

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Spolupráce s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí v pobytovém
zařízení**

**Cooperation with the family of a client with Alzheimer's disease in
residential institution**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Petr Novák, PhD.

Autor práce:

Tereza Chloupková

Praha 2024

Poděkování

Děkuji panu doktorovi PhDr. Mgr. Petr Novákovi, PhD. za odborné vedení, ochotu, trpělivost a vstřícnost poskytnout rady. Dále bych ráda poděkovala pobytovým zařízením, které mi umožnily u nich provést empirickou část práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Spolupráce s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26.04.2024

Tereza Chloupková

Anotace

V bakalářské práci s názvem „Spolupráce s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení“ se věnuji v první kapitole definováním Alzheimerovy nemoci, její historii, péči o klienty s tímto onemocněním. V druhé kapitole popisuji spolupráci mezi rodinou klienta a zaměstnanci pobytového zařízení. Třetí kapitolou je výzkumná část, jejíž cílem je zjistit, jak probíhá spolupráce mezi rodinou klienta a pracovníky pobytového zařízení. Oslovila jsem tři zařízení – Alzheimer Home Modřany, DS Vysočany a SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové. V těchto zařízeních jsem uskutečnila kvalitativní výzkum formou dotazníků s otevřenými otázkami.

Klíčová slova:

Spolupráce, rodina, Alzheimerova nemoc, sociální služby, pobytové zařízení, klient, komunikace

Annotacion

In the bachelor's thesis entitled "Cooperation with the family of a client with Alzheimer's disease in residential institution", the first chapter deals with defining Alzheimer's disease, its history, and care for clients with this disease. In the second chapter, I describe the cooperation between the family and the staff of the residential institution. The third chapter is a research part, which aims to find out how the cooperation between the client's family and the staff of the residential institution takes place. I contacted three institutions – Alzheimer Home Modřany, DS Vysočany and SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové. In these institutions, I conducted qualitative research in the form of questionnaires with open questions.

Key words:

Cooperation, family, Alzheimer's disease, social services, residential institution, client, communication

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
I. Teoretická část	9
1. Alzheimerova nemoc	9
1.1 Historie Alzheimerovy nemoci	9
1.2 Prevence Alzheimerovy nemoci	10
1.3 Příznaky a stádia Alzheimerovy nemoci	11
1.4 Diagnostika Alzheimerovy nemoci	13
1.5 Léčba Alzheimerovy nemoci	13
1.6 Péče o klienta s Alzheimerovou nemocí	14
1.7.1 Aktivizace	14
1.7.2 Multidisciplinární tým	20
1.7.3 Individuální plánování	21
1.7 Komunikace s klientem s Alzheimerovou nemocí	24
1.7.1 Aktivní naslouchání	25
2. Sociální práce s rodinou	26
2.1 Spolupráce s rodinou při přijímání klienta s Alzheimerovou nemocí do pobytového zařízení	26
2.2 Spolupráce s rodinou během pobytu klienta s Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení	27
2.3 Edukace rodinných příslušníků	28
2.4 Komunikace s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí	28
2.5 Pozůstalostní péče	29
II. Praktická část	30
3. Výzkum	30
3.1 Metodologie	30
3.2 Výzkumný soubor	30
3.2.1 Alzheimer Home Modřany	32
3.2.2 Domov pro seniory Vysočany	33
3.2.3 SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové	33
3.3 Tabulka transformačních kroků	33
3.4 Analýza dat	34
3.5 Výsledky	35
3.6 Diskuse	44
Závěr	46

Seznam použité literatury	47
Seznam obrázků.....	50
Seznam příloh	51

Seznam zkratek

AD – Alzheimerova demence

Dr. – doktor

IP – individuální plán

KP – klíčový pracovník

MDT – multidisciplinární tým

MMSE – Mini-mental State Examination

např. – například

prof. – profesor

PSS – pracovník v sociálních službách

SP – sociální pracovník

tzv. – takzvaně

Úvod

Každým rokem se zvyšuje počet seniorů s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí v České republice i ve světě. Jedná se o jednu z nejčastějších forem demence. Kapacita pobytových zařízení specializovaných na toto onemocnění není dostatečná. Je důležité, aby se toto onemocnění dostalo více do podvědomí široké veřejnosti, aby se zachytilo hned v počáteční fázi.

Rodina klienta je důležitá pro poskytování kvalitní a komplexní péče o klienta s diagnózou Alzheimerovy nemoci v pobytovém zařízení. Spolupráce pracovníků pobytového zařízení a rodiny klienta je proto nenahraditelným faktorem v péči. Rodina klienta poskytuje zařízení potřebné informace o klientovi a je také důležitá pro navázání dobrého vztahu mezi pracovníky a klientem.

Cílem této práce je zjistit jak a do jaké míry probíhá spolupráce s rodinou a ve kterých situacích je účast rodiny na péči potřebná.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretická a empirická. V teoretické části se první kapitole věnuji Alzheimerovy nemoci. Uvádím zde její historii, prevenci, příznaky a péči o klienta s tímto onemocněním. Také v první kapitole zmiňuji, jak komunikovat s klientem s Alzheimerovou nemocí. Druhá kapitola nese název Sociální práce s rodinou, ve které se věnuji tomu, jak probíhá první setkání s rodinou klienta, důležitosti spolupráce rodiny se zařízením během pobytu klienta v zařízení, jak komunikovat s rodinou klienta, o důležitosti spolupráce rodiny a pracovníků pobytového zařízení a v neposlední řadě také zmiňuji pozůstalostní péči. Třetí kapitola je empirická část. V této kapitole popisuji metodologii, výzkumný soubor a analýzu dat. Následně jsou výsledky výzkumu a diskuse. Čtvrtou kapitolou je závěr práce.

Toto téma je pro mě velmi důležité a ráda bych se i v budoucnu věnovala sociální práci se seniory, konkrétněji se seniory s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí. K napsání této práce mě inspirovala nejen vlastní zkušenost s péčí o rodinného příslušníka s Alzheimerovou nemocí v pokročilé fázi, ale také brigáda v domově se zvláštním režimem Alzheimer Home Modřany, ve kterém působím na pozici aktivizačního pracovníka. Toto zařízení je jedno ze tří, které se do výzkumné části zapojilo, avšak já sama jsem dotazník nevyplňovala pro objektivitu mé bakalářské práce.

I. Teoretická část

1. Alzheimerova nemoc

Jsou dva hlavní typy Alzheimerovy nemoci – s časným a pozdním začátkem. Časná forma Alzheimerovy nemoci se objevuje u osob mladších 65 let, jejíž první příznaky se objevují mezi 40 a 60 lety. Oproti tomu Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem je nejvíce se vyskytující formou AN, která postihuje osoby nad 65 let.¹

V České republice vznikl pod záštitou Ministerstva zdravotnictví Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN) 2020-2030. Tento plán vytyčil 5 strategických cílů:

„Prvním strategickým cílem jsou doporučené postupy a síť služeb, které usilují o vytvoření jednotného postupu pro diagnostiku, léčbu a péči. Dále také usiluje o dotvoření víceúrovňové sítě péče, o vytvoření vhodných podmínek pro možnost být co nejdelší čas ve svém vlastním sociálním prostředí a o zajištění finanční udržitelnosti sítě služeb. Druhým strategickým cílem je vzdělávání, které má za cíl podporu a rozvoj vzdělávání pro lékařská a nelékařská zdravotnická povolání a profesionální pečující v sociálních službách. Také usiluje o zajištění dostupnosti vzdělávání. Třetím strategickým cílem jsou epidemiologie a výzkum, které usilují o systematické hodnocení dat o demencích a o rozvoj výzkumu demence. Čtvrtým strategickým cílem je zvýšit povědomí o demenci a prevence. Pátým strategickým cílem je ochrana práv osob žijících s demencí.“²

1.1 Historie Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc je neurodegenerativní onemocnění mozku, které jako první popsal Alois Alzheimer, německý lékař, v roce 1906. Ostatní lékaři nejevili o Alzheimerův objev velký zájem, protože popsané příznaky považovali za projev přirozené „stařecké slabosti“. Toto onemocnění bylo na začátku 20. století vzácné. V dnešní době přibývá pacientů, kterým je toto onemocnění diagnostikováno, a to i u mladších jedinců. S věkem vzrůstá riziko tohoto onemocnění, u lidí starších 85 let je 42 % osob trpících Alzheimerovou nemocí.³

Až do roku 1976 se považuje Alzheimerova demence jako vzácná forma demence. Zlom přichází ve chvíli, kdy vyjde ve vědeckém časopise článek. V tomto článku popisuje americký

¹ Co je Alzheimerova choroba? Online. Neuraxpharm. 2022. Dostupné z: <https://www.neuraxpharm.com/cz/poruchy/alzheimerova-choroba>. [cit. 2024-02-22].

