyziologických funkcí dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti. (Hátlová, Suchá, 2005)

Reflektivní podpora je multidisciplinární přístup, který je založen na zásadách:

- Člověka s demencí přijímat jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost, takto se chovat i v situacích, pokud není schopen poskytnout přiměřenou odezvu.
- Všemi úkony podporovat důstojnost a nezávislost člověka s demencí.
- jednání dle přání člověka s demencí.
- V léčbě a péči sledovat momentální stav a potřeby pacienta.
- Poskytovat, nabízet a zprostředkovávat příznivé a příjemné podmínky pro pacienta.
- Pomocí komunikace, verbální i nonverbální, poskytnout podporu, pocit jistoty a bezpečí.
- Ošetřující profesionálové i rodinní pečující tvoří spolupracující tým. (Jiráček, 2009)

Reminiscenční terapie je dle Klevetové a Dlabalové (2008) technika validační terapie, která se používá, pokud si nemocní uvědomují minulé zážitky. (Klevetová, Dlabalová, 2008) Zakladatelkou je angličanka Pam Schweizer, která reminiscenční terapii rozšířila v Evropě. (Janečková, 2005, Kalvach, 2004)

Metoda využívá vzpomínek, rozpomínáním na věci, které jsou pro jedince důležité. Za vhodnou je považována spolupráce s rodinou, která poskytuje informace, fotografie, ale i drobné předměty. Jednou z pomůcek je *životopis*, ve kterém se uvádí vše co je podle jedince důležité, čeho dosáhl ve svém rodinném, pracovním a společenském životě. Možností provedení je metoda „*memory book*“ neboli *portfolio života*, ve kterém jsou fotografie, ale i jiné obrázky, plány domu, vysvědčení, noviny. Jedna z podobných metod je „*memory box*“ neboli *kouzelná krabice* s drobnými předměty připomínající mládí a předchozí život např. kniha, památník. K provedení této metody lze zřídit „*memory room*“ místnosti vybavené jako v době mládí lidí žijících v zařízení. Zdrojem vzpomínek jsou také starý film, hudba, tanec. (Jiráček, 2009)

Reminiscenční terapie může probíhat formou skupinových setkání, ale hlavně každodenním individuálním kontaktem pečujících osob. Při práci se vzpomínkami se zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů:

- jejich život má význam, byl plný událostí,
- jde se o potvrzení identity, trvání života,
- zaměstnání paměti a myšlení,
- uspokojení potřeby předat zkušenosti,
- setkávání ve skupině, ve společenství lidí,
- vzpomínání umožňuje hodnocení a životní bilancování,
- vzpomínky jsou spojeny s pocity, emocemi, prožitky ze situací a zdrojem informací pro personál, dochází k posílení vztahu mezi seniorem a pečovatelem. (Janečková, 2005, Kalvach, 2004)

Rezoluční terapie je metodou, která pokládá za realitu vše, co klient řekl. Obnovování reality nemá účel a je nemožné. Vede k přijetí slyšeného bez opravování. Předpokládá obnovu sebedůvěry a důstojnosti. Je zachována dlouhodobá paměť, kdy se minulost stává přítomností. (Kleťková, Dlabalová, 2008)

Taneční terapie je dle americké asociace pro taneční/pohybovou terapii je definována jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení

emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. (Veleta, Holmerová, 2002, In Hátlová, Suchá, 2005) Tanec a hudba mají silný emoční náboj a usnadňují nonverbální komunikaci. Na psychiku člověka kladně působí hudba, příjemná atmosféra a vyjádření emocí. (Jiráček, 2009)

Technika preterapie umožňuje kontakt a vztah s osobami, kteří obtížně komunikují. Východiskem je důsledné uplatňování přístupu orientovaného na klienta. (Janečková, 2005, Kalvach, 2004) Zakladatelem je G. Prouty. (Janečková, 2005, Klevetová, Dlabalová, 2008) Využívá se u jedinců s agresí a depresí, kteří se nachází v jiném světě a jinak prožívají realitu. Reflexí sdělíme, že spoluprožíváme situaci spolu s klientem, že se cítíme jako on. Techniky preterapie jsou:

- *Uvědomění si situace* (situační reflexe) – emoční prožívání je zachováno. Popisování situace, kterou vidíme, sdělení co právě nemocný dělá.
- *Vyjádření emočního prožitku* (faciální reflexe) – hledání emoce z výrazu tváře.
- *Hledání vhodných slov* (verbální reflexe) – hledání souvislostí při nesrozumitelnosti vyjádření.
- *Tělová reflexe* – popisování činností, které klient dělá, k uvědomění svých pohybů.
- *Opakování slov po nemocném* – provádí se opakováním slov, kterým rozumíme. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Validační terapie je spojována se jménem Naomi Feilové, americkou sociální pracovnící, jež se zasloužila o rozšíření validace. Jedná se o přístup vycházející z humanistické psychologie, opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání. (Janečková, 2005, Kalvach, 2004) Vychází z filozofie, že každé chování člověka s demencí má svou příčinu, je doprovázeno emocemi související se vzpomínkami z minulosti. (Klevetová, Dlabalová, 2008) Cílovou skupinou jsou osoby staršího věku a osoby s Alzheimerovou chorobou, u kterých tyto techniky směřují ke zmírnění příznaků, ale ne k léčbě. Cílem je obnova sebeúcty, snížení stresu, odůvodnění prožitého života, řešení konfliktů z minulosti, zlepšení verbální a neverbální

komunikace, prevence stažení se do sebe, zlepšení pohybu, kvality života a vztah založený na důvěře. (Procházková, 2009)

Úkolem je hledat příčiny a zdroje zvláštních projevů člověka v minulosti, ve vnitřních pocitech, které prožívá a nemůže vyjádřit. (Janečková, 2005) Pokud osoba s demencí hovoří o svém blízkém, čeká na něj a nechce se zapojit do aktivity, pečující osoba jej neopravuje, ale ani jeho mylnou domněnku nerozvíjí chybným a nepravdivým směrem. Přijme jeho téma, hovoří s jedincem o jeho blízkém a přitom dochází ke zklidnění. (Jirák, 2009)

Videotrénink interakcí je moderní metoda pro zlepšování komunikace mezi pečovatelem a osobou závislou na péči. Kontakt pečovatele je snímán kamerou. Tím je umožněn rozbor komunikace a hledání možností, posilování a rozvoj pozitivních komunikačních dovedností. Tato metoda pomáhá personálu lépe spolupracovat s klientem, motivovat jej, předcházet problémovým situacím a při tom zachovat pacientovu identitu, jeho práva, autonomii a důstojnost. (Koběřská, 2003, In Kalvach, 2004)

1.3 Zdravotně sociální služby

Kalvach a Holmerová (2004) popisují služby pro seniory, jako jakékoli služby vyžadují důslednou individualizaci a respekt různorodosti seniorské populace. Individualizace vychází z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního člověka, u kterého může být adaptabilita překročena a důstojnost otřesena. (Kalvach, 2004)

Zdravotně sociální služby napomáhají k zabezpečení fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány. Jsou určeny osobám, které nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních činnostech a tato pomoc jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Zdravotně sociální služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních.⁹

⁹ *Sociální služby – způsoby pomoci.* [online]. [2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.

1.3.1 Zdravotní služby

Zdravotní služby by měly být součástí kontextu celospolečenských opatření reagujících na stárnutí populace. (Kalvach, Holmerová, 2004)

Ve vztahu ke zdravotním službám Kalvach a Holmerová (2004) vymezují okruhy problémů a potřeb podmíněných funkčním stavem pacientů:

- Standardní poskytování akutních zdravotnických služeb jen s mírným přizpůsobením a respektováním involučních změn.
- Poskytování akutních zdravotnických služeb ve specifickém geriatrickém systému odpovídající křehkosti a multimorbiditě.
- Poskytování dlouhodobé, mnohdy trvalé péče s důrazem na ošetrovatelskou péči. (Kalvach, 2004)

Při ošetrovatelské péči je potřeba zajistit základní potřeby nemocného tedy výživu, vylučování, koupání a pohyblivost. Cílem péče je minimalizovat rizika vzniku poranění nemocného i okolí, zabezpečit celkovou ošetrovatelskou péči a důstojné dožití. (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004) Specifická ošetrovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je zaměřena na *posuzování aktivit denního života* – soběstačnost, stravování, vylučování, spánek a bdění, aktivity a odpočinek, *na psychologické údaje* – vědomí, orientace, paměť, myšlení a *sociální údaje* – postupné zhoršování verbální a neverbální komunikace, neschopnost plnit běžné role, v sociálních interakcích, projevy zvýšené podezřívavosti vůči jiným osobám, později sociální izolace pacienta. Přiměřená ošetrovatelská péče umožňuje pacientovi fungovat co nejlépe. (Dugasová, 2008)

1.3.2 Sociální služby

Sociální služby a příspěvek na péči jsou poskytovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.¹⁰ **Sociální službou** je definována činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo předcházení sociálnímu vyloučení. **Sociální začleňování** zabezpečuje, že osoby sociálně vyloučené

¹⁰ *Sociální služby – poskytovatelé a dostupnost.* [online]. [2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.

nebo sociálním vyloučením ohrožení dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. **Sociálním vyloučením** se rozumí vyloučení osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.¹¹ Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem k zdravotnímu stavu nebo věku, k překonání těžké sociální situace. Staří lidé používají sociální služby k zajištění základních životních potřeb. (Kozlová, 2005) Pomáhají lidem žít běžným způsobem života. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti lidského života. K nejpočetnějším skupinám příjemců sociálních služeb patří senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.¹²

Sociální služby se rozlišují na tři základní druhy.

- **Sociální poradenství** – zahrnuje základní a odborné poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace. Je základní činností při poskytování sociálních služeb a poskytovatelé jsou povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby konkrétních sociálních skupin.¹¹
- **Služby sociální péče** – pomáhají osobám zabezpečit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je poskytnout v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.¹¹
- **Služby sociální prevence** – mají za úkol pomoci zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.¹¹

Sociální služby se poskytují formou služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

- **Pobytovými službami** jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních

¹¹ *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.* Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

¹² *Sociální služby – poskytovatelé a dostupnost.* [online]. [2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.

služeb.¹³

- **Ambulantními službami** jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.¹³
- **Terénními službami** jsou služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.¹³

1.3.3 Legislativní opatření sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou je dle ustanovení § 50 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytována v domovech se zvláštním režimem. Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je upraven podle specifických potřeb těchto osob.¹³

Mezi základní poskytované činnosti patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí.¹³

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých sociálních služeb stanoví vyhláška 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Poskytovatelé jsou povinni zajistit základní činnosti dle druhu poskytovaných služeb. Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zabezpečovány další činnosti.¹³

1.3.4 Ochrana práv osob s Alzheimerovou chorobou

Ochrana práv osob je vymezena dle standardů kvality sociálních služeb ve vyhlášce 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních

¹³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

službách.¹⁴ Pomocí standardů kvality sociálních služeb se ověřuje kvalita sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, prostřednictvím kterých, je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.¹⁵ Standardy kvality sociálních služeb zdůrazňují respektování práv klientů, které sebou přináší odstraňování omezování osob žijících v zařízení sociální péče. (Jirák, 2009) Povinností poskytovatele sociálních služeb je mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde. Dále má poskytovatel písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, při kterých by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací a písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů.¹⁴

Klienti s demencí by měli žít v prostředí, které je bezpečné a s minimálními riziky. Rizikem je odchod ze zařízení, hrozí, že jedinec s demencí nenajde cestu zpět. Z tohoto důvodu je vhodné, aby na odděleních pro osoby s demencí byl režim, kterému se říká polootevřený. (Jirák, 2009)

Otázkou je jak respektovat potřeby osob s demencí a jejich práva. Holmerová (2009) uvádí, že je potřeba specializovaných oddělení pro osoby s demencí. Podkladem je stanovisko Veřejného ochránce práv, dle kterého by se seniorům s demencí nemělo omezovat právo volného pohybu. Ale určitá míra omezení je potřebná pro omezení rizika. (Jirák, 2009)

Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje osoby postižené demencí a jejich rodiny v evropských zemích prostřednictvím *Evropské charty pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe*, která vznikla na výročním sjezdu Evropské Alzheimerovské asociace v Lucernu roku 1998. Evropská

¹⁴ Vyhláška 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 2010. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

¹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

alzheimerovská společnost se zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb osob postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi (viz příloha č. 3).¹⁶

Česká alzheimerovská společnost vydala *chartu práv pacientů*, ve které jsou uvedena práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence (viz příloha č. 4).¹⁷

1.3.5 Omezující prostředky

Demence způsobuje poruchy chování, které ztěžují péči a mohou klienta ohrozit.¹⁸ Při poskytování sociálních služeb, opatření omezující pohyb osob, nelze používat. S výjimkou případů přímého ohrožení zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob. Opatření omezující pohyb osob lze použít, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Podle konkrétní situace je poskytovatel sociální služby povinen nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Povinností poskytovatele sociálních služeb je zvolit vždy nejmírnější opatření.¹⁹

Dle doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí jsou definovány omezovací prostředky:

Mechanickým omezením je používání speciálního nábytku, oblečení či dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru: může jít například o zvláštní židle se

¹⁶ *Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe.* Překlad Holmerová, I. [online]. 9.2.2009 [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=552>.

¹⁷ *Charta práv pacientů.* [online]. 9.2.2009 [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=488>.

¹⁸ *Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí.* Překlad Holmerová, I. [online]. 9.2.2009 [cit.2009-7-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=551>.

¹⁹ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice, bezpečné spací pytle a podobně.²⁰

Fyzickým omezením je pomocí rukou zabránit pacientovi v pohybu, který by jej mohl ohrožit.²⁰

- **Zamykání dveří** u pacientů s demencí je v jejich zájmu bezpečnosti, aby pobývali ve společném prostoru (pro ně uzavřeném, ve kterém probíhá péče a kam mají přístup také jejich rodinní příslušníci a další pečující).²⁰
- **Elektronické dohlížecí systémy** jsou elektronické zařízení na hranicích prostoru pro pacienty s demencí, které signalizuje, přiblížení pacienta, který má na oděvu či náramku a podobně umístěno speciální zařízení vyvolávající alarm.²⁰
- **Dohled prostřednictvím videa** je pozorování určitých prostor pomocí videokamer. Mělo by jít o chodby a společné prostory a pouze ve výjimečných případech o soukromý prostor pacientů. Tento prostředek, by měl být používán, jen pokud s tím souhlasí pacienti, či jejich rodinní pečující.²⁰
- **Pasivní alarmy** jsou podložky pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů ke sledování pohybu osoby v prostoru.²⁰

Medikace jako omezující prostředek je užívání léků se sedativním účinkem pro zmírnění neklidu či poruch chování, z důvodu, že chování pacienta obtěžuje ostatní či způsobuje větší nároky na pečující.²⁰

Psychologické omezování je používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání osob s demencí.²⁰

S ohledem na rizika spojené s demencí není možné zcela vynechat používání omezovacích prostředků. (Jirák, 2009)

²⁰ Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí. Překlad Holmerová, I. [online]. [cit.2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=551>.

1.3.6 Způsobilost k právním úkonům

Omezení/zbavení způsobilosti k právním úkonům upravuje zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník.²¹

Způsobilost fyzické osoby k právním úkonům je schopnost vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu vzniká zletilostí. Pokud fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopná činit právní úkony, zbaví ji soud způsobilosti k právním úkonům. Jestliže je fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopná činit pouze některé právní úkony, soud způsobilost v určitém rozsahu omezí. Fyzické osobě, kterou soud zbavil či omezil způsobilosti k právním úkonům, je soudem ustanoven opatrovník²¹. Opatrovníkem se stává příbuzný fyzické osoby, jiná fyzická osoba, pokud splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníkem nebo orgán místní správy, popřípadě jeho zařízení. Práva a povinnosti opatrovníků nejsou taxativně určena. Opatrovník provádí za svěřeného občana právní úkony, kterých je zbaven nebo v nichž je omezen. Zbavení způsobilosti k právním úkonům se vztahuje na všechny právní úkony. Omezení způsobilosti k právním úkonům se vztahuje na úkony majetkoprávní a pracovně právní. Zbavením či omezením způsobilosti k právním úkonům dochází ke ztrátě dalších práv jako aktivní i pasivní právo volební, rodičovská práva, právo držet zbraň, vlastnit lovecký lístek, řídit motorové vozidlo. Osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům nemůže být bez svého souhlasu umístěna v ústavu sociální péče ani nedobrovolně převzata do ústavu sociální péče. (Kalvach, 2004)

1.4 Pracovníci vykonávající odbornou činnost v sociálních službách

Okruh pracovníků, kteří v sociálních službách vykonávají odbornou činnost je stanoven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci a manželští a rodinní poradci.²²

²¹ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. Ostrava: Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-729-7.

²² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

1.4.1 Pracovníci v sociálních službách

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nebo nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby nebo pod dohledem sociálního pracovníka.²³

– *Přímá obslužná péče* zahrnuje nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření sociálních, společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.²³

– *Výchovná nepedagogická činnost* zahrnuje prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.²³

– *Pečovatelská činnost v domácnosti osoby* zahrnuje vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.²³

1.4.2 Sociální pracovníci

Sociální pracovníci zajišťují sociální šetření, zabezpečují sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.²³

Janečková (2005) vymezuje činnosti sociálních pracovníků v domovech pro seniory:

²³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

- administrativní práce - dokumentace, dávky, vedení důchodové agendy, podávání žádostí o omezení či zbavení právní způsobilosti, kontakt s úřady, vybavování záležitostí zemřelého
- plánování příchodu klientů do zařízení, sociální setření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání klienta k pobytu, kontakt s klientem a rodinou
- informování veřejnosti a žadatelů o zařízení
- individuální plán péče – sestavení a hodnocení plánu
- programy činností, kulturní a společenské akce, vzdělávací programy
- spolupráce s rodinou klienta – zapojení rodin do péče o klienta
- mezigenerační programy a zapojení širší společnosti
- dobrovolnický program (přijímání nových dobrovolníků, podpora, vzdělávání a odměňování)
- koordinace respitní péče
- sociální služby pro klienty- nákupy a návštěvy klientů v nemocnici
- psychosociální pomoc klientům, socioterapie, validace, reminiscenční terapie, trénování paměti
- manažerská funkce – vedoucí socioterapeutického týmu, zástupce ředitele
- kontrola dodržování lidských práv a etického kodexu sociální práce
- zajišťování programu kvality – spolupráce na interních standardech kvality, vnitřní supervize pečovatелů skupinová i individuální, videotrénink interakcí, vzdělávací program (Janečková, 2005)

1.5 Charakteristika zařízení

1.5.1 Domov pro seniory Máj p. o.

Domov pro seniory Máj České Budějovice je příspěvkovou organizací. Zřizovatelem je Statutární město České Budějovice. Hlavní činností je poskytování pobytových služeb sociální péče podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

odlehčovací služby, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem.²⁴

Celková kapacita zařízení je 127 lůžek, rozdělených na jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Je rozdělen na tři oddělení: oddělení A - poskytování sociální péče v domově pro seniory, oddělení B - poskytování sociální péče pro osoby se zdravotním postižením a oddělení C - poskytování sociální péče v domově se zvláštním režimem. Oddělení se zvláštním režimem tvoří obyvatelé, kteří vyžadují zvláštní a citlivý přístup svých blízkých a odborný přístup ošetřujícího personálu a péče zde je poskytována v souladu s uspokojováním bio-psycho-sociálních potřeb.²⁴

V zařízení je klientům poskytována nepřetržitá zdravotní a ošetrovatelská péče, odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Zdravotní péče se řídí indikací praktického nebo odborného lékaře. Lékařská péče je zajišťována praktickou lékařkou, která do zařízení dochází 3x týdně. Péče je poskytována všeobecnými sestrami, nižším zdravotnickým personálem a pracovníky sociální péče v přímé obslužné činnosti.²⁵

Na doporučení lékaře lze využívat rehabilitační cvičení, elektroléčbu, koupele s hydromasáží a perličkové masáže.²⁵ Součástí péče je rehabilitační péče, která je prováděna formou aromaterapie, arteterapie, rehabilitační péče, ranní rozcvičkou, ergoterapií, canisterapií. Rehabilitační pracovníce zajišťují léčebně tělesnou výchovu, masáže, parafinové zábaly, elektroléčbu a vodoléčbu.²⁴

Možností využití volného času je ergoterapie, arteterapie, canisterapie, křeslo pro hosta, kulturní programy, muzikoterapie, skupinové hry, trénování paměti. Cílem volnočasových aktivit je ovlivnění zdravotního stavu klientů, aktivizace, zvýšení kvality života, zlepšení adaptace, zvýšení sebevědomí, zmírnění stresu, zlepšení nebo udržení dovedností, schopností v oblasti fyzické, psychické i sociální.²⁴

Domov pro seniory Máj České Budějovice provozuje odloučené pracoviště, jehož cílem je poskytovat odlehčovací služby a umožnit pečující fyzické osobě odpočinek. Pracoviště je určeno pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu

²⁴ *Domov pro seniory Máj p.o.* [online]. [cit. 2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/>.

²⁵ *Domáci řád 2009.* [online]. 2009 [cit. 2009-30-12]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=754693>.

věku nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. S ohledem na účel odlehčovací služby je maximální délka pobytu 3 měsíce.²⁶

1.5.2 Prácheňské sanatorium o.p.s. - Loucký Mlýn

Loucký Mlýn je zařízení specializované pro klienty s alzheimerovou chorobou, psychické poruchy a jiné druhy demencí, poruchy chování ve stáří, včetně nejtěžšího stupně onemocnění.²⁷

Zdravotní péče je poskytována zdravotnickým personálem na základě ordinace lékaře. Do zařízení dochází praktický lékař a psychiatr. Sociální péče je zajišťována pracovníky v sociálních službách a ošetrovatelským personálem.²⁷

Ošetrovatelská práce je v zařízení poskytována na základě konceptu bazální stimulace. Je poskytována za účelem stimulace smyslů klienta, zlepšení komunikace a zprostředkování informací.²⁷

V zařízení je poskytována fyzioterapie, která slouží k aktivizaci klienta v rámci pohybu a nácviku chůze. Ergoterapie je součástí péče o klienta a užívána k aktivizaci, nácviku soběstačnosti a co nejdelšímu zachování návyků klientů nebo dovedností. Za účelem zlepšení hybnosti, komunikace a aktivizace klienta je používána taneční a pohybová terapie. S cílem stimulace smyslů, aktivizace a komunikace klienta je prováděno trénování paměti. Reminiscenční terapie se užívá k vybavování vzpomínek a trénování paměti. Klienti si s sebou do zařízení přinášejí drobné předměty, fotografie, obrázky, vysvědčení, medaile, které byly součástí jeho života. Z nich je sestaven vzpomínkový kufřík a album. Další poskytovaná péče je aromaterapie, canisterapie, hypoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Aktivizace klienta je součástí celkové péče o klienta a doplněním základní péče. Probíhá zapojováním do běžného života návštěvami divadel, kin, kaváren, zábavních podniků, výletů, společných akcí.²⁷

²⁶ *Domáci řád - Tylova ulice* [online]. [cit. 2009-30-12]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=871107>.

²⁷ *Alzheimercentrum - Loucký mlýn* [online]. [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://alzheimercentrum.sk/cz/nase-zarizeni/loucky-mlyn-cr/>.

2. Cíl práce

Cílem výzkumu je odpovědět na **hlavní výzkumnou otázku**: Jakým způsobem jsou naplňovány zdravotně- sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pracovníků pracujících s touto skupinou osob?

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny **dílčí výzkumné otázky**:

- Jakým způsobem je poskytována zdravotní péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou?
- Jakým způsobem jsou poskytovány sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou?
- Jakým způsobem jsou poskytovány aktivizační činnosti pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

Dílčí výzkumné otázky lze shrnout do okruhů:

- A) Otázky týkající se zdravotních služeb.
- B) Otázky týkající se sociálních služeb
- C) Otázky týkající se aktivizačních činností.

3. Metodika

3.1 Strategie výzkumu

Pro výzkum byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je dle Creswella (1998) definován jako proces hledání porozumění, kdy výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje texty, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Kvalitativní výzkumník stanovuje výzkumné otázky, které může v průběhu upravovat. (Hendl, 2005) Pro získání dat byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného interview. Dle Miovkého (2006) je termínem interview označován rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie. (Miovský, 2006) Polostrukturovaný interview je nejrozšířenější metodou rozhovorů. Tazatel si vytváří schéma, které je pro něj závazné a specifikuje okruhy otázek, na které se budeme ptát. (Miovský, 2006)

3.2 Výzkumný vzorek

Rozhovory probíhaly v Domově pro seniory Máj p. o. a Prácheňském sanatoriu o.p.s. - Loucký mlýn. Tato zařízení byla vybrána z důvodu odlišnosti prostředí, ve kterém jsou zdravotně-sociální služby poskytovány.

Základním výzkumným souborem byli zaměstnanci těchto zařízení. Rozhovory byly provedeny s 6 pracovníky. Výzkumný soubor byl rozdělen dle zařízení. V zařízení Domov pro seniory Máj p. o. byly rozhovory provedeny se 3 pracovníky (sociální pracovník, zdravotní sestra a pracovník v sociálních službách vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost). V zařízení Prácheňské sanatorium o.p.s.- Loucký mlýn byly rozhovory provedeny také se 3 pracovníky (sociální pracovník, staniční sestra a pracovník v sociálních službách vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost).

Výběr výzkumných vzorků byl proveden dle účelového výběru, pro naplnění cíle. Pracovníci byli vybíráni účelovým výběrem, tak aby zahrnovali všechny sféry zdravotně - sociálních služeb. Záměrným (účelovým) výběrem výzkumného vzorku je

postup, kdy se cíleně vyhledávají účastníci podle určitých vlastností. Kritériem pro výběr je vlastnost nebo stav, na jehož základě jsou vybíráni ti jedinci, kteří kritérium splňují. (Patton, 1990, In Miovský, 2006) Disman (2007) uvádí že, účelový výběr je založen na úsudku výzkumníka na tom, co by mělo být zjišťováno a o tom co je možné zjišťovat. (Dismana, 2007) Pro výběr pracovníků byl použit kvótový záměrný výběr, kdy jsou na základě definovaných podskupin základního souboru cíleně vybíráni zástupci pro výběrový soubor. (Miovský, 2006) Kvótou výběru pracovníků bylo vykonávání odborné činnosti dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Další podmínkou byla práce s osobami s Alzheimerovou chorobou a pracovní zařazení respondentů – sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách a zdravotničtí pracovníci. Podmínkou byla také ochota respondentů spolupracovat.

Pracovníci byli seznámeni s účelem rozhovoru. Po domluvě s pracovníky bylo použito nahrávání na diktafon. S každým pracovníkem bylo individuálně domluveno místo a doba rozhovoru. K rozhovorům byly vytvořeny okruhy základních otázek. Délka rozhovorů byla cca 60 minut.

3.3 Harmonogram výzkumu

Výzkum probíhal během března 2010. Byl prováděn s pracovníky Domova pro seniory Máj p. o. a Alzheimercentrum - Loucký Mlýn o.p.s. Během dubna 2010 bylo prováděno zpracovávání výsledků získaných dat.

Rozhovory byly analyzovány pomocí metody zachycení vzorců. Dle Miovského (2006) je principem této metody vyhledávání určitých opakujících se vzorců a jejich zaznamenání. Jde o vyhledávání obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým jevům vázaným na určitý kontext, osobu. (Miovský, 2006)

4. Výsledky

V této části práce jsou uvedeny informace získané v rámci rozhovorů. Cílem výzkumu bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jakým způsobem jsou naplňovány zdravotně sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou? Výsledky jsou rozděleny dle dílčích výzkumných otázek a dle jednotlivých zařízení. Domov pro seniory Máj p. o. -zařízení 1 a Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn -zařízení 2.

Rozhovory byly analyzovány a následně porovnávány. V rámci porovnávání byly zachycovány podobnosti a rozdíly v procesu poskytovaných zdravotně sociálních služeb, které jsou uvedeny v závěru jednotlivých dílčích výzkumných otázek.

Pro přehlednost je v následující tabulce 1 uvedeno rozdělení výzkumného souboru.