² NAPAN - Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění. Online. Ministerstvo zdravotnictví. 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>. [cit. 2024-03-19].

³ KORÁBEČNÝ, Jan; SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. Historický pohled. In: Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020], s. 12-14. ISBN 978-80-7345-643-6.

neurolog Robert Katzman Alzheimerovu nemoc jako nejčastější příčinu demence. Uvádí také, že se jedná o čtvrtou nejčastější příčinu úmrtí v USA.⁴

V roce 1996 vznikla v České republice Česká alzheimerovská společnost, která pomáhá lidem trpícím Alzheimerovou nemocí a jejich rodinám. Její sídlo je v Praze v Kobylisích.⁵

Alois Alzheimer

Alois Alzheimer byl německý psychiatr, který se narodil 14. června 1864 ve městě Marktbreit. Jeho otcem byl Eduard Alzheimer a matka Theresia. Pojmenovali ho jménem Aloysius. V roce 1883 maturoval a šel studovat na univerzitu v Berlíně. V roce 1894 si vzal za manželku Cecílii Simonette Nathalii Wallersteinovou, se kterou měl dvě děti – Gertrudu a Hanse. Roku 1901 jeho manželka zemřela a Alois se zanedlouho po její smrti přestěhoval do Mnichova.⁶

Do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem byla v listopadu 1901 přijata paní Auguste D. (51 let), která jevila známky demence. V roce 1906 o ní A. Alzheimer přednášel na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tubingenu a v roce 1907 byl její případ publikován. Tato publikace se považuje za základní kámen pojmu Alzheimerovy nemoci. V červenci 1912 se stal Alois Alzheimer ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Viléma v Breslau. V roce 1915 ve věku 51 let zemřel na ledvinové selhání a byl pohřben ve Frankfurtu nad Mohanem, společně se svou manželkou.⁷

1.2 Prevence Alzheimerovy nemoci

Alzheimerově nemoci nelze zabránit, ale lze snížit riziko vzniku. Toto riziko lze snížit zdravým životním stylem. Studie CDC (Centers for Disease Control and Prevention) z roku 2019 zaměřená na modifikovatelné rizikové faktory Alzheimerovy choroby a související demence u dospělých ve věku 45 let a starších ve Spojených státech uvádí osm rizikových faktorů – vysoký krevní tlak, nedostatek fyzické aktivity, obezita, cukrovka, deprese, kouření, ztráta sluchu a nadměrné pití alkoholu. Z rizikových faktorů byla zjištěna nejvyšší prevalence u vysokého krevního tlaku (49,9%) a nejnižší u nadměrného pití alkoholu (10,3%).⁸

⁴ The history behind Alzheimer's disease. Online. Alzheimer Society of Canada. 2024. Dostupné z: <https://alzheimer.ca/en/about-dementia/what-alzheimers-disease/history-behind-alzheimers-disease>. [cit. 2024-02-13].

⁵ ČALS. Online. Česká alzheimerovská společnost. 2015. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/>. [cit. 2024-02-13].

⁶ About Alois Alzheimer. Online. Alzheimer's Disease International. Dostupné z: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/types-of-dementia/alzheimers-disease/alois-alzheimer/>. [cit. 2024-02-13].

⁷ KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. Životopis Aloise Alzheimerera. In: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998, s. 11. ISBN 80-7169-615-3.

⁸ Modifiable Risk Factors for Alzheimer Disease and Related Dementias Among Adults Aged ≥45 Years – United States, 2019. Online. Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7120a2.htm>. [cit. 2024-03-19].

Také je jako prevence Alzheimerovy nemoci důležité chránit si sluch. Ztráta sluchu je jeden z rizikových faktorů vzniku Alzheimerovy nemoci. Dále je také dobré se vyvarovat zraněním hlavy, které mohou způsobit, že se látky způsobující Alzheimerovu nemoc začnou hromadit u traumatizované oblasti v mozku.⁹

Mezi prevencí Alzheimerovy nemoci patří také spánek. Nedostatek spánku nebo také porucha spánku může zvyšovat riziko nejen tohoto onemocnění, proto je vhodné kontaktovat lékaře. Uvádí se, že ideální doba spánku je 7-8 hodin denně.¹⁰

Mezi ovlivnitelné neboli modifikovatelné faktory vzniku Alzheimerovy nemoci patří zdravý životní styl – dostatek pohybu, zdravá strava, redukce kouření a alkoholu. Dále mezi rizikové faktory patří hypertenze, diabetes mellitus, zvýšený cholesterol, obezita a deprese. Také sociální izolace a kognitivní neaktivita jsou rizikové faktory vzniku Alzheimerovy nemoci. Mezi neovlivnitelné faktory se řadí věk, pohlaví, rasa, rodinná anamnéza a také genetika.¹¹

Zdravotní pojišťovny evidují zvyšující se počet osob s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí. Vojenská zdravotní pojišťovna (VZP) zaznamenala od roku 2018 do roku 2022 nárůst osob s Alzheimerovou nemocí o 6414 případů. Počet pacientů VZP s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí v roce 2022 byl vyšší než 50 000.¹²

Od roku 1998 se v České republice slaví 21. září Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci.¹³

1.3 Příznaky a stádia Alzheimerovy nemoci

Mezi příznaky Alzheimerovy nemoci patří problémy s krátkodobou pamětí, které se projevují zapomínáním jmen, názvů míst a také nedávných konverzací. Dalšími příznaky jsou potíže s prováděním běžných činností, s vyjadřováním, dezorientace, změna chování a osobnosti.¹⁴

Příznaky Alzheimerovy nemoci jsou individuální. Toto onemocnění se může projevit i opakujícími se otázkami a ztrátou schopnosti nakládat s penězi. Pro osoby trpící Alzheimerovou nemocí je občas obtížné pojmenovat věci správným názvem (viz kapitola Komunikace s klientem

⁹ Reduce your risk of dementia. Online. Alzheimer's Society. C2024. Dostupné z: <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/managing-the-risk-of-dementia/reduce-your-risk-of-dementia>. [cit. 2024-04-03].

¹⁰ Can I Prevent Dementia? Online. Alzheimers.gov. 2024. Dostupné z: <https://www.alzheimers.gov/life-with-dementia/can-i-prevent-dementia>. [cit. 2024-04-03].

¹¹ NAPAN - Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění. Online. Ministerstvo zdravotnictví. 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>. [cit. 2024-03-19].

¹² Nemocných s Alzheimerovou chorobou bylo mezi klienty VZP poprvé víc než 50 tisíc, časný záchyt prodlouží soběstačnost pacienta. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nemocnych-s-alzheimerovou-chorobou-bylo-mezii-klienty-vzp-poprve-vic-nez-50-tisic>. [cit. 2024-04-03].

¹³ 21. září Den Alzheimerovy choroby. Online. Alzheimer Centrum. 2019. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/den>. [cit. 2024-04-01].

¹⁴ Příznaky Alzheimerovy choroby a orientační screening. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1271-priznaky-alzheimerovy-nemoci-a-orientacni-screening>. [cit. 2024-02-21].

s Alzheimerovou nemocí). Mohou se dostavit halucinace, bludy nebo paranoidní chování. Nestarají se o pocity ostatních osob. Provádění běžných denních činností trvá delší čas a dochází ke ztrátě zájmu o ně.¹⁵

Může se stát, že osoba trpící Alzheimerovou demencí neví, kde bydlí a ztratí se i v místě, kde to dříve dobře znala a nedokáže najít cestu domů. Dalším z příznaků je také, že osoba s AN dává věci na nesprávné místo a pak je nemůže najít.¹⁶

Různé zdroje uvádí odlišná stádia Alzheimerovy nemoci. Podle Alzheimerovské asociace se tato nemoc dělí do třech stádií – rané, střední a pozdní. Všechny příznaky jsou individuální a mohou se u každé osoby s Alzheimerovou nemocí lišit. Rané stádium označuje jako období, kdy je osoba s AN schopna fungovat samostatně. Mezi příznaky Alzheimerovy nemoci v rané fázi se řadí problémy s krátkodobou pamětí, např. potíže si zapamatovat jména lidí, kteří se osobě s AN představili. Střední stádium bývá obvykle nejdelší fází, ve které je nutné více péče. V tomto stádiu mohou osoby s AN zapomínat svůj životní příběh, být náladové, zmatené. Mohou mít problémy s péčí o vlastní osobu (např. oblékání, provádění osobní hygieny), nebo potíže s inkontinencí. V posledním, pozdním, stádiu ztrácejí osoby s AN schopnosti jako např. konverzování nebo ovládání pohybu. Je zde nutná nepřetržitá péče a pomoc.¹⁷

Podle Nadačního fondu Seňorina se Alzheimerova nemoc dělí do čtyř stádií – lehká, středně těžká, těžká a terminální. Lehká forma AN se projevuje změnou komunikace (hledání slov, potíže s vyjadřováním atd.), změnou osobnosti a nálady. V tomto stádiu také upadá zájem o oblíbené denní činnosti, dochází ke zhoršení časové a prostorové orientace. Středně těžká forma AN se projevuje sníženou soběstačností a bývá i časová a prostorová dezorientace. Osoba s AN již ztrácí schopnost být samostatný – potřebuje pomoc s osobní hygienou a oblékáním. Bývají také výraznější problémy s komunikací, kdy osoba s AN nedokáže dobře vyjádřit svou myšlenku nebo opakuje stále jednu otázku či větu. Dochází také k výraznějším změnám osobnosti a mohou se dostavit i halucinace. Ve třetí, těžké formě Alzheimerovy nemoci dochází ke ztrátě vykonávat běžné denní činnosti, zvýšené spavosti, problémy s příjmem potravy a inkontinence. V terminálním stádiu AN již není možná

¹⁵ What Is Dementia? Symptoms, Types, and Diagnosis. Online. National Institut on Aging. 2022. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis#signs>. [cit. 2024-02-21].