Tabulka 1: Výzkumný soubor

Pracovníci	Výzkumná zařízení	
	Domov pro seniory Máj p.o. (zařízení 1)	Prácheňské sanatorium o.p.s.- Loucký mlýn (zařízení 2)
Pracovník 1	Zdravotní sestra	
Pracovník 2	Sociální pracovník	
Pracovník 3	Pracovník v sociálních službách vykonávající výchovnou nepedagogickou činnost	
Pracovník 4		Staniční sestra
Pracovník 5		Sociální pracovník
Pracovník 6		Pracovník v sociálních službách vykonávající výchovnou nepedagogickou činnost

Zdroj: vlastní výzkum

1. Dílčí výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou poskytovány zdravotní služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

V této dílčí výzkumné otázce je zahrnut popis péče o klienty, upravení denního režimu s ohledem na potřeby klientů, specifika oddělení se „zvláštním režimem“, podporování klientů, aby vyjádřili potřeby, posuzování postupu onemocnění a podílení se rodiny na péči.

Péče o klienty v zařízení

V této části bylo zahrnuto, kdo vykonává péči o klienty, které činnosti jsou u klientů poskytovány, zajištění výživy, dodržování pitného režimu a hygienické péče o klienty.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovníci se shodují, že péči o klienty provádí zdravotní sestry registrované, neregistrované a pracovníci v přímé obslužné péči. Pracovník 1 uvádí, že lékařská péče je zajištěna lékařem, který chodí 3krát v týdnu, jednou za 14 dní je prováděno kožní vyšetření a každý týden dochází psychiatr. Jinak jsou klienti dopravováni do různých specializovaných oddělení a ambulancí.

Pracovníci uvádí, že u klientů je poskytována hygienická péče, polohování jako prevence dekubitů, péče o výživu, podávání stravy, oblékání, péče o vyprazdňování.

Pracovník 1 uvádí: *„Většina klientů je inkontinentní a součástí péče je výměna inkontinentních pomůcek, péče o genitál, hýždě a prevence dekubitů. V rámci péče je dále zajištěno: „Podávání léků, aplikace injekcí, inzulinů, infuze intravenózně, když je klient dehydrovaný, nebo když je třeba zavodnit.“ V péči o klienty je snahou, aby sebez péče zůstávala co nejdéle, aby klienti měli návyky ráno se umýt nebo se snažit umýt. „Každý den není stejný, někdy to jde a někdy to nejde, je to různé.“*

Dle pracovníka 2 se péče odvíjí od samotného klienta a uvádí, že je klientům poskytováno: *„Vše, co potřebují.“* Péče je individuální podle klienta samotného. *„To co klient potřebuje, tak s tím se mu pomáhá.“*

Pracovníci uvádí, že strava je podávána 5krát denně. Snídaně, svačiny, oběd, svačina, večeře a pozdní večeře pro diabetiky.

Zajištění pitného režimu je dle pracovníka 1: „*Aktivním podáváním.*“ U klientů je nutné stále nabízet pití. U imobilních klientů jsou tekutiny podávány v průběhu dne po dvou hodinách. K dodržování pitného režimu pracovník 2 uvádí: „*Na pokojích mají klienti stálý přísun, mají termosky, kde mají šťávu nebo čaje, co kdo si přeje. Samozřejmě pravidelně dávají pít lidem, kteří se sami nenapijí.*“ Pracovníci 1,3 uvádí, že u klientů, kteří se účastní ergoterapie, je přísun tekutin zabezpečován pracovníky volnočasových aktivit nebo zdravotníky. Pracovník 1 popisuje zajištění pitného režimu v průběhu aktivit. U klientů, kteří nejsou soběstační, u kterých je potřeba pomoci, je příjem a výdej tekutin zaznamenáván.

Pracovník 1 popisuje průběh ranní hygieny, která je přizpůsobena dle schopností a možností klienta. „*Ráno je ranní hygiena, ten kdo je na lůžku, tak většinou se dělá ranní hygiena na lůžku, ten kdo je mobilní a je trošku schopný, tak se vezme k umyvadlu,...*“ Klient se umyje sám či s dopomocí personálu. „*Ten kdo má protézu, tak se na noc vyndává a dává se do tablety, kde se vyčistí a ráno se nasadí. Kdo má svoje zuby, tak kartáček a snažíme se, aby si čistili sami, když neví, tak vyčistíme my., někdy to jde a jindy to nejde....*“

Pracovníci 1,2 uvádí, že velká koupel je jednou týdně ve vaně. Jinak je hygiena prováděna v koupelnách na pokojích nebo na lůžku.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 4 uvádí, že péči o klienty provádí: „*Zdravotní sestry, registrované i neregistrované, zdravotnický asistent....Na každé směně směnová zdravotní sestřička. Její nadřízená staniční a vrchní sestra. Zdravotní péče je zajištěna nebo ošetrovatelská péče je zajištěna 24 hodin denně. Samozřejmě ve spolupráci s praktickým lékařem, který smluvně ve vztahu s Prácheňským sanatoriem dochází pravidelně na vizity, ordinuje lékařskou péči, ošetrovatelskou péči, plus psychiatr, který dochází přibližně jednou za 14 dní na vizitu a koordinuje medikace z psychiatrického hlediska.*“ Pracovník 5 uvádí stejné informace a dodává, že v přímé péči u klientů je také pracovník v sociálních

službách.

Činnosti ošetrovatelské péče jsou poskytovány dle potřeb jednotlivých klientů. Pracovník 4 uvádí, že: *„V rámci zdravotního stavu a diagnóz mají klienti základní onemocnění, pokud se přidruží Alzheimerovo onemocnění, nejsou schopni dohlédnout na svůj léčebný režim.“* Z tohoto se odvíjí další činnosti poskytované u klientů jako u diabetiků aplikace inzulínu, pokud je přidružena porucha integrace kůže, ošetřování vzniklých ran, dekubitů, poranění, rehabilitační a ošetrovatelská péče.

Dle pracovníka 5 jsou v rámci péče o klienty poskytovány činnosti od podávání léků, aplikování inzulínu, převazů, odebírání odběrů, dle ordinace lékaře až po polohování a podávání stravy.

Pracovníci 4,5 uvádí, že strava je podávána 4krát denně. Snídaně, obědy, večeře, svačiny a u klientů s diabetem je ještě druhá večeře.

Pracovník 5 uvádí, že se hlídá váha klientů, která je sledována jedenkrát měsíčně. V případě váhového úbytku se podávají doplňkové výživy, ještě navíc, ve 14 hodin. Po domluvě s rodinou jsou objednávány „nutridrinky“, jako doplněk stravy. Pokud je to u klientů potřeba. Podobně tak pracovník 4 uvádí: *„Když jsou potíže s příjmem potravy, tak se přizpůsobujeme daným klientům krájenou stravou, mixovanou stravou, doplňkovou výživou, nutridrinky, nutrisony, laktofity a podobně.“*

Péči o pitný režim klientů je věnována pozornost s příchodem klientů do zařízení. Pracovník 5 uvádí, že jsou klientům přiděleny při přijetí měrné nádoby nebo termosky, aby bylo možno změřit příjem tekutin. Pracovník 5 a 6 se shodují a uvádí, že s ohledem na sledování pitného režimu u klientů, mají každý den určené pracovníky, kteří sledují příjem tekutin. V případech, kdy klient málo pije, nebo nechce, zavádí evidenci pitného režimu a zapisují množství, kolik toho vypil. Pracovník 6 dále dodává: *„Pravidelně jsou rozepsány hodiny, v kolik hodin se podává pití a dohlíží se na to, aby kolem dvou litrů alespoň vypili.“*

Podle pracovníka 5 je při péči o vyprazdňování klientů zjišťován stav inkontinence. Pracovník vyjadřuje, že: *„Na podkladě anamnézy a lékařské zprávy zajišťuje stav inkontinence, stupeň inkontinence. Pokud je člověk inkontinentní,...tak předepisuje lékař pomůcky inkontinentní. Pokud je klient kontinentní tak samozřejmě*

podporujeme, aby k fyziologickému vyprazdňování docházelo co nejdříve v prostředí toalety. Abychom předčasně nedávali tyto pomůcky a tím klienty nějakým způsobem neomezovali.“

Pracovník 4 uvádí, že: *„Pracovníci jsou rozděleni na úseky, takže každý z pracovníků má na starosti určitý počet lidí.“* Každý z klíčových pracovníků má na starost 3-6 klientů. Ráno provedou či dopomůžou klientům s ranní hygienou. *„Když je potřeba, tak se klient samozřejmě vysprchuje, na každém pokoji je sociální zařízení, není problém klienta vzít do sprchy a vysprchovat. Máme k dispozici 2 vany, takže klienti se mohou kdykoli osprchovat či vykoupat. Každý den se koupe jeden pokoj, ale nikde není psáno, že když člověk bude špinavý, že se nemůže vysprchovat kdykoli, nebo i na přání samotného klienta.“*

Pracovník 5 uvádí: *„Celková hygiena klientů se provádí samozřejmě každý den, to je ranní a večerní hygiena. Co se týká koupele tak ta je vždycky jednou týdně.“*

Podporování klienta, aby vyjádřil potřeby

Tato část byla zaměřena na podporu klientů k vyjádření potřeb, pokud nemohou vyslovit své potřeby.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 1 uvádí: *„Musíme klienta nejdříve poznat. Když má poruchu řeči, nebo nějaký podobný problém, tak většinou nevíme, co po nás chce. Ale většinou podá informace rodina, jak se vyjadřuje. Když ho poznáme, tak se snažíme i neverbálně ukázat, nebo nabídnou, jestli je to co potřebuje.“* Považuje pochopení vyjádření potřeb za těžké, a proto je důležité umět jednat s citem.

Pracovník 2 popisuje komunikaci pomocí piktogramů, u klienta, který má před sebou abecedu a ukazuje písmena, protože těžko a špatně mluví, jako alternativní metodu komunikace.

Pracovník 3 se neúčastní přímé ošetrovatelské péče. Upřednostňuje verbální komunikaci nebo se snaží vysledovat reakce.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí: *„Na podkladě individuálních plánů a individuálních přístupů ke klientům, na základě znalosti anamnézy rodinné, ošetrovatelské. Znalost a dlouhodobý kontakt s našimi klienty dávají možnost zaměstnancům vyzorovat neverbální projevy klientů a přistupovat k nim tak, že na podkladě individuálního přístupu, potřeby splnit.“*

Pracovník 4 považuje také za důležité biografickou anamnézou klienta zjistit co nejvíce o klientovi a formu bazální stimulace. Dle vyjádření respondenta by o klientovi měl nejvíce vědět klíčový pracovník, který ho má na starosti. Klienti jsou v zařízení většinou dlouho, takže je mají možnost poznat. *„Časem, jak se ta nemoc zhoršuje, tak i z toho nebo v tom se dá ledacos vyčíst nebo přijít na to, co by chtěl, protože je tady třeba už klient delší dobu. Pokud, ale už přijmeme někoho nekomunikujícího ..., musíme zjistit co nejvíce od rodiny při přijetí.“*

Posuzování soběstačnosti a postupu onemocnění

Tato část byla zaměřena na diagnostické testy používané k posuzování postupu onemocnění a zohledňování výsledků při péči o klienty.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pro posuzování postupu onemocnění jsou využívány testy Bartlův test, test rizik pádů a proleženin. Pracovník 1 uvádí, že je pro posouzení schopností a soběstačnosti klienta prováděn Bartlův test, který se opakuje po 3 měsících. Pracovník 2 uvádí, že: *„Testy jsou zohledňovány v konkrétních činnostech, ve kterých je klientům potřeba pomoci.“* Pracovník 3 neprovádí přímou péči o klienty a nemá přístup do zdravotnické dokumentace, ale v případě potřeby je informován o změně stavu klienta zdravotnickým personálem.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí, že: *„Toto mají v kompetenci hlavně zdravotničtí pracovníci. Mají jich celou škálu a provádí je pravidelně v průběhu onemocnění.“*

Pracovník 4 uvádí, že k posuzování postupu onemocnění je používán test MMSE, který provádí reminiscenční terapeutka. Testy se dělají při nástupu klienta, při zhoršení zdravotního stavu, nebo když jedou na vyšetření na neurologii a následně se opakují jednou za tři měsíce. „Podle toho co v testu vyjde, tak potom dále s klientem pracujeme. Přizpůsobuje se péče.“ Pokud se jedná o testy na pády, tak se výsledky odráží ve snaze zabránit pádům, zajistit bezpečí. Test hubnutí, nutriční screening, je prováděn pro předcházení váhovým úbytkům.

Režim na oddělení upraven potřebám klientů

V této části je zahrnut popis denního režimu dne, s ohledem na možnosti přizpůsobení režimu potřebám klientů.

Domov pro seniory Máj p.o

Dle pracovníků péče nelze přizpůsobit individuálně klientů. Pracovníci 2, 3 se shodují, že je určená doba jídla a stanovená v určitém rozmezí od kdy do kdy se podává snídaně, svačina a oběd. Pracovník 3 dále uvádí, že snídaně začíná v půl osmé, ale první klienti jsou na jídelně v 7.00 hodin. U klientů, kteří déle spí, se počká. „...ale zpravidla, většina klientů je v sedm či čtvrt na osm v jídelně, nebo se připravují.“ Dle respondenta 2 není možné péči zcela přizpůsobit hlavně: „Z provozních důvodů by to nešlo udělat individuálně.“

Pracovníci 1 a 2 popisují průběh dne s ohledem na aktivity a terapie poskytované klientům. Pracovník 2 uvádí: „V dopoledních hodinách probíhají terapie, všechny, které jsou tady, některé i v odpoledních hodinách třeba psychoterapie a arteterapie.“ Klienti mají polední klid po obědě 2 hodiny. Od 14.00 hodin jsou kulturní akce. „Probíhají skupinově a pracovník z ergoterapie se potom věnuje individuálně klientům.“ Pracovník 1 popisuje ergoterapii a canisterapii jako aktivity prováděné k aktivizaci klientů. Ergoterapie je individuální. Z důvodu odlišnosti klientů je nutné přihlížet k jejich schopnostem. Součástí péče je také rehabilitace.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 k přizpůsobení režimu potřebám klientů uvádí: „*Myslím si, že by se to odvíjelo od klíčových pracovníků, kteří mají na starosti určitý počet svých klientů. Takže oni by je měli mít na starosti. Měli by vědět, co ten člověk během dne dělá, jaké má denní potřeby, denní rytmus, jaké má denní přání. On by si měl koordinovat denní rytmus a denní péči, samozřejmě v kombinaci se zdravotníky a jejich péčí. Takže si nemyslím, že samotné celé oddělení se nějakým způsobem přizpůsobuje, ale spíše se práce individuálně ve skupinkách organizuje pracovníkem tak, aby to vyhovovalo jeho klientům.*“

Pracovník 4 popisuje průběh dne, kdy jsou možnosti se přizpůsobit a kdy je to naopak obtížné například pro již zmiňované provozní podmínky. „*Ráno od půl osmé je postupné probouzení klientů. O některých víme, že si rádi přispí, tak je necháváme přispat. Někteří klienti jsou naopak ranní ptáčata. Pokud je někdo vzhůru už dřív, tak ho noční služba upraví, obleče, nebo ho jenom svede na jídelnu, posadí do křesla, přikryje a může koukat ještě na televizi. Nebo se normálně umyje, obleče a je připraven k snídani. Jinak ráno ošetřovatelé, každý má svůj úsek na starost, postupně klienty probudí, dovede do koupelny, kde provedou ranní hygienu. A postupně je svádí dolů na jídelnu. Kde je buď zdravotní sestra, nebo pracovník v sociálních službách a ten dává snídani a dohlíží na jídlo.*“ V rámci zařízení jsou dvě jídelny, jedna větší a jedna menší. Menší je tak pro 18 klientů, zde snídají klienti, kterým postačí při jídle dohled, kteří se sami najedí a nepotřebují podávání stravy. „*Snažili jsme se je ještě trošku oddělit od těch, kteří už nejsou tolik schopní, u kterých demence postoupila už dál, abychom u nich zachovali důstojnost co nejdéle a měli klid na jídlo, aby jim tam nikdo nic nebral a do ničeho jim nesahal.*“ V zařízení je také ergomísto, kde je 7 maximálně 8 klientů, kteří se tam střídají a kde je s klienty ergoterapeutka. „*Do desíti by měli být všichni nasnídaní, a potom je ergoprogram na velké jídelně.*“ Program je zaměřený pokaždé na jiné téma. „*Zopakují si, řeknou si co je za den, jaký je datum, jaký je roční období, aby se zorientovali v čase, a povídají... a klienti také rádi zpívají...*“ Klienti si sami můžou odcházet nebo přicházet, není stanoveno, že musí sedět. Ve druhé jídelně je také program, kde „*... je puštěná televize, nebo tam dělají manuální práce, dělají různé*

výrobky. Tam je druhá ergoterapeutka, v každé místnosti je někdo, takže klienti si mohou volně procházet tam, kde chtějí zrovna být. Jinak personál stále dohlíží, je okolo klientů, takže může dohlížet, aby se něco nestalo, aby někdo neupadl...“ Od půl dvanácté je oběd, po kterém si část klientů chodí odpočinout, někteří zůstávají na jídelně či na televizi. Pokud je hezké počasí, klienti mohou chodit ven na terasu. Dle biografické anamnézy ví personál, zda je klient zvyklý si jít lehnout či ne. V 15.00 hodin jsou svačiny a jezdí se na výlety. „Ergoterapeutky mají program na měsíc, který je v odpoledních hodinách zajištěný a jednou týdně se někam jezdí. V 17.00 hodin jsou večere a po večeri se klienti odvádí na pokoje, kde se provádí večerní hygiena a uloží se do postele.“

Pracovníci 4, 6 se shodují v tom, že přizpůsobení péče se odvíjí již od biografických anamnéz. Pracovník 6 uvádí: „Režim se řídí celkově chodem zařízení... Celý denní režim se z mého hlediska nebo i hlediska terapie odvíjí od biografické anamnézy a od konkrétních potřeb. ..., když k nám klienti přichází, tak tam už rodina, nebo přímo ten klient odpovídá na otázky, co se týká celkově režimu, na který byl zvyklý doma a podle toho je to zohledňovaný. Když se ví, že klient nebyl doma schopný vstát v 7.00 hodin, protože vždycky ráno vstával v devět, prostě je to přizpůsobeno tomu, jak klienti byli zvyklí z domova.“

Pracovník 6 dále uvádí, že: „I aktivity jsou přizpůsobeny, konkrétně lidem.“ Klienti sami určují, „kterou aktivitu v kolik hodin oni budou chtít dělat. Je to hodně přizpůsobeno klientům. Je jasné, že úplně individuálně to nejde. Člověk si nemůže vzpomenout v 11.00 hodin, že chce snídani, když je v 11.30 hodin oběd. Když úplně odmítají jídlo, motivací trošku vysvětlit, trošičku to přizpůsobit režimu tady. Někdo mohl být zvyklý obědvat v 13.00 hodin. Z technických důvodů v rámci kuchyně to nejde tak dobře.“

Specifika péče na odděleních se zvláštním režimem

V této části bylo popisováno, v čem vidí pracovníci odlišnosti oddělení se zvláštním režimem.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovníci 1, 2 se shodují v názoru, že se oddělení liší formou uzavřeného oddělení a zároveň v tomto vidí ochranu klientů. Pracovník 2 uvádí „*Odlišuje se v tom, že je to oddělení uzavřené. Klienti jsou tam nějakým způsobem chráněni před tím, aby nemohli odejít, aby se neztratili, protože jsou to většinou klienti dezorientovaní.*“ Klienti se zúčastňují všech akcí v rámci zařízení. Režim je více či méně podobný. Terapie, jako arteterapie, ergoterapie, jsou přizpůsobeny pro klienty, kdo co zvládne. Pracovník 1 uvádí: „*...uzavřené oddělení...je plus, protože klienti nám nemohou odejít, je to hlídané.*“

Podle pracovníka 3 vidí do určité míry rozdílnost v péči, která závisí na personálu. „*Je to oddělení, kde většina klientů je zvýšeně závislá na péči. Není schopna si zajistit ty nejzákladnější věci, jako je se najíst nebo si připravit jídlo, umýt se, obléknout se, dojít si na toaletu.... klienti mají mezi sebou různé stupně a různé hloubky diagnózy demence, ale těžko si pomůžou mezi sebou. Sami sobě nemůžou a druhému těžko pomůžou.*“

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí, že s touto otázkou se setkal v rámci školení a jejich odpověď zněla, že neví proč je domov se zvláštním režimem zvláštní. „*To je prostě určitá sorta, samozřejmě specifická klientů, kteří jsou nějakým způsobem psychicky nemocní, psychicky postižení a i přesto je potřeba dodržovat základně jejich práva, potřeby. Nemělo by se lišit od ostatních sociálních zařízení, neměl by být domov se zvláštním režimem zvláštní. Ale myslím si, že je nejtěžší v těchto zařízeních naplňovat standardy kvality a zákon o sociálních službách, právě pro tu specifikaci onemocnění klientů, které tady máme.*“

Dle pracovníka 4 se odlišuje v náročnosti, v péči o klienty. „*Je to velmi těžké, velmi náročné, personál musí být odborně vzdělaný, musí vědět jak s klienty pracovat, takže je to spíše na individuálním přístupu a skutečně o odbornosti personálu.*“

Pracovníci 4,6 vidí odlišnosti hlavně ve volnosti pohybu. Pracovník 4 uvádí: „*Odlišuje se trošičku v tom, že jsou zde klienti dezorientovaní, zmatení a nemají volný prostor. Volný pohyb je v tom zařízení, ale nemůžou úplně odejít pryč ze zařízení sami*

bez dohledu, protože tam je riziko toho, že by se mohli ztratit a netrefí zpátky a mohlo by se jim něco stát. Takže jsou daní k nám do zařízení s tím, že my zajistíme to „bezpečí“. Samozřejmě nemůžeme být všude, úplně na každém kroku je člověk neohlídá.“

Zapojení rodiny klientů do péče

V této části byla zahrnuta možnost rodiny podílet se na péči a přístupy rodin.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 1 uvádí: *„Jsou rodiny, které chodí denně, a který se opravdu snaží... a nakrmí je, když přijdou v nějakém čase jídla. Jsou lidi, kteří nepřijdou, přijdou jednou za měsíc... Ale vyloženě o tu péči tam spíš atakují personál, aby více s tím tatínkem nebo s tou maminkou něco dělal. Když je někdo například po zlomenině krčku a je po operaci, tak byl samozřejmě v nemocnici, pak přijde a je ležící. Tak rodina si myslí, že klienta za týden rozchodíme, ale tak to prostě není.“*

Pracovník 3 uvádí, že: *„Mají možnost se zúčastnit nějakou formou, která jim vyhovuje a je třeba i přínosná pro klienta.“*

Pracovníci 2 a 3 se shodují v tom, že rodina se podílí na péči nejčastěji u jídla formou, že pomůže klienta nakrmit. Pracovník 2 uvádí: *„..., někdo se nepodílí vůbec nebo přijdou v době jídla a třeba dokrmí.“* Dle pracovníka 3 rodiny pomáhají u jídla, kdy klient přestává přijímat potravu, odmítá ji, tak se rodina domluví a sama vaří a pomáhá. Jako jednu z forem účasti rodiny na péči popisuje vycházky, nebo pokud rodina vezme klienta na víkend domů.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí: *„Vždycky už před přijetím informujeme rodinu o naší péči, o našich službách a chceme, aby se i oni zapojovali do ošetrovatelského procesu nebo sociální péče, protože je to samozřejmě důležitý zdroj informací pro nás, o klientovi, když už je člověk ve vyšším stadiu onemocnění, tak je to mnohdy jediný zdroj informací o člověku. Samozřejmě to závisí na tom, jaká ta rodina je, jaké tam jsou vztahy. Snažíme*

se rodinu do toho zapojit maximálně.“

Pracovníci 4, 6 se shodují, že je to individuální a záleží na konkrétní rodině. Pracovník 4 uvádí, že: *„Někteří spolupracují dobře. Někteří sem klienta dají a už je pomalu nevidíme. Někteří si je berou na propustku, třeba každý víkend, ob víkend nebo jednou za měsíc...“* Podobně pracovník 6 spatřuje rozdílnost rodin klientů. *„Jsou rodiny, které se tu neukáží, jsou rodiny, které naslibují, jak klienta namotivují a pak se tu neukáží, jsou rodiny, které maximálně spolupracují a jsou rodiny, které nad tím mávnou rukou, to už stejně nemá smysl. Jsou rodiny, které maximálně spolupracují a chtějí, aby ...klient něco dělal,... a snaží se spolupracovat.“*

Závěr 1. dílčí výzkumné otázky:

Péče o klienty v obou zařízeních je zaměřena na potřeby klientů. Je brán zřetel na možnosti a schopnosti klientů a přístupováno ke klientům individuálně. Cílem je udržet u klienta co nejdéle soběstačnost.

Někteří pracovníci se shodují, že pokud klient nemůže vyjádřit potřeby, tak je důležitá znalost klienta, proto je důležité získat co nejvíce informací o klientech. Podle vyjádření dvou pracovníků zařízení 1 je pro vyslovení potřeb klientů považováno za důležité získání informací o klientovi, verbální a různé formy neverbální komunikace.

Pokud klient není schopen vyjádřit své potřeby, tak dle výpovědí pracovníků zařízení 2 se péče odvíjí od individuálních přístupů ke klientům. Jako důležité považují znalost biografické anamnézy klienta a dlouhodobou znalost klienta.

Pro posuzování soběstačnosti jsou využívány různé druhy testů, dle kterých se zohledňuje péče. Testy se provádí v určitém časovém období nebo dle potřeb klientů.

Pracovníci obou zařízení se shodují, že režim nelze jednotlivým potřebám klientů přizpůsobit především z provozních důvodů. Dalo by se říci, že pokud lze potřeby splnit, tak se je pracovníci snaží splnit.

Specifikem, které většina pracovníků vidí, je volnost pohybu v zařízení, kdy jsou obě zařízení uzavřená, což přijímají spíše jako pozitivum, z hlediska ochrany, kdy klienti nemohou samostatně opustit zařízení.

Pracovníci obou zařízení se shodují v rozdílnosti přístupů jednotlivých rodin a v tom, že rodiny jsou důležitým zdrojem informací o klientovi a v možnosti, kdy si rodiny mohou vzít klienta na propustku například na víkend domů. Podle některých pracovníků zařízení 1 se z hlediska péče dá říct, že jsou rodiny, které se zajímají, starají se a pomáhají a naproti tomu rodiny, bez zájmu, kteří nepomáhají. Podobně tak dle výpovědí pracovníků zařízení 2 lze rodiny rozdělit na ty, které spolupracují a starají se, rodiny, které se skoro neukážou, rodiny, které svou účast na péči nepovažují za důležitou a rodiny, které slibují a neplní.

Z hlediska péče o klienty a dle odpovědí pracovníků nelze jasně určit rozdíly v péči. Péče se samozřejmě odvíjí od přístupu personálu ke klientům.

Rozdíly, které lze spatřovat, jsou v přístupu k vyjadřování potřeb klientů, což je subjektivně dáno osobním pohledem každého z pracovníků. Rozdílnost je také v samotném režimu dne v zařízeních, což se odvíjí od odlišnosti poskytování jednotlivých aktivit a terapií.

2. Dílčí výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou poskytovány sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

Do této dílčí výzkumné otázky byly zahrnuty individuální plány péče, informace zjišťované od rodiny, vliv zbavování či omezování právní způsobilosti na poskytované služby, omezující prostředky, ochrana práv a komunikace s klienty.

Individuální plány péče

Tato část byla zaměřena na stanovování cílů klientů, role klíčových pracovníků při péči o klienty, plnění a vyhodnocování cílů a význam individuálních plánů.

Domov pro seniory Máj p. o.