¹⁶ Jak poznat, zda se u vašeho blízkého začíná projevovat Alzheimerova choroba? Online. Sue Ryder - neztratit se ve stáří. 2023. Dostupné z: https://www.neztratitsevestari.cz/poradna/zdravi-rodina-vztahy-poradna/alzheimerova-choroba/?gad_source=1&gclid=EAlaIqObChMI7-msytO8hAMVmENBAh2CbgpYEAAYASAAEgLJAfD_BwE. [cit. 2024-02-21].

¹⁷ Stages of Alzheimer's. Online. Alzheimer's Association. 2024. Dostupné z: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>. [cit. 2024-02-22].

komunikace, osoba s AN nereaguje na podněty, přichází o podněty. Terminální stádium končí smrtí.¹⁸

1.4 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

V případě, že se u osoby objeví příznaky Alzheimerovy nemoci je důležité vyhledat pomoc praktického lékaře, který provede laboratorní vyšetření (např. sedimentace FW, krevní obraz atd.). Případné odchylky od normy mohou být příčinou kognitivní poruchy. Pokud výsledky laboratorních vyšetření odhalí nějaké odchylky od normy, tak je žádoucí předat tuto osobu včetně kompletní anamnézy do péče specialisty, který provede doplňující vyšetření potřebné k stanovení diagnózy. Mezi doplňující vyšetření patří zobrazovací metody jako je CT mozku a magnetická rezonance.¹⁹

Pro zjištění demence se také používá tzv. MMSE test (neboli test kognitivních funkcí), který posuzuje 6 oblastí duševních schopností, a to orientaci v čase a prostoru, pozornost, krátkodobou paměť, jazykové schopnosti, schopnost porozumět pokynům a vizuálně-prostorové schopnosti. Test obsahuje 11 otázek, které se hodnotí body. Mezi úkoly patří překreslení obrázku, zapamatovat si několik předmětů a po chvíli je vyjmenovat, psaní krátké věty. Také jsou otázky na místo, kde se zrovna test provádí, aktuální datum a roční období. Maximální počet bodů, které lze v testu získat, je 30. Pokud je skóre nižší než 24 bodů, tak to může znamenat možnou kognitivní poruchu.²⁰

Do roku 2000 se Alzheimerova nemoc dala diagnostikovat až po pitvě, ale věda za posledních 24 let pokročila a lze ji diagnostikovat již za života. Pro stanovení správné diagnózy by se mělo provést komplexní vyšetření – a to jak krve, tak i pomocí zobrazovacích metod nebo testu kognitivních funkcí. Je důležité, aby osoby s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí, nebo s podezřením na ni, chodili k lékaři na pravidelné kontroly. Na kontrolách lékař zjistí progres nemoci.²¹

1.5 Léčba Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova demence je nevléčitelné neurodegenerativní onemocnění. I když neexistuje lék na toto onemocnění, tak jsou k dispozici léky zmírňující některé jeho projevy. Farmakologická léčba se dělí do dvou skupin, a to na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. V případě potřeby se

¹⁸ Stadia Alzheimerovy choroby. Online. Nadační fond Seňorina. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/propecujici/stadia-alzheimerovy-choroby/>. [cit. 2024-02-22].

¹⁹ Diagnostika. Online. ABADECO. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/pro-verejnost/diagnostika>. [cit. 2024-02-16].

²⁰ Mini-Mental State Examination (MMSE). Online. Healthdirect: Free Australian health advice you can count on. 2022. Dostupné z: <https://www.healthdirect.gov.au/mini-mental-state-examination-mmse>. [cit. 2024-02-16].

²¹ How Is Alzheimer's Disease Diagnosed? Online. National Institut on Aging. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/how-alzheimers-disease-diagnosed>. [cit. 2024-04-04].

předepisují léky (nekognitivní) např. na deprese, úzkosti a poruchy spánku. Farmakologickou léčbu je nutné doplňovat také léčbou nefarmakologickou, mezi kterou patří různé terapie a rehabilitace.²²

Nefarmakologická léčba demence

Nezbytné je zvolit správný způsob psychologického přístupu ke klientovy s Alzheimerovou demencí. Nelze očekávat progres a zlepšení kognitivních funkcí, ale je nutné se zaměřit na zachování běžných denních aktivit a návyků klienta. Důležité je, aby co nejdéle klientovi zůstaly funkce, které nejsou postižené Alzheimerovou demencí. V pobytových zařízeních specializovaných na klienty s AD mohou existovat terapeutické skupiny. Tyto skupiny jsou určeny pro klienty s počátečním nebo mírným stádiem této nemoci, protože je nutné, aby zvládli komunikovat. Cílem takovýchto skupin je zachovat v co nejvyšší míře aktuální kognitivní schopnosti klienta, například procvičování paměti a nácvik denních aktivit. V průběhu konání terapeutické skupiny je možné také uskutečnit muzikoterapii nebo arteterapii, které působí příznivě na udržení dovedností klienta.²³

1.6 Péče o klienta s Alzheimerovou nemocí

1.7.1 Aktivizace

Mezi aktivizační činnosti řadíme např. kognitivní trénink, reminiscenční terapii, canisterapii, bazální stimulaci, ergoterapii, muzikoterapii, tanečně pohybovou terapii a individuální aktivizaci. Do aktivizace spadá i rozhovor, čtení knih, zpívání nebo procházka. Při plánování aktivit musíme respektovat individuální přání a potřeby klienta. Nikdy nesmíme klienta do aktivity nutit, musíme zachovat a posílit jeho sebeúctu a sebedůvěru. Je důležité veškeré činnosti dopředu vysvětlit, aby klient nebyl v nejistotě, co ho bude čekat. Aktivitu přizpůsobujeme tomu, co měl klient dříve rád a čemu se rád věnoval ve volném čase.²⁴

Aktivizaci zajišťují aktivizační pracovníci. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou aktivizačními pracovníky pracovníci v sociálních službách, nebo sociální pracovníci.²⁵

Bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb. Stimuluje vnímání, komunikaci a hybnost. Předpokladem je práce s biografií člověka, jeho potřeby a rituály. Nejdůležitější je individualizace péče.²⁶ Bazální stimulace využívá doteky, polohování, masáže, hudbu, vibrace, chlad a teplo. Vše je třeba přizpůsobit věku a stavu

²² Terapie Alzheimerovy nemoci. In: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998, s. 213. ISBN 80-7169-615-3.

²³ Nebiologické terapeutické přístupy. In: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998, s. 224-225. ISBN 80-7169-615-3.

²⁴ Aktivizace seniorů s demencí. Online. Nadační fond Seňorina. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/propecujici/aktivizace-senioru-s-demenci/>. [cit. 2024-01-22].

²⁵ In: Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál, 2022, s. 303. ISBN 978-80-262-1952-1.