Hlavní osobou, která v zařízení zodpovídá za tvorbu individuálních plánů, jsou klíčoví pracovníci. Pracovník 3 uvádí: „*Jsou vždy dva klíčoví pracovníci.*“ Zdravotnický a ošetrovatelský personál, který tvoří individuální plány a konzultují se sociálními pracovníky. „*Do tvorby může zasahovat staniční sestra jako osoba,*

zodpovědná za chod celého patra.“ Podobně pracovník 1 uvádí: „Je jedna zdravotní sestra, která má pod sebou pečovatelky, které se podílí na individuálním plánu. Většinou to mají rozděleno po 8 klientech“. Při tvorbě vychází z informací rodiny, případně od klienta, pokud je schopný sdělit informace a vychází se z toho, co měl klient rád. „Pokud rád chodil do společnosti, do kina, do divadla, tak se snažíme, aby v tom individuálním plánu bylo, aby chodil na tu kulturu, aby se zúčastňoval kulturních akcí.“

Klíčový pracovník je osobou, která má být nejvíce informována o klientovi. Pracovník 2 uvádí: *„Sestavuje individuální plán, snaží se zjistit cíl klienta. Jakým způsobem cíle dosáhnout se snažíme domluvit s rodinou, a pracuje se na tom, aby cíl byl splněn.“*

Pracovník 3 popisuje klíčového pracovníka jako osobu, která má být klientovi nejbližší. *„Měl by to být člověk, ke kterému člověk přijde a řekne mu, mně se nelíbí, nebo bych si přál a jemu to svěří a on to pak řeší s ostatním kolektivem. ... Někdy je ze strany sestřiček taková bezradnost, že přesně třeba neví, jak se plán má vypracovat, co by měl obsahovat...Spíš se to tady rozjíždí a postupně se zavádí.“* Klíčový pracovník s klientem vypracovává individuální plán, konzultuje jeho plnění a hodnotí ho a vykonávají běžnou pracovní náplň. *„Nevím, jak to vnímají klienti, jestli rozliší klíčového pracovníka a běžného pracovníka.“*

Klíčový pracovník je podle pracovníka 1: *„Ten zajišťuje, nebo by měl zajišťovat cíl, aby klient byl na té kultuře, aby se zúčastňoval třeba ergoterapie.“*

K přizpůsobení péče cílům pracovník 2 uvádí: *„Každý má cíl jiný.“* Při realizaci cílů stojí u ležících klientů v popředí především zajištění kvalitní péče, se zajištěním základních potřeb, aby klienti neměli bolesti. Cílem je formou aktivní účasti na aktivitách zajistit spokojený a trošku smysluplný život.

Pracovník 3 popisuje cíle s ohledem na ergoterapii a volnočasové aktivity, kdy v individuálních plánech není přesně stanoveno co má klient dělat. Činnosti se odvíjí od možností a schopností konkrétního klienta.

K hodnocení individuálních plánů dochází dle pracovníků 1,3 jednou za 3 měsíce. Pracovník 3 dodává, že hodnocení může být také individuálně u klienta, dle potřeby.

Pracovník 1 vidí význam individuálních plánů v naplňování cílů. Pracovníka 2 považuje za významné individuální plány a stanovování cílů u klientů, u kterých lze cíl uskutečňovat. U ležících, nekomunikujících klientů, kteří nemluví, a je obtížné poznat, zda vnímá, považuje realizaci cílů za velmi obtížně realizovatelnou.

Prácheňské sanatorium o.p.s - Lounský mlýn

Konkrétní tvorba individuálních plánů není doposud v zařízení prováděna. Jsou stanoveni klíčoví pracovníci a u klientů stanoveny cíle, které se postupně hodnotí. K tvorbě a stanovování individuálních plánů pracovník 4 uvádí: *„Na plánech se pracuje, máme udělanou tabulku, máme stanoveny klíčové pracovníky, ale vysloveně na to se u nás zatím nenajelo.“* Podle pracovníka 5 zpracovávají individuální plány klíčoví pracovníci spolu ve spolupráci s klientem a rodinou. Také uvádí *„Pokud jsou tady i jiní pracovníci než klíčoví, kteří mohou přispět k tomu individuálnímu plánu, může to být známá osoba tady v personálu, nebo naváže klient přátelský vztah úplně s jiným pracovníkem než je klíčový pracovník, tak si myslím, že to není jenom na tom klíčovém pracovníku, ale na spolupráci všech lidí poskytující tu sociální službu, včetně rodiny.“* Klíčoví pracovníci: *„Ve své podstatě a ve větším procentu péči vykonává.“*

Pracovníci uvádí, že mají stanoveny cíle u klientů. Podle pracovníka 5 je naplňování cílů již v náplni práce. *„Pracovníci nejenom že zajišťují sociální, zdravotní péči, ale v rámci své pracovní doby se musí věnovat i hodnocení a získávání informací jestli cíl naplnili, nenaplnili. Co by ještě měli udělat, když si člověk stanovil cíl chodit každý den ven a najednou jsme ho nesplnili, protože byl nemocný.“* Podobně se vyjadřuje respondent 4: *„Pokud klient řekne, že by něco chtěl a pokud to jde, tak mu to splníme.“*

K hodnocení naplnění cílů dochází po 3 měsících. Pracovník 5 uvádí: *„Když si stanovíme samozřejmě krátkodobý cíl, tak je to dříve, když je to dlouhodobější, tak déle, ale většinou standardně je to po 3 měsících.“*

Význam individuálních plánů vidí pracovníci především v naplnění cílů, přání, potřeb a motivaci. Pracovník 5 uvádí: *„Význam naplnění v očekávání klienta při přijetí do našeho zařízení. Naplnění jeho představ, naplnění jeho cílů před přijetím do*

takového zařízení. Takže snaha klientům vyhovět jejich potřebám a umožnit jim klidný, spokojený, na úrovni, plnohodnotný život.“

Pracovník 4 uvádí: *„Každý člověk má nějaký svůj cíl. I starý člověk může mít nějaký cíl, i když se dostane k nám do zařízení.“* Dále popisuje klientku, která vyjadřuje přání, že by chtěla na pivo do hospůdky a tam, že by si dala klobásu s chlebem. *„I tuhle maličkost se snažíme splnit. A oni jsou tak trošku i motivovaní. Kolikrát vidíte, že když se jim něco splní, co by chtěli nebo někam by se chtěli jet podívat, tak jsou úplně veselejší, mají jiskru v oku, když ví, že se něco děje, než lidi, když se o ně nějak nezajímáte nebo nečinně by tady seděli...potom i ta nemoc a demence posupuje rychleji, když budou nečinně sedět a koukat do prázdna. Smysl cíle určitě mají, i když jsou tady taky tací, kteří řeknou, a mě už nechte a já už nic nechci, já už si to svoje prožil. A vlastně na tom pracovníkovi je, motivovat ho dál, něco jiného nabídnout, vyzkoušet... zeptat se co by ještě chtěli, co by je zajímalo. Nebo se domluvit s rodinou, zeptat se co by ještě chtěli, co by je zajímalo...“*

Rodina klientů a informace zjišťované od rodiny

Do této části byly zahrnuty informace zjišťované od rodiny, jejich využití v péči o klienty a možnost kontaktu klientů s rodinou.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 2 uvádí, že jsou zjišťovány: *„Základní informace. Zjišťování zdravotního stavu, jestli je mobilní, jestli je inkontinentní, nebo není. Jak je schopen chůze, jaké zvyklosti má základní.“* Rodina klienta dostává „záznam denních činností“, aby se zjistily zvyklosti klienta, které měl doma. *„...zda je zvyklý třeba spát do desíti, tím pádem, že se snídane dá na pokoj a on si jí potom sní na pokoji, jak je zvyklý se koupat, jestli je na něco alergický, jestli budou využívat služeb pedikérky nebo si to rodina bude zajišťovat sama, jaká je komunikace, jestli má depresivní nálady, nebo jak jim předejít a zda něco vyvolává agresivní stavy.“* Další informace, které se při přijímání zjišťují, jsou dieta, pojišťovna, jak klientovi chodí důchod. Pracovník 1 se shoduje s pracovníky 2,3 v tom, jakým způsobem a jaké základní informace jsou o

klientovi zjišťovány. Pracovník 3 k informacím od rodiny dodává: „*Záleží samozřejmě na rodině. Některé rodiny znají toho klienta velmi dobře, znají jeho denní rituály, jeho denní rytmus. Některé rodiny, ale nemohou podat požadovanou informaci...*“

Pracovník 2 uvádí, že jsou v péči brány ohledy na zvyklosti klienta: „*...co nejvíce přizpůsobit klientovi, aby byl spokojený... snažíme se tyto informace co nejvíce využít.*“

Pracovník 3 ve své práci může vycházet především z toho, co klient dělal rád, nebo které dělal zaměstnání. Ale sám upřednostňuje informace zjištěné přímo od klienta, „*... rodina udá, že klient byl nadšený v něčem, ale ono už to nemusí platit. Ta změna mohla nastat.*“ Podobně pracovník 2 uvádí, že po příchodu klienta, v době adaptačního procesu, se klient v novém prostředí může chovat rozdílně, než bylo popsáno od rodiny, proto je dále zjišťováno jak klient jí nebo jak spí. „*...Tak se pak snažíme navázat na jiný systém. Jí hodně, dáme větší porci. Má málo jídla, tak mu dáme menší porci. Špatně jí, špatně kouše, nechává maso, objednáme mletou.*“

Pracovníci se shodují, že kontakt klientů s rodinou je umožněn formou neomezených návštěv. Pracovník 3 uvádí také možnost, kdy si rodina může klienta vzít domů na propustku.

Prácheňské sanatorium o.p.s - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí, ohledně informací zjišťovaných od rodiny: „*To se odvíjí od stupně toho onemocnění. Pokud člověk není schopen s námi komunikovat. A při prvním jednání, i kdyby neverbálně nějakým způsobem s námi komunikoval, tak pro nás to není věc, kterou bychom dokázali při první schůzce pochopit, takže vždy informace od rodiny chceme základní o tom člověku, co měl rád, neměl rád, co dělal celý život, čemu se věnoval apod. Samozřejmě ohledně zdravotního stavu tak tam je komunikace na té bázi lékařské dokumentace předchozích lékařů.*“

Pracovník 4 se shoduje s pracovníkem 5 a popisuje co je od rodiny či klienta důležité zjistit. „*Pokud je klient schopný nám to sdělit sám tak nám povídá sám a rodina jen tak doplňuje.*“ Je zjišťováno, jak si klient přeje být oslovován, jakou vykonával práci, co má rád a nemá rád z jídla, z pití, zda jsou praváci, leváci, co poslouchají za

hudbu. Jaké jsou povahy, zda koukají na televizi, jestli třeba nesleduje nějaký seriál. Dále jestli nosí zubní protézu, jestli mají brýle. Jaký mají zájmy a koníčky.

S informacemi zjištěnými od rodiny je dle pracovníka 5 pracováno v rámci individuálních plánů a osobních cílů. Pracovník 4 uvádí, že zjištěné informace jsou v ošetrovatelské kartě (v sociální dokumentaci) „..., kde s tím pracují ošetrovatelé a ergoterapeutky, bazální, tak reminiscenční terapeutky.“

Pracovníci 4,5 se shodují a uvádí, že rodinní příslušníci mohou přijít kdykoli na návštěvu. Kontakt klientů s rodinou pracovník 5 popisuje: „Rodiny mají neomezený přístup a neomezené návštěvy, kdykoli mohou přijít za svými blízkými na návštěvu. Je možnost a je nabízeno, on-lien kamerové snímání veřejných prostor našeho zařízení, takže mohou rodiny i přes internet vidět svého blízkého.“ Po domluvě se staniční či s vrchní sestřičkou může klient s rodinnou na propustku.

Zbavování či omezování právní způsobilosti

V této části byl zjišťován vliv omezování či zbavování právní způsobilosti u klientů na poskytované služby.

Domov pro seniory Máj p.o

Pracovníci nevidí vliv omezení či zbavení právní způsobilosti u klientů na poskytované služby. Pracovník 1 uvádí, že „ Klienti jsou zbaveni částečně, většinou v podpisovém právu. Na samotnou péči to vliv nemá.“ Ale v případech, kdy klienti potřebují koupit věci, tak je kontaktována sociální pracovnice, která to zařídí s opatrovníkem. Informace se podávají vyloženě člověku, který je hlášený jako opatrovník a také v případě, když je klient hospitalizovaný tak se volá opatrovníkovi.

Dle pracovníka 2 vidí v omezení či zbavení způsobilosti klientů určitou ochranu klienta. „Klienti, už ani neví, co podepisují a těžko jim člověk vysvětlí, o co jde. Už ani kolikrát nechápou, co jim člověk vysvětluje....Takže pro nás je lepší, když klienti v tomto stavu mají opatrovníka nebo mají, alespoň podle toho §29, že alespoň v určitých úkonech mohou toho člověka zastupovat, nejsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům úplně zcela.“

Pracovník 3 dle zprostředkované zkušenosti vidí potřebu omezování či zbavování způsobilosti k právním úkonům při řešení administrativních úkonů, podepisování smluv. Kdy také záleží na rodině, jaká je s ní domluva. „*Záleží na konkrétní rodině, na konkrétním klientovi. Jsou rodiny, kde placené služby probíhají bezvadně. Jsou rodiny, které v podstatě urgují.*“ Z pohledu pracovníka a jeho práce toto omezení či zbavení vliv na poskytované služby nemá.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovníci se jednoznačně shodují, že vliv na poskytované služby omezování či zbavování způsobilosti nemá. Pracovník 4 uvádí: „*Ne nemá. Většinou si to zařídí rodina, pokud se to týká nějaké přepisování nemovitosti.*“

Omezující prostředky

Tato část byla zaměřena na omezující prostředky a užívání těchto prostředků při péči o klienty.

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 3 si pod omezujícími prostředky představuje: „*Jakýkoli prostředek, který omezuje pohyb.*“ Naopak pracovník 2 by si pod pojmem omezující prostředky představil síťová lůžka a izolaci.

Podle pracovníků jsou omezujícími prostředky používanými v zařízení postranice. Pracovník 1 uvádí: „*...ale pokud je to pro zabránění rizika, tak si myslím, že to restrikce není.*“ Pracovníci se také shodují, že pokud je klient zcela ležící, tak to není považováno za omezující prostředek. V jiném případě musí být souhlas od klienta či opatrovníka.

Pracovníci 1,3 uvádí jako omezující prostředek „*fixaci*“ klientů ke křeslu v souvislosti s jídlem, u klientů, kteří mají problém vydržet sedět. Také k tomuto prostředku je nutné mít souhlas opatrovníka.