²⁶ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 15-17. ISBN 978-80-907053-1-9.

klienta. Pomáhá ke zklidnění agresivních a neklidných seniorů. Autorem tohoto konceptu je prof. Dr. Andreas Frölich, který v rámci svého projektu vyvíjel tento koncept pro zlepšení života dětí s těžkým kombinovaným postižením. Později se k němu připojila profesorka Christel Biensteinová, která s Frölichem spolupracovala. Začala tento koncept uplatňovat v ošetrovatelské péči.²⁷

Iniciální doteky jsou jedním z prvků bazální stimulace. Místo iniciálního doteku musí být vždy napsáno u lůžka klienta. Doteky se používají při zahájení a ukončení komunikace a vždy jsou doprovázeny slovy.²⁸

V České republice proběhl první kurz bazální stimulace v roce 2003. Do té doby byl tento pojem pro veřejnost, ale i pro pracovníky sociálních služeb poměrně neznámý a následně nepřijímaný.²⁹

Freidlová ve své knize uvádí 3 základní prvky bazální stimulace. Těmi jsou vnímání, pohyb a komunikace.³⁰ Dále ve své knize popisuje senzobiografii, která umožňuje pochopit rituály klienta a je nutná pro práci s jeho biografií. Senzobiografii dělí na somatickou, vestibulární, vibrační, optickou, auditivní, orální, olfaktorickou a taktilně-haptickou.³¹

Somatická stimulace

„Cílem somatické stimulace je stimulace kožního percepčního orgánu a také stimulace vnímání pohybu, který se s člověkem během vykonávané stimulace děje.“ Velmi podstatná je kvalita doteku. Je důležité vyhnout se chaotickým dotekům a dbát na to, aby byl dotek prováděn celou dlaní. Také velmi záleží na tlaku vyvinutém při doteku a na délce doteku.³² Mezi jednu z forem somatické stimulace patří iniciální dotek.³³

Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace se využívá u imobilních klientů a také u klientů s pokročilým stádiem demence. Jedno z možných využití vestibulární stimulace je navázání kontaktu s klientem. Při poloze

²⁷ Bazální stimulace. Online. Nadační fond Seňorina. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/propecujici/aktivizace-senioru-s-demenci/bazalni-stimulace/>. [cit. 2024-02-06].

²⁸ Bazální stimulace. Online. Domov seniorů Dačice. Dostupné z: <https://www.dsdacice.cz/bazalni-stimulace>. [cit. 2024-02-06].

²⁹ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 25. ISBN 978-80-907053-1-9.

³⁰ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 31. ISBN 978-80-907053-1-9.

³¹ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 58-60. ISBN 978-80-907053-1-9.

³² In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 67. ISBN 978-80-907053-1-9.

³³ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 71. ISBN 978-80-907053-1-9.

vleže se provádí mírnými pohyby hlavy do stran. Hlava je při stimulaci neustále položená na podložce a pracovník drží hlavu klienta ze stran tak, aby mu nezakrýval obličej. Lze ji kombinovat se somatickou stimulací.³⁴

Vibrační stimulace

Každý klient vnímá vibrace odlišně. Receptory, které jsou v kůži a podkoží reagují na podněty. Vibrace klientovi poskytují intenzivní podněty z jeho těla. K této stimulaci lze použít nespočet předmětů – např. holicí strojek a elektrický zubní kartáček; ale lze použít také ruce. Stimulace elektrickými vibracemi nejsou u seniorů vhodná z důvodu křehkosti jejich vazů.³⁵

Optická stimulace

„Pro optickou stimulaci v konceptu bazální stimulace platí pravidlo komplexního přístupu, tedy stimulaci optickou kombinovat se somatickou a vestibulární.“ V optické stimulaci je důležitá jakákoli změna polohy – změní se tím klientovo zorné pole, a to mu umožní pozorovat dění okolo něj. Pro klienty se syndromem demence je také důležitá optická stimulace pro orientaci v prostoru, např. označení dveří klienta symbolem nebo obrázkem, díky kterému bude vědět, které dveře vedou do jeho pokoje. Také předměty, které jsou pro klienty důležité (např. fotografie, vlastní povlečení atd.) pomáhají klientovi v orientaci v prostoru (pozná svůj pokoj a lůžko).³⁶

Auditivní stimulace

Auditivní neboli sluchová stimulace je využívána k navázání kontaktu pracovníka pobytového zařízení s klientem, k práci se vzpomínkami klienta, k jeho orientaci atd. Vždy se musí vycházet z individuálních potřeb klienta. Sluchovou stimulaci použít jako individuální nebo také skupinovou. Řadí se mezi ní např. rozhovor, předčítání knihy nebo článku a poslech hudby.³⁷

Orální stimulace

Orální stimulace (z latinského ór – ústa) je stimulace, jejíž cílem je umožnit klientovi vnímat vjemy z úst. Rozhodně tento pojem neznámá péči o dutinu ústní nebo nacvičování polykacího reflexu, ale je dobré navzájem to kombinovat. Není vhodné provádět stimulaci v případě, že je klient

³⁴ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 102. ISBN 978-80-907053-1-9.

³⁵ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 105. ISBN 978-80-907053-1-9.

³⁶ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 109-112. ISBN 978-80-907053-1-9.

³⁷ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 113-114. ISBN 978-80-907053-1-9.

viditelně unavený. Klient měl by být v poloze, ve které se bude na stimulaci nejlépe soustředit. Dáváme klientovi ochutnat pouze to, co má rád a co zná. Všimáme si klientovi reakce na chuť.³⁸

Olfaktorická stimulace

Olfaktorická neboli čichová stimulace využívá vůní, které v klientovi evokují vzpomínky. Podle vůně parfému si klient může vybavit osobu jemu blízkou. Dále např. vůně skořice může vyvolat vzpomínky na období Vánoc. Tato stimulace je úzce spojena s orální stimulací. Je důležité si dopředu zjistit jaké vůně má klient rád. Pachy, na které má negativní vzpomínky způsobí, že nedojde k navázání komunikace. S věkem se snižuje množství čichových buněk.³⁹

Taktilně-haptická stimulace

Člověk je pomocí ruky schopen rozpoznávat předměty. Lidská ruka se pohybuje trojrozměrně. „Taktilně-haptické vnímání je propojeno s multisenzorickým integračním systémem, který má velký význam pro vývoj fyziologických potřeb a získávání zkušeností v procesu učení.“ (Freidlová, 2018)

V kůži se nachází veliké množství receptorů somato-senzorického systému. Tyto receptory umožňují neustálou komunikaci se vnějším prostředím. V průběhu života dochází ke změnám vnímání taktilně-haptické stimulace. Tato stimulace klientům poskytuje stimulaci pomocí jim známých věcí, které pomocí hmatu poznávají. I u této stimulace je nutné znát biografii klienta.⁴⁰

Reminiscence

Reminiscence⁴¹ je v sociální práci se seniory velmi důležitá, nelze ji jinou metodou zastoupit. Je to technika záměrného, řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje. Je využívána hlavně u klientů s demencí, kteří mají ještě zachované kognitivní funkce a dokáží si vybavit alespoň část své minulosti. Některé domovy pro seniory jsou vybaveny tzv. „reminiscenční místností“, která je zařízena jako z dob mládí klientů. Jsou zde vystaveny dobové fotografie, mohou se zde promítat filmy z jejich mládí, nebo pouštět hudba. Klienti zde vzpomínají na svoje mládí a vypráví své zážitky. Není dobré vzpomínat na špatné vzpomínky, tato metoda usiluje především o ty pozitivní, které působí příznivě na psychiku klienta.⁴²

³⁸ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 120. ISBN 978-80-907053-1-9.

³⁹ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 127. ISBN 978-80-907053-1-9.

⁴⁰ In: Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 129-131. ISBN 978-80-907053-1-9.

⁴¹ Latinsky reminiscere = vzpomenout si

⁴² MALÍKOVÁ, Eva. Reminiscence. In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 226-227. ISBN 978-80-271-2030-7.

U této metody je důležité znát biografii klienta (kde žil, jeho zájmy, povolání atd.). Vzpomínání napomáhají např. fotografie z života klienta a jeho rodiny, výlety na oblíbená místa klienta nebo zpívání písní z jejich mládí. Je důležité mít ke klientovi respekt. Reminiscenci je možné vykonávat i ve skupinách. Skupiny by neměly být příliš velké a klienti by se v ní měli cítit komfortně.⁴³

Rezoluční terapie

Je vhodná pro klienty s pokročilým stadiem syndromu demence, kteří již nejsou schopni si plně uvědomovat realitu. Jejím účelem není navrátit reálný pohled na svět. Cokoli právě řeknou je pro ně skutečností a nemá smysl to měnit. Klient tzv. „uvízl v minulosti“ a v té nyní žije. Důležité je mít potřebné informace o klientovi a vědět co nejvíce o jeho minulosti. Není vhodné klienta opravovat nebo jakkoli narušovat jeho projev. Účelem této terapie je navrácení pocitu sebedůvěry a důstojnosti klienta. Minimalizuje konflikty a zvyšuje spokojenost klienta.⁴⁴

Preterapie

Autorem této terapie je Garry Prouty, který byl žákem C. R. Rogerse. Poprvé ji představil v roce 1985. Od té doby se tato metoda šíří mezi odborníky a je aplikovaná v praxi. Záměrem preterapie je reagovat na klienta, což je realizováno slovním, zvukovým a pohybovým zrcadlením chování klienta. Jde o nový přístup ke klientům s komunikačním omezením. Využívá se u klientů trpících demencí, ale i u lidí s duševní poruchou, s depresemi a s hlubokou mentální retardací. Je zde velmi důležitá konkrétnost. Nutné je si všimnout i těch nejdrobnějších reakcí klienta. Klient reaguje na vše, co bylo řečeno a co se odehrává kolem něj. Klient během preterapie navazuje vztah s pracovníkem a postupně se mu otevírá, důvěřuje mu a stává se sdílnějším a radostnějším. Pracovník musí být trpělivý, vytrvalý, empatický a nesmí se nechat odradit neúspěchem.⁴⁵

Validační terapie

Autorkou této terapie je Naomi Feilová. Validace⁴⁶ je přístup ke klientům s demencí. Vychází z teorie, že chování klienta s demencí má původ v neřešených situacích z minulosti. Základem je umění správného hodnocení vzdálené emocionální příčiny a přijetí, čímž dochází k uznání osobnosti klienta s demencí. Feilová vychází z toho, že chování klientů s demencí má nějaký význam a je účelné. Tato terapie klientovi pomáhá se zpracováním nejhlavnějších traumat. Pracovník zrcadlí klientovi neverbální projevy a tím reaguje na jeho projev. Cílem validace je obnova sebeúcty, snížení míry stresu, řešení problémů z minulosti a zlepšení kvality života klienta.⁴⁷

⁴³ Reminiscence. Online. Nadační fond Seňorina. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/propecujici/aktivizace-senioru-s-demenci/reminiscence/>. [cit. 2024-02-06].