Pracovník 3 vypráví o zamykání dveří, které se neprovádí, ale uvádí, že se souhlasem rodiny či klienta je možnost k tomuto prostředku přistoupit.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovník 5 uvádí, že pod pojmem omezující prostředky si představuje: *„Restriktivní opatření, které omezují pohyb klientů, nějakým způsobem je omezují v jejich volném pohybu.“* Podobně tak pracovník 6 si představuje zamčené dveře a postranice na posteli. Pracovníci se shodují, že jsou omezující prostředky v zařízení používány, ale vždy z důvodu nutnosti, jako indikace lékaře či se souhlasem klientů.

Pracovník 5 uvádí, že jsou v rámci zařízení užívány již zmíněné postranice u postelí, které jsou využívány na indikaci lékaře a po dobu nezbytně nutnou. Dále se zmiňuje o lécích, které jsou také v indikaci lékaře. Jako jeden z omezujících prostředků pracovník popisuje *„...křesílka s jídelními stolečky, což by mohlo být také bráno jako omezující prostředek.“* Proto se tyto stolečky používají pouze po dobu nutnou, k jídlu.

Pracovník 4 uvádí odlišný názor: *„Ne. Nepoužíváme.“* Přesto si uvědomuje, že je zařízení uzamčené a charakterizuje situaci: *„...možná by se tady dalo polemizovat ohledně volného pohybu, ... není možné, aby zařízení bylo volně přístupné, volně otevíratelné. Kdy klienti skutečně jsou dezorientovaní a hledají a odcházejí. To zařízení jako takové je uzavíratelné, ale jako takový pohyb klientů se neomezuje.“*

Ochrana práv osob

V této části byla zahrnuta práva, která jsou obtížně splnitelná u osob s Alzheimerovou chorobou a demencí a zároveň jakým způsobem je zajištěno dodržování ochrany práv.

Domov pro seniory Máj p. o.

Pracovník 1 považuje za práva, které lze obtížně naplnit, právo jít ven a mít prostor. V souvislosti s naplněním tohoto práva vystihuje problematiku prostředí, ve kterém je toto oddělení, protože je uprostřed sídliště, kde jsou silnice a bez vlastní zahrady. Podobně pracovník 2 uvádí: *„Právo volného pohybu, osobní svobody. Mají volný pohyb po oddělení, ale nemohou sami odejít, můžou s návštěvou, či s doprovodem ošetřujícího personálu.“*

Pracovník 3 uvádí: „*Je otázkou respektování vůle, jestli je jí klient schopný projevit, tak je otázka do jaké míry je v našich možnostech to respektovat.*“ Toto právo rozvíjí do problematiky práva volnosti pohybu a práva na volbu. Kdy klienti mohou vyjádřit přání jít ven, ale ne vždy to lze splnit. Jedním z těchto střetů je kouření, kdy klient vyjadřuje potřebu kouřit, ale z důvodu prostoru a pohledu bezpečnosti je nutný dohled. „*Právo se dostává do střetů, kdy člověk má právo vyjádřit své přání a on přání vyjadřuje jasně a má právo svoji potřebu naplnit...*“

Nelze jasně říci, jak je zajištěno dodržování ochrany práv. Pracovník 1 uvádí, že volnost pohybu, právo jít ven, může být naplněno jednak ze strany pracovníka z ergoterapie, se kterým klienti chodí na terasu nebo si sednout na lavičku a na druhé straně může pomoci také rodina.

Pracovník 2 uvádí, že: „*Jsou například klienti, kdy na jejich zdravotní a psychický stav nepůsobí i některé návštěvy, tak je zajištěno, aby k nim nechodili...*“

Podle pracovníka 3 mají klienti a rodina možnost vyjádřit své přání. „*...rodinní příslušníci mají právo kdykoliv se informovat, ptát se, stěžovat si.*“

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovníci 4, 6 se shodují, popisují jako obtížně naplnitelné právo na volný pohyb a právo na soukromí. Dle pracovníka 4 mají klienti možnost volně se pohybovat v zařízení, ale ven se sami nedostanou. Snahou je realizovat, dle možností zařízení, právo na soukromí. Několik klientů má svůj klíč od pokoje, který si zamykají, proto mají možnost kdykoli přijít a kdykoli odejít. V přízemí také dochází k zamykání pokojů, ale pokud klienti na pokoj jdou, tak se odemkne. „*Tady je problém, pokud klientům klíč od pokoje dáme, tak ho ztratí, ... nebo ani neví, na co ho použít.*“

Pracovník 5 považuje za obtížně splnitelné právo na volbu, právo vybrat si z něčeho. V případě pokud mají klienti zhoršenou komunikaci a orientaci v prostředí, kdy klient nedokáže plnohodnotně říct své přání, v důsledku onemocnění, lze toto právo těžko naplnit.

Dodržování ochrany práv dle pracovníků 5,6 spočívá ve znalosti práv zaměstnanců.

Pracovník 5 uvádí „*Proškolením zaměstnanců, aby i oni věděli, jaká mají práva klienti, aby je dodržovali. Pracovníci jsou ti, kteří o ně přímo pečují, a kteří jsou u nich nejbližší. Musí být informováni a musí je dodržovat.*“ Pracovník 4 podobně uvádí: „*Zaměstnanci jsou seznámeni s právy, takže dodržovat by je měli.*“

Komunikace

V této části jsou zahrnuty pohledy pracovníků na komunikaci s klienty, tedy co považují při komunikaci s klienty za důležité a co jim usnadňuje komunikaci.

Domov pro seniory Máj p.o.

Podle pracovníka 2 jsou při komunikaci důležité dotyky „...*u někoho je potřeba zvýšit hlas, protože špatně slyší. Někdo zas nemá rád hlasité mluvení, tak zase ztišit. Samozřejmě v každém případě slušnost, i přesto, že jsou to klienti, kteří jsou zmatení a dezorientovaní, tak s nimi nemluvit jako s dětmi. Pořád jsou to dospělí lidi.... Někdo má rád, když ho někdo chytne za ruku, když ho pohladí, někdo zase má rád svůj odstup, takže postupem času člověk zjistí jak komunikovat s klientem.*“

Pro pracovníka 1 je také důležité: „*Kontakt vizuální, klidně mluvit, krátké věty, srozumitelně, artikulovat pořádně, přidat k tomu i neverbální složku....Myslím si hlavně klidný přístup.*“

Pracovník 3 spatřuje důležitost v komunikaci: „*Všeobecně nechat jim čas a prostor a nepředpokládat, že když neodpoví, že neví.*“ Popisuje situaci klientky, která odmítala jakoukoli činnost, pouze chodila a dívala se. Po čase začala také postupně mít zájem o aktivity „...*nechat jim prostor, oni se projeví, ale projeví se v ten čas, kdy jim to vyhovuje a kdy oni se cítí dobře.*“ Pracovník popisuje pocit, kdy jsou klienti „*dělání bezmocnými, ještě víc než jsou*“, ve smyslu, kdy jsou za klienty vykonávány činnosti, které jsou schopni vykonat, „*ve snaze toho člověka uchránit stresu, neúspěchu.*“ Pracovníci 3, 2 se shodují, že jsou důležitá pravidla slušného chování.

Pracovníkovi 2 usnadňuje komunikaci u klientů s poruchou komunikace již zmíněná alternativní komunikace pomocí piktogramů. Pracovníkovi 1 usnadňuje komunikaci: „*Slovo a gestikulace.*“

Pro pracovníka 3 je výhodou v komunikaci, že je muž, má silný hlas a může si dovolit větší důraz, působit víc autoritativně a nepoutat se. *„Má to svoje výhody i svoje nevýhody ...Snažím se, abych je netlačil do něčeho, o čem vím, že to nutně nepotřebují.... Ale radši, nechat půl hodiny, ať je sám se sebou a ať přijímá to, co on chce přijímat....“*

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Dle výroků pracovníků lze říci, že je důležité při komunikaci přizpůsobit komunikaci klientovi.

Pracovník 5 považuje při komunikaci za důležité *„Abychom si vzájemně rozuměli, aby on pochopil mě a já jeho.“*

Pracovník 4 uvádí, že *„Naladit se na toho klienta, snížit se na úroveň jeho vnímání a na druhou stranu nemluvit s ním jako s dítětem.“* Musí se poznat reakce klienta, jak je schopen vnímat nás a na té bázi s ním mluvit, ale nešíšlat, nezdobňovat, žádné zdrobněliny. *„Jsou k tomu tendence.“* Důležité je udržovat důstojnost a komunikovat jako s dospělým člověkem.

Pro pracovníka 6 je při komunikaci důležité a zároveň jí komunikaci s klienty usnadňuje: *„Aktivní naslouchání.“*

Pracovníci 4, 5 se shodují v názoru, že komunikaci jim nejvíce usnadňuje dostatek informací o klientovi, znalost klienta. Pracovník 5 uvádí, že: *„...znalost onemocnění, úplně nejvíc to usnadní možná i znalost klienta. Je samozřejmě obtížnější komunikace s klientem, který je tady týden a komunikace s klientem, který je tady pět let, protože už ho do určité míry znáte. Znalost onemocnění a odborné vzdělání v komunikaci s osobami s demencí.,,*

V rámci zařízení na podporu komunikace je používána bazální stimulace a reminiscenční terapie. Pracovník 4 popisuje bazální stimulaci s cílem *„...obnovení vzpomínek, zjistit co měli rádi. ...Když se s nimi budeme bavit na téma co je jim bližší, tak se někdy rozpovídají, nebo je vidět, že ví, o co jde....“* Pro reminiscenční terapii přináší rodina věci, které jsou pro klienty blízké, a se kterými dříve přicházeli do styku.

Závěr 2. dílčí výzkumné otázky:

Individuální plány péče se liší dle zařízení, kdy zařízení 1 má již individuální plány vytvořené, ale zařízení 2 individuální plány zavádí, kdy mají stanoveny klíčové pracovníky, cíle, ale samotné plány ne. Rozdílnost v zařízeních je z hlediska klíčových pracovníků, kdy v zařízení 1 jsou klíčoví pracovníci zdravotnický a ošetrovatelský personál, v zařízení 2 jsou klíčovými pracovníky pracovníci v přímé obslužné péči. Z odpovědí pracovníků lze říci, že klíčový pracovník je hlavní osobou, která tvoří plány a zabezpečuje plnění cílů klientů a hodnocení cílů. Význam individuálních plánů spočívá především v naplňování cílů klientů.

Dle pracovníků obou zařízení je rodina důležitým zdrojem informací o klientovi pro personál, kdy jsou především od rodiny zjišťovány základní informace o klientovi.

Pracovníci se shodují, že zbavování či omezování právní způsobilosti na poskytované služby nemá vliv. Někteří pracovníci v zařízení 1 považují tyto omezení jako ochranu klientů, v rámci podpisového práva a jiných administrativních úkonů.

Omezující prostředky jsou užívány v obou zařízeních a to především formou postranic, které dle výroků pracovníků používají pro zabránění rizika klientů, a proto nejsou považovány za omezující prostředek. Jednou ze situací, kdy se pracovníci shodují, že k těmto situacím lze přistupovat, jako omezení pohybu klientů, je v době jídla. Pro tato omezení jsou nutné souhlasy samotných klientů nebo opatrovníků. Dle výpovědí pracovníků jsou používány pouze na dobu nezbytně nutnou.

V oblasti práv, která jsou podle pohledu pracovníků obou zařízení obtížně naplnitelné jsou především právo svobody a volného pohybu, na volbu respektování osobnosti, důstojnosti a právo na soukromí. Pracovník v zařízení 2 také považuje za obtížně naplnitelné právo na soukromí. V souvislosti s tímto právem je několik klientů, kteří mají klíč od pokoje, který je zamykán. Což není možné u všech klientů. Z hlediska dodržování ochrany práv považují pracovníci za důležité, aby byli především proškoleni zaměstnanci. V zařízení 1 jeden z pracovníků uvádí problematiku kouření, jako právo klientů, které je obtížné naplnit, z hlediska prostoru, kde je nutný dohled.

Z pohledu pracovníků jsou odlišné pohledy na komunikaci s klienty. Z výroků pracovníků lze říci, že je důležitá znalost klienta, slušné chování a nejednat s klienty jako s dětmi, ale jak s dospělými.

3. Dílčí výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou poskytovány aktivizační činnosti pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

V této části je zahrnuto plánování, účel aktivit, které aktivity jsou považovány za vhodné pro klienty, podporování klientů k účasti na aktivitách, aktivizace u imobilních klientů a důležitost aktivizačních činností.

Plánování a účel aktivit

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 2 uvádí, že plánování aktivizačních činností je pravidelné. Jsou stanoveny dny, ve které činnosti probíhají. Ergoterapie probíhá každý den, kdy „...někdo plete, někdo háčkuje, někdo jenom na jemnou motoriku žmoulá krepový papír...“ Podobně pracovník 1 uvádí, že ergoterapie probíhá: „Každé dopoledne a odpoledne. Dopoledne se trénuje jemná motorika, někdo stříhá, někdo maluje, ... a do toho se i zpívá. Odpoledne, ... se třeba čte, zpívá a hraje se člověče, nezlob se...“

V rámci aktivizace je přístupováno ke klientům skupinově, ale i individuálně. Většinou jsou aktivity prováděny skupinově. Pracovníci 1, 3 popisují aktivity psychoterapii a canisterapii, které jsou prováděny, jak skupinově, tak individuálně. Podle pracovníka 3, ale jiné aktivity na pokojích chybí.

Pracovník 3 popisuje činnosti aktivizace a ergoterapie, které jsou u klientů prováděny. Jedna z forem aktivizace je rozhovor. „Reminiscenční terapie je v rámci ostatních terapií, volně se povídá. Není to cílená reminiscence.“ Činnosti, které jsou prováděny u klientů, jsou dle jejich schopností. Někdo mačká krepový papír, motá klubíčka. „Běžné aktivity dne, jako vycházky... Klient, který na jídelně spí a vůbec neví co se děje, je najednou na terase spokojený a sleduje dění.“ V rámci terapie

canisterapie se pracovníci shodují v účelu, který má na klienty. Pomáhá stimulovat klienty a podporovat paměť.

Pracovník 3 uvádí, že „*Co tady chybí, je ta pre-terapie, pro klienty, kteří leží nebo z nějakého důvodu nejsou schopni klasické terapie. Buďto jsou na lůžku nebo jsou zmatení. ...*“

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Pracovníci se liší v názoru na přípravu aktivit. Podle pracovníka 5 mají terapeutky vytvořeny plány práce, na určitý den, co mají v plánu, a se kterými klienty, „... *tak, aby je prostrídali.*“ Obsahující činnosti jako „*Nácviky manuální zručnosti, ruční práce, sezónní aktivity ...*, zapojují klienty do sezónních akcí, vánoce, velikonoce a podobně. *Nácvik paměti, čtení z denního tisku, procházky, výlety, bazální stimulace, nácvik, stimulování smyslů. ...*, aby se neopakovali stále činnosti... *Myslím si, že některé jsou více a některé méně. Jsou samozřejmě klienti, kteří jsou schopnější, kteří se zapojují více a někteří méně schopní, u nichž se spíše zaměřuje na bazální stimulaci. Odvíjí se to spíš od stadia onemocnění, abychom klientovi přinesli to, co on potřebuje.*“

Pracovník 6 naopak uvádí, že činnosti nejsou plánované: „... *dříve se vedlo, co se bude kdy dělat, ale nešlo to realizovat. Lidi buď neměli chuť, nebo přšelo. Jsou dny, kdy jsou takový apatický a nehnete s nimi. ...*“

Pracovník 4 uvádí, že mezi nejvíce využívané aktivity patří ergoterapie a muzikoterapie. Bazální stimulace je domlouvána individuálně. Je pro klienty, u kterých je to potřeba. Pokud jsou klienti například nemocní, zahlenění tak se používá: „...*masáž stimuluující dýchání na odhledění. Když je někdo neklidný, tak se mu udělá zklidňující masáž, když je někdo spavý, tak se mu dělá povzbuzující masáž.*“

Pracovník 5 popisuje aktivity, které jsou prováděny ve skupinách. Klienti jsou: „*Rozdělení podle stupně onemocnění, nebo podle individuálních potřeb, jak kdo se chce zúčastňovat těchto aktivizačních činností.*“

Vhodné aktivity pro klienty

Domov pro seniory Máj p.o.

Za vhodné aktivity pro klienty, dle pracovníka 3 jsou: *„Ty, které jsou ochotni přijmout, a které je nestresují. Které jim přináší potěšení a pocit smysluplné práce. Ale důležité jsou ty, které jsou ochotni přijmout“*

Pracovník 1 uvádí, že aktivity jsou individuální. Záleží na okolnostech, někteří klienti pracují a ostatní se snaží zabavit jinou prací. *„Když někdo odejde, tak se ho snažíme vrátit a posadit zpátky, jestli chvilku ještě vydrží. Je to různé.“*

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Dle výpovědí pracovníků jsou pro klienty vhodné aktivity, které jsou přizpůsobeny možnostem a schopnostem klientů. Pracovník 4 uvádí: *„Musí to být uděláno na to, co jsou oni schopni zvládnout. Klientům, co třeba jenom sedí a koukají, tak se jim vypráví, čte.... Klienti, kteří jsou schopni chodit, nebo něco dělat tak..., můžou hrabat trávu, hrabat listí a mají záhonek, o který se starají. Ergoterapeutka vymýšlí činnosti...“*

Podobně tak pracovník 6 považuje za vhodné aktivity: *„...skoro všechny.“* U některých činností je nutný dohled *„..., když lidi nejsou schopní jakékoli činnosti, tak sedí ve skupině a pozorují práci ostatních. Účastní se pasivně. Myslím si, že všechny činnosti, ale na míru.“*

Pracovník 5 považuje pro klienty za vhodné *„...společenské akce, které tady pořádáme. Hraní harmoniky, kdy se sejdou při nějaké příležitosti, nejenom, že sedí u stolečku a motají nějaké klubička.... Ale společenské, živější akce, které probudí smysly, ... nebo je zapojí do společenského života, do toho dění.“*

Aktivizace u imobilních klientů

Domov pro seniory Máj p. o.

Pracovníci se shodují, že aktivizace u imobilních klientů probíhá především formou rehabilitace. Pracovník 2 uvádí, že: *„Pokud můžou, tak i imobilní klienti se*

vysazují na křeslo, ale jsou i klienti, kteří už ani nevydrží sedět. U těch, co to jde, tak se snažíme aktivizovat. I když nechodí, na křesle ... se na dílnu dováží. U klientů, kteří už ani nevydrží sedět, tak je to více cvičením na pokoji, ... aby neztuhly svaly“

Pracovník 1 uvádí, že aktivizace u imobilních klientů probíhá polohováním, rehabilitací, dobrovolníky, kteří hrají na kytaru a zpívají a hlavně komunikací. Manuální zručnost imobilní klienti často nezvládají, ale také se posazují na jídelnu.

Dle vyjádření pracovníka 3 je aktivizace především pomocí komunikace. *„A u klientů, kteří jsou trvale ležící, a kteří jsou nějakým způsobem trvale zmatení, ..., neorientují se v čase, prostoru, tak je to v ošetrovatelské péči. Terapie na imobilní klienty zaměřená vyloženě neprobíhá.“*

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

U imobilních klientů probíhá aktivizace na základě bazální stimulace, která je zaměřena individuálně.

Pracovníci se shodují, že aktivizace probíhá také formou zapojení klientů do ergoterapií. Pracovník 4 popisuje aktivizaci v rámci ergoterapie, kdy jsou imobilní klienti posazováni do polohovacích křesel a účastní se ergoterapie tím, že: *„...alespoň poslouchají nebo koukají.“* Je snaha zapojit klienty do aktivit. *„Pokud je hezky, tak jsou venku. Jsou mezi lidmi a nejsou na pokojích.“* Podobně tak respondent 5 uvádí, že: *„V rámci zapojení do normálního života společenského dění, jsou vysazováni a účastní se veškerých akcí.“*

Dle pracovníka 6 se aktivizace: *„...omezuje na muzikoterapii, poslech mluveného, čteného slova, protože nejsou schopni žádné pracovní činnosti.“* Je převážně používána bazální stimulace, rehabilitace, reminiscenční terapie, kdy jsou klientům ukazovány fotky a mluví se o nich.

Podporování klientů k provádění aktivit

Domov pro seniory Máj p.o.

Pracovník 2 vyjadřuje podporu klientů k aktivitě s cílem motivovat, „...*tak, aby měl zájem o ten program, nebo jít na terapii, a zapojit se...Pokud se nechce zapojit, je mezi lidmi, povídá si a příště se může zapojit.*“ Podobně pracovník 1 vnímá podporu a uvádí, že: „*Musí se něčím zaujmout, každého zaujmete něčím jiným. Někdo si kreslí, vystřihuje a někdo si jenom žmoulá papírek.*“

Podle pracovníka 3 je při podpoře klientů důležité nabídnout aktivitu, informovat, že je může klient využít.

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Podporování klienta k provádění aktivit se odvíjí od stanovování cílů klientů a přání klientů. Pracovník 5 popisuje přístup, kterým jsou klienti motivováni k dalším činnostem: „...*Je samozřejmě možné, že se setkáme s tím, že klient se nebude chtít zúčastňovat, bude možná i ve své podstatě introvert, samotář, a když budeme vědět, že je to člověk takový už ze své podstaty, tak ho asi nebudeme příliš nutit, aby se zúčastňoval akcí. Budeme podporovat aktivity, které on měl ve svém životě rád. Když bude sám chtít opravovat plot, nebo pomáhat údržbáři, tak ho budeme podporovat v tom, že mu umožníme aktivitu s naším údržbářem a nebudeme ho nutit, aby tancoval při hraní harmoniky, když to prostě nesnášel a celý život netancoval.*“ Pracovník 4 charakterizuje motivaci klienta prací a u kuřáků na cigaretu. „...*Když máme schůzi obyvatel, kterou máme jednou měsíčně, právě s těmi, kteří jsou schopni sdělit svoje potřeby nebo říci, co by chtěli, tak slyšíme, že by chtěli zákusky, klobásu, harmoniku, pivo. Pro nás banální věci, ale pro ně je to zpestření, protože se na tu harmoniku hrozně těší.*„

Důležitost aktivizačních činností

Domov pro seniory Máj p.o.

Důležitosti aktivizačních činností pracovník 2 vidí: „... ve zlepšení kvality života, ...mají nějakou činnost, kterou spoustu let nedělali a najednou přijdou na to, že ji ještě zvládnou. Mají radost z toho, že ji dělají. Zvyšuje to motoriku i trénování paměti.“ Dle pracovníka 3 jsou důležité aktivity pro: „Rozvoj dovedností, udržení dovedností a zájmu o sebe, o okolí a nějakou práci. Udržet člověka aktivního, aby byl spokojenější, a aby měl důvod proč se léčit.... Dát mu důvod k tomu, aby něco dělal.“

Pracovník 1 charakterizuje činnosti ve snaze zaujmout klienty činností, tak aby se soustředili na tu činnost: „...Když se snažíte, aby si sednul, a aby něco dělal, tak ona u někoho i hodina je zázrak, že vydrží.“

Prácheňské sanatorium o.p.s. - Lounský mlýn

Důležitost aktivizačních činností dle výpovědí respondentů spočívá především ve zpomalení postupu onemocnění. Pracovník 5 uvádí: „Udržení úrovně života na maximální možné výši, udržení základních dovedností, zvyklostí u klienta, abychom ho co nejdéle udrželi v úrovni soběstačnosti.“ Podle respondenta 4 stimulací a motivací se život a zbytek života stává kvalitnější a důstojnější.

Pracovník 6 popisuje: „Lidi nejsou apatičtí, vyplní svůj volný čas, když chtějí, když nechtějí tak prostě nevyplní a odmítají práci,... Funguje, ač se to nezdá, cvičení dlouhodobých paměťových drah, vybavují si najednou věci, na které by si normálně nevzpomněli, kdyby v ruce neměli třeba tu pastelku a teď najedenou, když nemluví a jsou takový apatický, tak se jim rozzáří oči, ...“

Závěr 3. dílčí výzkumné otázky:

Dle výpovědí pracovníků nelze jednoznačně určit, které aktivity jsou pro klienty vhodné. Za vhodné aktivity jsou pro klienty považovány především ty, které jsou individuální a přizpůsobeny možnostem klientů. Lze říci, že podpora k aktivitám u klientů se odvíjí od činností, které měl klient rád, se snahou klienta činností zaujmout.

Důležitost aktivizačních činností spočívá s udržení dovedností, schopností a soběstačnosti klientů a trénování paměti.

Aktivizace u imobilních klientů se dle pohledů pracovníků v zařízeních liší. V zařízení 1 probíhá převážně formou rehabilitace, dobrovolníky a komunikací, ale také účastí na ergoterapiích. V zařízení 2 je založena aktivizace především na principu bazální stimulace, reminiscenční terapii, ale stejně tak probíhá formou ergoterapií a rehabilitací.

V zařízení se dále odlišují v plánování aktivit, kdy v zařízení 1 jsou, dle některých pracovníků, stanoveny dny, ve které probíhají určité terapie. Naopak v zařízení 2 plány aktivit a terapií již nemají, protože nebylo možné z důvodu potřeb klientů naplňovat tyto plány. Jsou zde stanoveny měsíční plány kulturních akcí. Zařízení 2 se také odlišuje v rámci již výše zmíněných terapií, kdy je zde péče poskytována cíleně na základě bazální stimulace a reminiscenční terapie.

5. Diskuse

Cílem práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jakým způsobem jsou naplňovány zdravotně sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pracovníků pracujících s touto skupinou osob? Hlavní výzkumná otázka byla rozdělena na tři okruhy dílčích výzkumných otázek.

V souvislosti s první dílčí výzkumnou otázkou bylo cílem zjistit, jak jsou naplňovány zdravotní služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Dugasová (2008) ve svém článku popisuje specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, která je zaměřena na posuzování aktivit denního života, na psychologické údaje a sociální údaje. Nejedlá, Svobodová, Šafránková (2004) poukazují ošetrovatelskou péči na zajištění základních potřeb nemocného, tedy výživu, vylučování, koupání a pohyblivost. Cílem péče je minimalizovat rizika vzniku poranění nemocného i okolí, zabezpečit celkovou ošetrovatelskou péči a důstojné dožití. Dle výpovědí pracovníků je péče zaměřena na potřeby klientů. Je brán zřetel na možnosti a schopnosti klientů a přistupováno ke klientům individuálně. S cílem udržet u klienta co nejdéle soběstačnost. Fiala (2009) toto tvrzení potvrzuje a doporučuje v péči o klienty s demencí vedení k činnostem, které zvládnou, kvůli zachování určitého stupně soběstačnosti. Dbát na dodržování osobní hygieny, kde je nejvýhodnější zavést systematické postupy. U výživy doporučuje dostatek vlákniny a tekutin. V souvislosti se stavem výživy, někteří pracovníci uvedli, že jsou prováděny testy k posouzení stavu výživy. Dle výsledků jsou podávány doplňky stravy, nebo se strava přizpůsobuje klientovi. V péči o klienty je důležité podávat a nabízet klientům tekutiny, protože klienti nepocítují pocit žízně, a proto se sami nenapíjí.

Holmerová (2009) popisuje režim na oddělení, který má být individuální, respektující potřeby jednotlivých klientů, jejich kvalitu života a důstojnost. Jedinci ve fázi rozvinuté demence potřebují být vedeni k určitým aktivitám a k dennímu režimu. (Jiráček, 2009) Souhlasím s názorem, ve kterém je důležité respektovat potřeby klientů, ale zároveň se domnívám, že mnohdy nelze péči přizpůsobit konkrétním potřebám. Z výzkumu vyplývá, že režim nelze jednotlivým potřebám klientů zcela přizpůsobit,

především z provozních důvodů, ale pokud potřeby lze splnit, tak je snahou je naplnit. Janečková (2005) popisuje péči o člověka s demencí, která je náročná, vyžadující speciální kvalifikaci, chráněné a prostorově upravené prostředí. Z názorů pracovníků vyplývá, že oddělení, která jsou uzavřená, přijímají jako pozitivum, z hlediska ochrany, protože klienti nemohou samostatně opustit zařízení.