⁴⁴ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 233. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁴⁵ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 234-236. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁴⁶ = hodnocení

⁴⁷ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 227-231. ISBN 978-80-271-2030-7.

Zooterapie

Zooterapie neboli terapie prováděná pomocí zvířat. Jsou různé druhy zooterapie. První zmínky o pozitivním vlivu zooterapie jsou už z 8. století. Zvířata v lidech vyvolávají silné emoce, umí je rozesmát i uklidnit. Snižuje krevní tlak, zlepšuje vnímání, pomáhá k pozitivnímu myšlení, vylepšuje držení těla. Zvířata musí projít speciální výchovou.⁴⁸

Canisterapie

Je to terapie prováděná se psy, která se využívá ke zlepšení psychického a fyzického stavu. Je to jedna z nejoblíbenějších terapií uskutečňovaných v domovech pro seniory. Psi si s klienty hrají a mazlí se s nimi. U imobilních klientů canisterapie pomáhá proti dekubitům a teplota psa pomáhá proti ztuhlým svalům klienta, který se v jeho přítomnosti zklidní a dochází k uvolnění svalového napětí. Tato terapie pomáhá snížit krevní tlak, snížit bolest a zlepšit spánek. Mezi další výhody canisterapie patří zlepšení motoriky a komunikace klienta.⁴⁹ Psi, se kterými se canisterapie provádí, musí projít speciálním výcvikem a úspěšně projít zkouškou. Během zkoušky se posuzuje nejen způsobilost psa k vykonávání terapie, ale také majitel psa, který musí být vyrovnaný, schopný spolupráce a musí se umět chovat vřele ke klientům sociálních služeb.⁵⁰

Felinoterapie

Felinoterapie neboli terapie s kočkami má pozitivní vliv na psychický a fyzický stav klienta. Pomáhají např. se zvládnutím nemoci nebo dlouhodobého stresu. Stejně jako u psů, i kočky musí projít výcvikem. Kočka musí být socializovaná, klidná, přítulná a nesmí být agresivní. Felinoterapie má dva způsoby využití. První způsob využití je, že kočka leží u klienta v posteli, nebo na klíně, kdy klienta zahřívá a tím snižuje jeho krevní tlak a snižuje stres. Druhým způsobem je působení kočky na klienty pomocí aktivit, které klientům zkvalitňuje život, zmírňuje pocit osamění, zlepšuje komunikace a paměť.⁵¹

Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli terapie hudbou. Jedná se o neverbální terapii, při které se využívají různé techniky. Může probíhat individuálně, nebo skupinově. Muzikoterapie může být buď receptivní, což obnáší převážně poslech hudby a její vnímání klientem, nebo aktivní, při které se používají hudební nástroje a klienti tím vyjadřují své emoce. Muzikoterapii vykonává muzikoterapeut.⁵²

⁴⁸ Zooterapie - Když zvířata pomáhají. Online. Meyra. Dostupné z: <https://www.meyra.cz/clanky/zooterapie-kdyz-zvirata-pomahaji.html>. [cit. 2024-02-06].

⁴⁹ Canisterapie v domově pro seniory. Online. SENIORCENTRUM POHODA TEPLICE. Dostupné z: <https://seniorcentrum-pohoda.cz/canisterapie-v-domove-pro-seniory-teplice/>. [cit. 2024-02-06].

⁵⁰ Canisterapie. Online. Helppes. Dostupné z: <https://helppes.cz/canisterapie/>. [cit. 2024-02-06].

⁵¹ Felinoterapie - když kočky léčí. Online. In: Mazlíčci v pohybu. 2021. Dostupné z: <https://mazlicivpohybu.cz/blog/articles/2888-felinoterapie-kdyz-kocky-leci>. [cit. 2024-01-22].

⁵² Co je muzikoterapie? Online. Alfabet. 2021. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pece-o-sebe/co-je-muzikoterapie/>. [cit. 2024-02-06].

1.7.2 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je skupina odborníků spolupracujících na plnění určitého cíle. Za plnění nesou všichni členové odpovědnost. Členové týmu jsou na sobě závislí a každý zastává svou roli (příp. role). Tým se pravidelně setkává a musí se vést dokumentace. Ideální je, aby bylo v týmu 8-10 pracovníků.⁵³ MDT nemá určené složení odborníků, může se lišit na základě potřeb a dostupnosti. Důraz je kladen na koordinování služeb klientům a jejich rodinám. Každý MDT má svého vedoucího pracovníka, který určuje jasný směr a dohlíží na členy týmu.⁵⁴ Součástí tohoto týmu může být sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a zdravotní personál.

Sociální pracovník

Sociální pracovník je profesionál, který má odborné znalosti. Musí dodržovat etický kodex. Musí být bezúhonný, svéprávný, zdravotně způsobilý a mít odbornou způsobilost. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, hlava I, § 110 (4 a,b) je odborná způsobilost ukončené vzdělání na Vyšší odborné škole nebo vysokoškolské vzdělání minimálně v bakalářském programu. Zaměření musí být na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.⁵⁵ Musí umět komunikovat a navazovat vztah s klientem.

Náplní práce SP je komunikovat s rodinou klienta a se samotným klientem, vyřizovat eventuální stížnosti. Jedná se zájemcem o službu, poskytuje mu informace o chodu domova, přijímá nové klienty a podepisuje s nimi smlouvu. Podílí se na tvorbě individuálního plánu a vede osobní dokumentaci klientů. V případě hospitalizace klienta komunikuje s úřadem práce kvůli příspěvku na péči. Klienti a jejich rodiny také se sociálním pracovníkem domlouvají propustky ze zařízení, které poté SP nahlásí ostatním pracovníkům. Pokud se klient rozhodne pro přestoupení do jiného zařízení, tak mu pomáhá vyřídít dokumenty pro odchod ze zařízení. Musí také hlásit úmrtí klienta, vyřizuje vyúčtování služeb a jedná s rodinou, se kterou řeší pozůstalost v rámci pozůstalostní péče.⁵⁶

Všeobecná sestra

Vzdělání všeobecných sester je upraveno zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, hlava II, § 5

⁵³ HRDÁ, Karolína. Co je to multidisciplinární tým? Online. In: Multidisciplinární tým v akci. 2018, s. 16. ISBN 978-80-907190-1-9. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf. [cit. 2024-02-06].

⁵⁴ Multidisciplinary Team. Online. Ministry of Social and Family Development. 2014. Dostupné z: <https://www.msf.gov.sg/what-we-do/odgsw/social-insights/2014-Multidisciplinary-team>. [cit. 2024-02-06].

⁵⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: . 2006.

⁵⁶ <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>. [cit. 2024-01-24].