S postupem onemocnění, k poruchám komunikace klientů, kdy nemohou vyjádřit své potřeby, vychází z výzkumu, že je důležitá znalost klienta, a proto je důležité získat co nejvíce informací. Jsou to právě rodiny klientů, které jsou důležitým zdrojem informací o klientovi. Šelner (2004) popisuje rodinu jako společenství generací, blízkých na podkladě biologického vztahu. (Šelner, 2004, In Minibergová, 2007) Janečková (2005) v souvislosti s příchodem do zařízení a prací s rodinou popisuje důležitost pomoci rodině vyrovnat se s tím, že péči nezvládla a udržet její zájem a spolupráci. Z výzkumu vyplývá, že je rodinám umožňováno podílet se na péči o klienty. Z hlediska toho, jak se rodiny podílí, byla nejčastěji uváděna forma dopomoci při jídle, nebo když si klienta vezme rodina na propustku či na víkend domů. Podle pracovníků se přístupy jednotlivých rodin značně odlišují.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno naplňování sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Janečková (2005) popisuje individuální plány péče, které stanovují problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav nebo zlepšit kvalitu života. Individuální plánování péče se odráží ve standardech sociálních služeb. Individuální plány péče se liší dle zařízení, kdy v zařízení 1 jsou individuální plány zavedeny, naproti tomu v zařízení 2 samotné individuální plány zavádí, mají určeny klíčové pracovníky a cíle klientů.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že jako omezující prostředky jsou užívány postranice, které se používají pro zabránění rizika pádu klientů, a proto nejsou považovány za omezující prostředek. Jednou ze situací, kdy se pracovníci shodují, že dochází k omezení pohybu, je v době jídla. Pro tato omezení jsou nutné souhlasy samotných klientů nebo opatrovníků. Jsou používány pouze na dobu nezbytně nutnou. V souvislosti s omezujícími prostředky jsou v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních

službách vymezeny situace, kdy lze použít opatření omezující pohyb a není to bráno jako omezující prostředek. Souhlasím s tvrzením Holmerové (2009), že s ohledem na rizika spojené s demencí není možné vynechat používání omezovacích prostředků. (Jirák, 2009)

V oblasti práv z výzkumu vyplývá, že obtížně splnitelné jsou především právo svobody a volného pohybu, na volbu respektování osobnosti, důstojnosti a právo na soukromí. Podle Holmerové (2009) je potřeba v péči vždy respektovat důstojnost lidí s demencí. Jedna z problematik v souvislosti s vyjádřením přání a práva na volbu je kouření. Kdy v zařízení 1 je toto právo obtížně naplnit, z hlediska prostoru, kde je nutný dohled. Naopak v zařízení 2 mají klienti sami možnost jít ven a zakouřit si. S ohledem na právo na soukromí je v zařízení 2 několika klientům uzamykán pokoj. Otázka ochrany práv klientů se odráží ve standardech sociálních služeb, dle kterých mají poskytovatelé povinnost mít zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, při kterých by mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob. Z hlediska dodržování ochrany práv na toto zajištění nikdo z pracovníků nepoukázal. Z pohledu pracovníků jsou práva naplňována především samotnými zaměstnanci.

Třetí dílčí výzkumnou otázkou bylo odpovědět na otázku naplňování aktivizačních činností pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Fiala (2009) popisuje, že klienti by neměli být nuceni do činností, které jsou pro ně složité a nejsou schopni je zvládnout. Přílišné úsilí klienty vyčerpává a dochází k pocitu méněcennosti a nesoběstačnosti. Jako vhodnou činnost považuje hovořit s klientem o známých věcech z minulosti, opakovat si tváře blízkých z fotografií. Považuje za důležitý pravidelný režim spánku, bdění a dostatečnou aktivitu. Holmerová (2009) popisuje, že když klient přestává mít zájem o aktivitu, tak je důležité nabídnout jednoduché a pestré činnosti a vedení k sebeobsluze. (Jirák, 2009) Dle výpovědí pracovníků jsou u klientů za vhodné aktivity považovány především ty, které jsou individuální a přizpůsobeny jejich možnostem. Snahou je klienty činnostmi zaujmout. Stejně tak Kotisová a Kovalčíková (2004) uvádí, že se musí aktivity přizpůsobit schopnostem a osobnostem klientů. Činnost musí klienty těšit, poskytnout zpětnou vazbu a být naplánována tak, aby zapojila člověka přímo. Činnosti musí být jednoduché a konkrétní, potřebou je do činností zapojovat co nejvíce

smyslů, s využitím rytmických prvků a zaměřovat hodiny tematiky. Dle některých autorů Holmerová (2009), Zgola (2003) je důležité programování aktivit. V tomto smyslu se rozcházejí názory pracovníků, kdy v zařízení 2 dle jednoho pracovníka plány aktivit a terapií již nemají, protože nebylo možné z důvodu potřeb klientů naplňovat tyto plány. Jsou stanoveny měsíční plány kulturních akcí a samozřejmě jsou terapie, jako ergoterapie, které probíhají v určitých stanovených dobách během dne.

Aktivizace u imobilních klientů se ve vybraných zařízeních odlišuje. Souhrnně lze říci, že probíhá formou rehabilitace, zapojováním dobrovolníků, komunikací, účastí na ergoterapiích. V zařízení 2 aktivizaci doplňují péči na principu bazální stimulace a reminiscenční terapií.

6. Závěr

Tato práce se zabývá zmapováním nabídky zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jakým způsobem jsou naplňovány zdravotně sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pracovníků pracujících s touto skupinou osob? Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny dílčí výzkumné otázky. Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu a zvolena metoda dotazování pomocí techniky polostukturovaného interview. Výzkum byl proveden v zařízení Domov pro seniory Máj p.o. a Prácheňské sanatorium o.p.s - Loucký mlýn. Výzkumným souborem byli zaměstnanci vybraných zařízení.

Cíl práce byl splněn v rámci odpovědí pracovníků na dílčí výzkumné otázky. V obou zařízeních je kladen důraz na individuální přístup ke klientům pro naplnění potřeb a cílů klientů. S postupem onemocnění a zhoršováním komunikace se zejména cíle klientů stávají obtížněji splnitelné. Péče je poskytována s cílem aktivovat klienty k činnostem. Aktivizační činnosti jsou zařazeny v rámci běžného režimu dne klientů. Jako nejvíce využívaná aktivizační metoda je ergoterapie.

Práci lze využít pro informování laické i odborné veřejnosti o nabídce zdravotně sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Alzheimercentrum - Loucký mlýn* [online]. [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://alzheimercentrum.sk/cz/nase-zarizeni/loucky-mlyn-cr/>.
2. DISMAN, M. 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. dotisk 3. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 978-80-246-0139-7.
3. *Domov pro seniory Máj p. o.* [online]. [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/>.
4. *Domáci řád.* [online]. [cit.2009-30-12]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=754693>.
5. *Domáci řád - Tylova ulice* [online]. [cit. 2009-30-12]. Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=871107>.
6. *Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí.* [online]. 9. 2. 2009 [cit. 2009-7-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=551>.
7. DUGASOVÁ, D. 2008. Starostlivost o pacienta s Alzheimerovou chorobou. *Sestra a lékař v praxi: časopis pro sestry, lékařov a iných zdravotníckých pracovníků*. 2008, č. 3-4, s. 34-35. ISSN 1335- 9444.
8. *Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklaráce Alzheimer Europe.* Překlad Holmerová, I. [online]. 9. 2. 2009 [cit. 2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=552>.
9. *Early symptoms* [online]. 31.1.2008 [cit.2009-11-12]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/alzheimers/symptoms.html>.
10. FIALA, J. 2009. Demence v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 9, Česká lékařská společnost J.Ev. Turkyňe. s. 488- 492. ISSN 0032-6739.
11. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
12. *Charakteristika rezidenčního oddělení Vážka* [online]. 9. 2. 2009 [cit. 2009-1-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575>.

13. *Charta práv pacientů*. [online]. 9. 2. 2009 [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=488>
14. *Informace pro lékaře*. [online]. 2003 [cit.2009-26-11]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.
15. JANEČKOVÁ, H. 2005. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O. et. al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 163-190 s. ISBN 80-7367-002-X.
16. JIRÁK, R. et. al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
17. JIRÁK, R. 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. [online] 2008, ročník XIII., č. 4 [cit.2009-26-11]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3301&magazine_id=3. ISSN 1335-9592.
18. GABRIEL, J. 2009a. Dušení nemoc a Alzheimerovy choroba. *Esprit* [online]. 2009a, ročník XIII., číslo 5. [cit.2009-23-11]. Dostupné z: <http://casopis-esprit.blogspot.com/2009/06/open-publication-free-publishing-more.html>. ISSN 1214-2123.
19. GABRIEL, J. 2009b. Co je důležité a co ne aneb jak se žije s Alzheimerovou chorobou. *Esprit* [online]. 2009b, ročník XIII., číslo 5. [cit.2009-23-11]. Dostupné z: <http://casopis-esprit.blogspot.com/2009/06/open-publication-free-publishing-more.html>. ISSN 1214-2123.
20. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
21. KALVACH, Z. et. al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
22. KLENKOVÁ, D. - DLABALOVÁ I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
23. KLENKOVÁ, J. 2004. Alternativní a augmentativní komunikační systémy. In *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vydání. Brno: Paido, 2004. s. 147-152. ISBN 80-7315-071-9.

24. KOTISOVÁ, H. – KOVALČÍKOVÁ, P. 2004. Aktivizační digram pro klienty s Alzhiemerovou demencí. In. *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava – Mariánské Hory: Drim techniky Ostrava, spol. s.r.o., 2004. s. 92-95. ISBN 80-02-01-670-X.
25. KOZLOVÁ, L. 2005. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
26. MÁTLOVÁ, M. 2009. Alzhiemerova choroba jako evropská priorita. *Lékařské listy*. 2009, č. 18. s. 15-16 ISSN 1214-7664.
27. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
28. MINIBERGEROVÁ, L. – DUŠEK, J. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-70113-436-4.
29. NEJEDLÁ M. – SVOBODOVÁ, H. – ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2004. *Ošetrovatelství IV/1*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-032-6.
30. PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
31. POKORNÁ, A. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
32. PROCHÁZKOVÁ, E. 2009. Validační péče. *Sestra a lékař v praxi: časopis pro sestry, lékařov a iných zdravotnických pracovníků*. 2009, č. 7-8, s. 12-13. ISSN 1335- 9444.
33. *Sociální služby – poskytovatelé a dostupnost*. [online]. [cit.2009-7-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.
34. *Sociální služby - způsoby pomoci*. [online]. [cit.2009-7-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.
35. SEIDL, Z. - OBENBERGER J. 2004. *Neurologie pro studium v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.

36. *Treatment of Alzheimer's disease*. [online]. 5. 8. 2009 [cit.2009-10-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Treatment-of-Alzheimer-s-disease>.
37. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-72-62-3656.
38. *Vyhláška 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.
39. WEBER, P. et al. 2000. *Minimum klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovní v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-70-13-314-7.
40. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.
41. *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník*. Ostrava: Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-729-7.
42. ZGOLA M. J. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

8. Klíčová slova

Alzheimerova choroba

Aktivity

Komunikace

Ochrana práv

Omezující prostředky

Sociální služby

Zdravotní služby

9. Přílohy

1. Operacionalizované okruhy rozhovoru
2. Test MMSE (mini mental state examination)
3. Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europ
4. Charta práv pacientů

Příloha č. 1

Okruhy rozhovorů

Zdravotní služby

Péče o klienty - Činnosti ošetrovatelské péče

- Výživa
- Hygienická péče

Posuzování soběstačnosti a postupu onemocnění

Režim na oddělení

Specifika oddělení se zvláštním režimem

Rodina klientů a zapojování rodiny do péče

Sociální služby

Individuální plán péče (individuální plánování sociální služby)

Rodinnou klienta - Informace zjišťované od rodiny

- Kontakt klienta s rodinou

Zbavování/ omezování způsobilosti k právním úkonům

Používání omezujících prostředků

Ochrana práv osob

Komunikace

Aktivizační činnosti

Plánování a účel aktivizačních činností

Aktivizace u imobilních klientů

Podporování klienta k provádění aktivit

Vhodné aktivity pro klienty

Důležitost aktivizačních činností

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 2

Mini-mental state examination (MMSE)

1. Orientace

Položíme Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

Který je rok?

Které je roční období?

Který je měsíc?

Kolikátého dnes je?

Který je den v týdnu?

Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

Jak se jmenujete?

Ve kterém městě jsme?

Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?

Ve kterém jsme státu?

Ve kterém jsme poschodí?

2. Registrace

Řeknu Vám tři slova. Chtěla bych, abyste mi je zopakoval (a) a pokusil (a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

Klobouk, citron, auto

3. Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte 7

93, 86, 79, 72, 65

10. Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl (a) zopakovat a zapamatovat:

Klobouk, citron, aut

11. Jazyk

Ukažte pacientovi tužku. **Můžete mi říct co je to?**

Ukažte pacientovi hodinky. **Můžete mi říct co to je?**

Pozorně poslouchajte a opakujte po mně: **Žádná jestli ano, nebo ale.**

Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu: **Vezměte papír do pravé ruky.**

Přeložte ho na polovic.

A hod'te ho na podlahu.

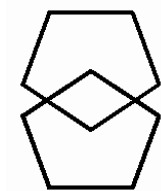
Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi: **Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

Podejte prosím pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: Napište prosím nějakou větu. Může to být o čemkoliv, ale musí být úplná.

12. Praxe

Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

Prosím nakreslete stejný obrázek.



Celkové skóre (0 až 30)

Hodnocení:

25-30 bodů.....bez poruchy kognitivních funkcí

18-24 bodů.....lehká demence

9-17 bodů.....středně těžká demence

≤ 9 bodůtěžká demence

Zdroj: Topinková (2005)

Příloha č. 3

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).

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:

- Spolupráci 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 pečovatелů, podporou mezigenerační solidarity
- Spolupráci ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Zdroj: *Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe*. Překlad Holmerová, I. [online]. 9.2.2009 [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=552>.

Příloha č. 4

Charta práv pacientů

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj: *Charta práv pacientů*. [online]. 9.2.2009 [cit.2009-13-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=488>.