(1 a-h), ve kterém je uvedeno, že musí mít minimálně bakalářské vysokoškolské vzdělání v zdravotnickém oboru.⁵⁷

Musí být bezúhonná, způsobilá k právním úkonům, zdravotně a odborně způsobilá. Řadí se mezi nelékařský personál, jehož nadřízeným je vrchní sestra a podřízeným pracovník v sociálních službách. Spolupracuje s dalším nelékařským personálem v zařízení (např. fyzioterapeut, ergoterapeut). Všeobecná sestra zabezpečuje zdravotní a ošetrovatelskou péči. Musí se řídit platnými zákonnými normami. Má povinnost poskytnout první pomoc a zachovat mlčenlivost o zdravotním stavu klientů. Edukuje klienty a jejich příbuzné. Také musí dodržovat etický kodex sester a hygienické předpisy. Sleduje příjem stravy a vyprazdňování klienta. Podle pokynů lékaře podává klientům předepsané léky v přesných intervalech.⁵⁸

Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách musí mít vzdělání, které je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, hlava I, § 116 (5 a-d). V něm je uvedeno, že pracovník v sociálních službách musí mít minimálně ukončené základní vzdělání a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz v rozsahu 150 hodin. Kurz nemají povinnost absolvovat osoby se vzděláním v oboru ošetrovatel, sociální pracovník a ergoterapeut.⁵⁹

PSS se stará o osobní hygienu klienta dle jeho individuálních potřeb, má za úkol udržovat v čistotě jeho lůžko a pokoj. Dále má na starosti přípravu stravy, kterou dostane z kuchyně a v případě potřeby dopomáhá klientovi s jejím příjmem. Pomáhá klientovi s běžnými úkony, mezi které patří oblékání, pomáhá s používáním kompenzačních pomůcek, při přesunu do/z lůžka atd. Zajišťuje jeho bezpečí a podává stravu. Podporuje soběstačnost klienta a pomáhá se zajištěním jeho společenského života.⁶⁰

1.7.3 Individuální plánování

Individuální plánování je nepřetržitý proces, ve kterém klient a pracovník pobytového zařízení vztyčují cíle, které se budou naplňovat. Je nařízený zákonem o sociálních službách.⁶¹ Tento proces je důležitý, aby byla klientovi pobytové péče poskytnuta nejkvalitnější péče. Individuální plán sestavuje klíčový pracovník, který s ním seznámí zbytek multidisciplinárního týmu. Dělí se do 4 etap:

⁵⁷ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: . 2004.

⁵⁸ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 100-104. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁵⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: . 2006.

⁶⁰ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 90-92. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶¹ Klíčové pojmy. Online. Individuální plánování v sociálních službách. 2024. Dostupné z: <https://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/klicove-pojmy/>. [cit. 2024-02-07].

porozumění situaci, plánování, realizace plánu a vyhodnocení. Tyto čtyři fáze se pořád opakují, pouze mají rozdílný cíl. Ten se mění na základě toho, jak se vyvíjejí klientovi potřeby.⁶²

První etapa – porozumění situaci

V této fázi se musí klient a klíčový pracovník seznámit a porozumět si. Klient musí porozumět situaci, ve které se nachází. Musí zjistit, jakou má KP funkci a co od jeho pomoci může čekat. Důležitou částí této etapy je i porozumění životu klienta a jeho životní situaci. Bez vzájemného porozumění nemůže být sestavování individuálního plánu plně úspěšné. Je potřeba vědět o klientovi všechny dostupné informace. Na konci prvního setkání se musí klíčový pracovník ujistit, že rozhovor byl pozitivně ukončen a klient nezůstává v nejistotě. Je třeba na konci zopakovat všechny důležité informace. Ze strany KP je důležitý empatický a citlivý přístup.⁶³

Druhá etapa – plánování

V této fázi se stanovuje cíl IP podle potřeb a požadavků klienta. Cíl musí být realizovatelný a také musí brát ohled na možnosti zařízení. Měly by být i sestaveny kritéria splnění cíle, aby bylo jasně rozpoznatelné jeho dosažení. Při plánování se určí termín splnění cíle a seznam osob, které budou odpovídat za jednotlivé části plánu. Musí se analyzovat rizikové situace a stanovit preventivní opatření. Klíčový pracovník nemá oprávnění k nahlížení do zdravotní dokumentace klienta, ale potřebuje znát určité informace, které mu poskytne zdravotní sestra. V případě, že klient souhlasí, je dobré usilovat o zapojení blízkých osob do tvorby a plnění IP.⁶⁴

Třetí etapa – realizace plánu

V této fázi se realizují naplánované činnosti z IP. Důležité je věnovat pozornost náročnosti plnění a posoudit nároky kladené na klienta. Klíčový pracovník pozorně sleduje chování klienta a jeho zapojení se do realizace IP. Důležité je i získávat informace o plnění plánu od ostatních pracovníků a v případě, že nastal nějaký problém, tak ho neprodleně s pracovníky, případně s klientem, řeší. KP musí přizpůsobovat činnosti z IP aktuálnímu stavu klienta. Klíčový pracovník musí dát klientovi najevo svůj zájem a snahu o naplnění individuálního plánu. KP aktualizuje všechny poznatky do dokumentace, a to včetně datumu a podpisu.⁶⁵

Čtvrtá etapa – vyhodnocení

V této fázi se hodnotí veškeré kroky podniknuté v rámci IP. Klient s klíčovým pracovníkem porovnávají realitu s dosaženými cíli. Také se posuzuje, jestli byla klientovi poskytnuta adekvátní

⁶² In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 180. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶³ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 181. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶⁴ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 182-183. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶⁵ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 183-184. ISBN 978-80-271-2030-7.

podpora. Malá, nebo naopak příliš velká podpora je nežádoucí. Je důležité se zeptat klienta na spokojenost s plněním individuálního plánu a následně to zapíše do dokumentace. V případě, že je klient nekomunikativní, probíhá hodnocení za přítomnosti osoby zastupující klienta za pomoci alternativních komunikačních technik. Klíčový pracovník objektivně zhodnotí průběh plnění individuálního plánu.⁶⁶

Chyby individuálního plánování

Nejčastější chybou při IP je, že si pracovník nezíská důvěru klienta a ten následně spolupráci odmítá. V takové situaci nemůže dojít k nejkvalitnější péči. To je zapříčiněno neprofesionálním vystupování zaměstnanců pobytového zařízení. Další chybou jsou nedostatky v komunikaci ze strany klíčového pracovníka – uplatňování nevhodných komunikačních technik, není empatický a neumí aktivně naslouchat. Chybou také je negativní přístup KP k jeho roli a k samotnému individuálnímu plánování.⁶⁷

Dokumentace IP

U individuálního plánu je nutné vést dokumentaci. Tato dokumentace má určitou strukturu. První částí je úvodní část, která obsahuje základní informace o klientovi, např. jeho zájmy a harmonogram dne. Bývají zde uvedeny rizikové situace a jejich preventivní opatření. Další částí je samotný individuální plán, ve kterém jsou uvedeny veškeré sjednané činnosti, termín naplnění plánu a také jestli je to krátkodobý či dlouhodobý IP. Uvádějí se zde i pomůcky potřebné k plnění cíle a též jakou činnost má na starost který pracovník. Třetí částí dokumentace je realizace IP a poslední, čtvrtou částí je hodnocení.⁶⁸

Klíčový pracovník

Každý klient má svého klíčového pracovníka, kterým nejčastěji bývá pracovník v sociálních službách. Podle pátého sociálního standardu má každý klient právo si klíčového pracovníka vybrat sám. Po nástupu klientů do pobytového zařízení je klíčový pracovník přidělen, protože klient pracovníky ještě nezná. V případě, že by klientovi přidělený klíčový pracovník nevyhovoval, může požadovat změnu, které je třeba vyhovět.⁶⁹

Každý klíčový pracovník má stanoveného zástupce v případě své nepřítomnosti. Měl by klientům zabezpečit co nejvíce individuální péči. Mezi hlavní povinnosti klíčového pracovníka patří přebírat do péče klienty určené koordinátorem, zjišťovat potřeby klientů, vytvořit s klientem

⁶⁶ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 184. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶⁷ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 185. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶⁸ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 186. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁶⁹ In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 160-164. ISBN 978-80-271-2030-7.

individuální plán, organizovat a zajišťovat plnění individuálního plánu klienta, použít vhodné aktivizační techniky, spolupracovat s ostatními pečujícími pracovníky, řešit problémy, které nastanou při plnění individuálního plánu, provádět zápisy do individuálního plánu klienta, dodržovat etické zásady.⁷⁰

Klíčový pracovník musí splňovat i určité požadavky mezi které patří dostatek znalostí v oblasti individuálního plánování, znalost platných zákonných norem vztažených k sociální oblasti, respekt ke klientovi, musí mít vyřešené vlastní problémy a orientovat se v sobě, mít znalosti z psychologie, umět provádět zápisy v individuálních plánech.⁷¹

1.7 Komunikace s klientem s Alzheimerovou nemocí

Komunikace s klientem s Alzheimerovou nemocí je obtížnější. S postupem onemocnění se snižuje schopnost klienta komunikovat. Pracovník, který s klientem komunikuje by měl být trpělivý, klidný a umět naslouchat. Klient má v pozdějších fázích onemocnění potíže s hledáním správných slov, často opakuje ta samá slova, snadno ztratí myšlenkový pochod. Dále má problémy s uspořádáním slov do věty, méně často mluví z obavy, že by nebyl schopen vyjádřit svou myšlenku. Často se pracovník pobytového zařízení může setkat s opakováním stejného slova nebo zvuku dokola. Není neobvyklé, že nemůže najít to správné slovo, snaží se ho popsat, nebo použije název jiné věci, která s rozhovorem nemá nic společného a věta pak nedává smysl. Je dobré se vyhnout odborným pojmům, volíme slova, která klient zná. Během rozhovoru používáme mimiku a doteky, tzv. non-verbální komunikaci.⁷²

Je důležité vždycky komunikovat s klientem s Alzheimerovou nemocí jako s dospělým člověkem, oslovovat ho paní nebo pane a jeho příjmením, pokud si klient výslovně nepřeje oslovovat jinak. Na začátku hovoru je nutné navázat oční kontakt a představit se (nikdy není jistota, že si klient pracovníka pamatuje). Klient musí poznat, že mluvíme právě s ním. Je zapotřebí mluvit pomalu a v jednoduchých větách. Při hovoru není vhodné náhle měnit téma. V jedné větě nesdělujeme nikdy více než jednu informaci. Je také důležité, aby měl klient dostatek času na odpověď, nepřerušujeme jeho vyprávění. Důležité při komunikaci je i prostředí, ve kterém hovor probíhá. Takové prostředí by mělo být klidné a klient by se v něm měl orientovat.⁷³

⁷⁰ Klíčový pracovník. Online. Domov pro seniory Stachy - Kůsov. 2024. Dostupné z: <https://www.domovkusov.cz/standardy-05>. [cit. 2024-02-07].

⁷¹ MALÍKOVÁ, Eva. Klíčový pracovník. In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 160-163. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁷² Principy komunikace s pacientem s demencí. Online. Senior Zone. 2019. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/principy-komunikace-s-pacientem-s-demenci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYVmO8KACxh8k/>. [cit. 2024-02-10].

⁷³ Jak dobře komunikovat. Online. Česká alzheimerovská společnost. 2015. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-dobre-komunikovat/>. [cit. 2024-02-10].

Nikdy v přítomnosti klienta není vhodné mluvit o něm s dalším člověkem ve třetí osobě, klient to vnímá a nepůsobí to dobře na jeho psychiku a sebeúctu. Může se stát, že klient během svého vyprávění ztratí myšlenkový pochod a nebude vědět co chtěl říct.⁷⁴

Obtížnější komunikace je s klientem, který se narodil a žil v jiné zemi. S postupem onemocnění se může navracet ke svému rodnému jazyku. Dochází pak k potížím v porozumění klienta s pracovníkem zařízení. Z tohoto důvodu je také potřebné znát životní příběh klienta a připravit se, že může nastat komunikační bariéra.

1.7.1 Aktivní naslouchání

Důležitým prvkem komunikace je také aktivní naslouchání. Pro práci sociálního pracovníka je aktivní naslouchání nepostradatelné. Dochází při něm k budování vztahu s klientem a získávání jeho důvěry. Sociální pracovník shrne, co klient řekl nebo parafrázuje (převypráví jeho příběh vlastními slovy).⁷⁵

Pracovník se na hovor musí soustředit, mít pochopení pro klienta, reagovat a zapamatovat si co nejvíce informací, které mu klient sdělil. Přínosem aktivního naslouchání je budování klientovi důvěry v pracovníka, omezuje nedorozumění a podporuje sebereflexi.⁷⁶

⁷⁴ Communication and Alzheimer's. Online. Alzheimer's association. Dostupné z: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/communications>. [cit. 2024-01-22].

⁷⁵ Essential Skills and Traits for Social Workers. Online. University at Buffalo: School of Social Work. 2024. Dostupné z: <https://socialwork.buffalo.edu/admissions/is-social-work-right-career-for-me/list-of-essential-skills-in-social-work.html>. [cit. 2024-02-10].

⁷⁶ HOW TO USE ACTIVE LISTENING IN SOCIAL WORK AND HEAR WHAT PEOPLE ARE REALLY SAYING. Online. Social work news. 2023. Dostupné z: <https://www.mysocialworknews.com/article/how-to-use-active-listening-in-social-work-and-hear-what-people-are-really-saying>. [cit. 2024-02-10].

2. Sociální práce s rodinou

Spolupráce rodiny je v péči o seniora nenahraditelnou součástí. Má dvě zásadní funkce. První funkcí je, že je rodina zdrojem informací o seniorovi, které pracovníkům pobytového zařízení usnadní péči o klienta a péče je co nejvíce individualizovaná a komplexní. Druhou funkcí je aktivní spoluúčast rodiny v péči o svého člena rodiny. Rodina pro klienta představuje emocionální oporu a podporu.⁷⁷

2.1 Spolupráce s rodinou při přijímání klienta s Alzheimerovou nemocí do pobytového zařízení

K prvnímu kontaktu mezi rodinou klienta a pracovníky pobytového zařízení dochází již před nástupem klienta do pobytového zařízení. Již při zájmu o nástup seniora do pobytového zařízení je potřeba úzce spolupracovat s rodinou klienta. První osoba, se kterou je senior a jeho rodina v kontaktu je sociální pracovník, který jim sdělí veškeré informace o chodu domova a o způsobu úhrady poskytované služby. Následně seniora i jeho rodinu po zařízení provede a ukáže, jak vypadají pokoje a jaké jsou možnosti aktivit a služeb poskytovaných v domově. Dá klientovi i jeho rodině dokumenty, které je potřeba vyplnit, a tak požádat o pobytovou službu. Zodpoví seniorovi i rodině všechny dotazy. Když klient se svou rodinou podá žádost o přijetí do pobytové služby, tak čeká, až se pro něj uvolní místo.

Ve chvíli, kdy se v domově uvolní místo, kontaktuje sociální pracovník seniora a jeho rodinu. Ujistí se, že zájem o pobytovou službu stále trvá. V případě, že je senior hospitalizován v jiném zařízení sociálních nebo zdravotních služeb, se domluví převoz. Je dobré, aby byla rodina přítomna při nástupu svého blízkého do zařízení. Pomůže seniorovi vyřídit nutné administrativní náležitosti při nástupu, zabydlet se v pokoji a také s tím, aby seniora přesun do zařízení co nejméně rozrušil.

Také je důležité rodinné příslušníky ujistit, že je v pořádku umístit svého člena rodiny do pobytového zařízení. Často se stává, že rodina, která se do té doby o seniora starala, to bere jako selhání a sužují je pocity viny, že museli svého člena rodiny do pobytového zařízení umístit.⁷⁸

Po nástupu klienta do pobytového zařízení je vhodné, aby rodina svého člena rodiny často nenavštěvovala a klient si tak zvykl na nové prostředí, personál a ostatní klienty zařízení.

⁷⁷ Spolupráce rodiny. In: Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011, s. 42-43. ISBN 978-80-247-3872-7.

⁷⁸ Přijetí do domova. In: Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2006, s. 124-127. ISBN 80-7367-081-X.

2.2 Spolupráce s rodinou během pobytu klienta s Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení

Spolupracovat s rodinou klienta je důležité i během samotného pobytu klienta v pobytovém zařízení. Pracovníci kontaktují rodinné pracovníky v případě, že je třeba dodat pro klienty hygienické potřeby, dokoupit oblečení atd.

Pracovníci rovněž rodinu kontaktují v případě změny stavu či jiných potíží, např. v případě neshod mezi klientem a jeho spolubydlícím. Nutná spolupráce s rodinou je také v případě, kdy je klient v zařízení nespokojený. Pak je nutné se sejít s rodinou a klientem a probrat důvody nespokojenosti klienta a zda je v možnostech zařízení tento problém vyřešit, či je nutné tuto pobytovou službu ukončit. V takovém to případě je také možné svolat multidisciplinární tým a zhodnotit péči, případně zjistit, zda je péče komplexní a podle potřeb klienta.

Další situace, kdy je potřeba spolupracovat s rodinou je, když dochází v zařízení ke změnám, např. změna smluv. Je dobré, aby měly rodiny klientů pozitivní vztah s pracovníky zařízení a v případě nejasností nebo pochyb o kvalitě poskytovaných služeb se na ně obrátily. Rodiny své pochyby, nebo nejasnosti řeší především se sociálním nebo klíčovým pracovníkem.

Rodina má právo se zapojit do péče o své blízké. Po domluvě se mohou podílet na běžných činnostech. Taktéž je žádoucí, aby se rodina zapojila do plánování péče o klienta, aby byla péče co nejvíce zaměřena na jeho potřeby.⁷⁹

Dle studie Hye-Young Janga nástupem seniora do pobytového zařízení nekončí péče ze strany rodiny. Rodina si chce i po nástupu svého blízkého do pobytového zařízení zachovat vztah se seniorem a nadále se zapojovat do péče. Rodina klientů je pro zařízení důležitá i proto, že může poskytnout informace o životním příběhu klienta, o jeho zvycích a potřebách. Rodina by tedy neměla být pouze pasivním pozorovatelem, ale aktivně se zapojovat do péče. Závěrem této studie je, že spolupráce rodiny s pracovníky zařízení bylo „definováno jako trvalý a dynamický proces spojený s mezilidskými a enviromentálními faktory.“⁸⁰

Spolupráci rodin s pobytovým zařízením narušila nemoc Covid-19, kvůli které byly zakázány jakékoli návštěvy v zařízeních. Toto omezení bylo pro klienty velmi znatelným a zničehonic se jim změnil režim návštěv. Rodiny mohly se svými blízkými pouze telefonovat a nemohly se podílet na péči.⁸¹

⁷⁹ Spolupráce s rodinami klientů. Online. Domov U Biřičky. 2014. Dostupné z: <https://www.ddhk.cz/spoluprace-s-rodinami-klientu/ms-1157>. [cit. 2024-04-24].

⁸⁰ Partnership between staff and family in long-term care facility: a hybrid concept analysis. Online. NIH - National Library of Medicine. 2020. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7482886/>. [cit. 2024-04-24].

⁸¹ Spolupráce s rodinou. Online. Domov pro seniory Koniklecová. C2022. Dostupné z: <https://kon.brno.cz/ze-zivota-domova/priklady-dobre-praxe/spoluprace-s-rodinou>. [cit. 2024-04-24].

2.3 Edukace rodinných příslušníků

Důležité je mít na komunikaci s rodinnými příslušníky klienta vyhrazený dostatek času a zajištěný klid. Je dobré mít ke komunikaci připravené materiály. Rodinným příslušníkům by mělo být poskytnuto co nejvíce podkladů a informací k onemocnění jejich blízkého. Sociální pracovník by je měl seznámit s průběhem onemocnění, v případě, že si neví rady, jak komunikovat a chovat se ke svému blízkému s Alzheimerovou demencí, tak by je měl SP seznámit se zásadami komunikace s lidmi s demencí. Návrhy rodiny klienta na řešení problému jsou podstatné a jestliže je to možné, tak daný návrh řešení realizovat. V případě, že to je mimo možnosti zařízení, tak tento návrh zamítnout a zdůvodnit, proč to není možné. Dále je nutné dát rodině klienta najevo, že je pro pracovníky zařízení partnerem v řešení problémů a také, že mají obě strany stejný záměr. A to klienta, který je spokojený. O provedené edukaci je nutné udělat zápis a osoba, která byla edukována musí podepsat záznam. Edukace rodinných příslušníků bývá téměř stejná jako edukace klienta.⁸²

2.4 Komunikace s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí

Komunikace s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí je důležitá. Rodina by měla být informována o průběhu péče o jejich blízkého, v případě problémů s péčí by se měla aktivně zapojovat do hledání řešení problému. S rodinou klienta komunikuje nejen sociální pracovník, ale taktéž i ostatní pracovníci. Rodina klienta by měla mít dostatek času pro své dotazy. V případě, že komunikace s rodinou probíhá před klientem, není vhodné o něm mluvit ve třetí osobě.

Existují zásady efektivní komunikace. Během komunikace je důležité aktivní naslouchání, kterým pracovník dá rodině klienta najevo, že ji poslouchá a zajímá ho, co mu říká. Také je důležité, aby byl pracovník empatický, milý, trpělivý a mluvil srozumitelně a nepoužíval odborné pojmy, kterým rodina nerozumí. Je důležité komunikovat nejen verbálně, ale i neverbálně. Pracovník by měl zvolit vhodný postoj těla a výraz v obličeji. Taktéž je důležitý tón hlasu, který ke komunikaci používá. Důležité je také neodbíhat od tématu, neskákat rodině do řeči a v přípravě nejasností položit rodině doplňující otázku. Pracovník se musí k rodinám klientů chovat s respektem a snažit se získat jejich důvěru.⁸³

Pro rodinu klienta bývá situace, kdy je její člen umístěn v pobytovém zařízení s diagnózou Alzheimerovy nemoci velmi psychicky náročná, tudíž je důležité rodinu klienta vyslechnout a informovat ji, kam se v případě potřeby může obrátit pro psychologickou pomoc.

Aby byla komunikace s rodinou užitečná, tak je důležité, aby pracovníci informace sdělovali srozumitelně a drželi se tématu. Problém nastává, když rodina není ochotná spolupracovat. Může jít

⁸² Edukace příbuzných a jiných blízkých osob klientů. In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 260-261. ISBN 978-80-271-2030-7.

⁸³ Dodržujte zásady efektivní komunikace. Online. CEMI. C2024. Dostupné z: <https://www.cemi.cz/blog/dodrzuje-zasady-efektivni-komunikace>. [cit. 2024-04-26].

o případ, kdy se s rodinou nepodařilo navázat kontakt, nebo kontakt s rodinou nepřináší potřebné výsledky.⁸⁴

2.5 Pozůstalostní péče

Po úmrtí klienta je nutné dodržovat etické principy sociální práce, aby nedošlo k degradaci péče poskytované klientovi. Pracovník zařízení, nejčastěji zdravotní sestra, po úmrtí klienta kontaktuje neprodleně rodinu. Upřednostňuje se telefonické sdělení, protože jde o nejrychlejší možnost, jak sdělit rodině tuto zprávu. Zdravotní sestra se rodině představí a šetrným způsobem rodině oznámí, že jejich blízký zemřel. Pozůstalým vyjádří upřímnou soustrast a následně mu sdělí informaci, kdy má do zařízení dorazit a převzít si osobní věci klienta. Také se s rodinou domluví na záležitostech ohledně převozu zemřelého. Poté co rodina dorazí do zařízení, jsou jim vydány osobní věci klienta proti podpisu. Personál šetrně rodině popíše, jaký byl stav klienta před úmrtím. Rodině klienta jsou poskytnuty informace ohledně pohřbu a ostatních formalit. Důležitou součástí setkání s pozůstalými je vyslechnout jejich pocity a nabídnout jim služby sociálního poradenství a duchovní pomoc.⁸⁵

⁸⁴ Komunikace rodiny a s rodinou. In: Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál, 2022, s. 48-50. ISBN 978-80-262-1952-1.

⁸⁵ Edukace pozůstalých po úmrtí klienta. In: Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 261-262. ISBN 978-80-271-2030-7.

II. Praktická část

3. Výzkum

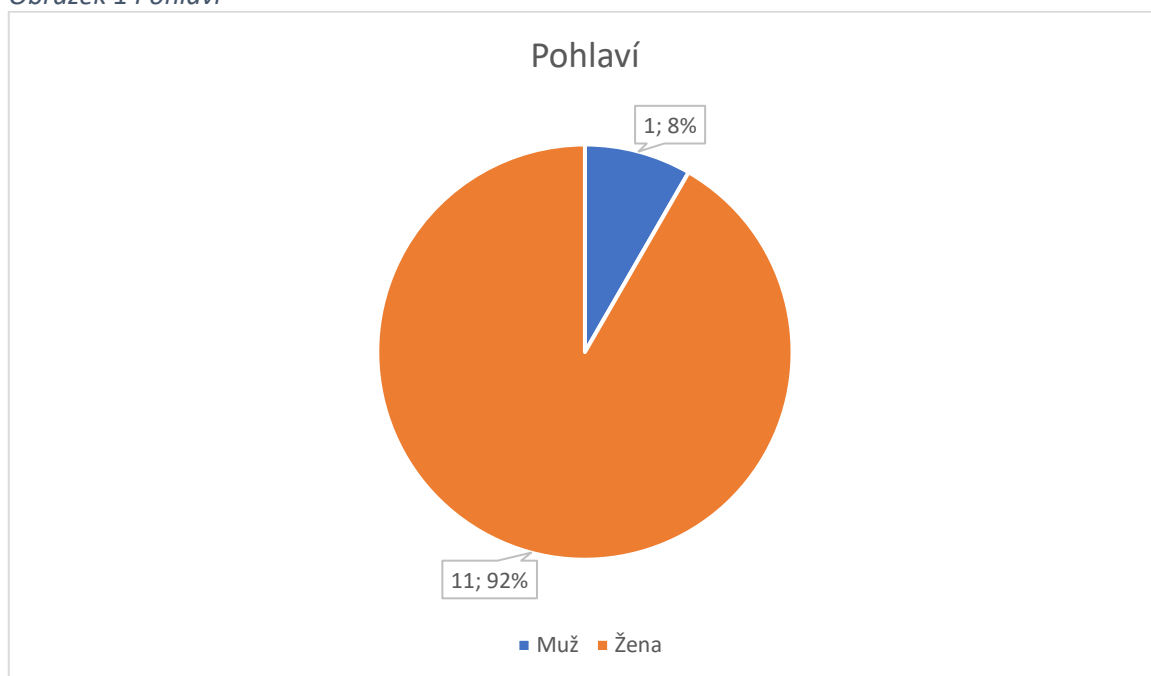
3.1 Metodologie

Pro sběr dat jsem zvolila kvalitativní výzkum. Z důvodu pracovního vytížení zaměstnanců pobytových zařízení jsem zvolila provést kvalitativní výzkum formou dotazníků s otevřenými otázkami. Dotazník obsahuje 9 otevřených otázek.

3.2 Výzkumný soubor

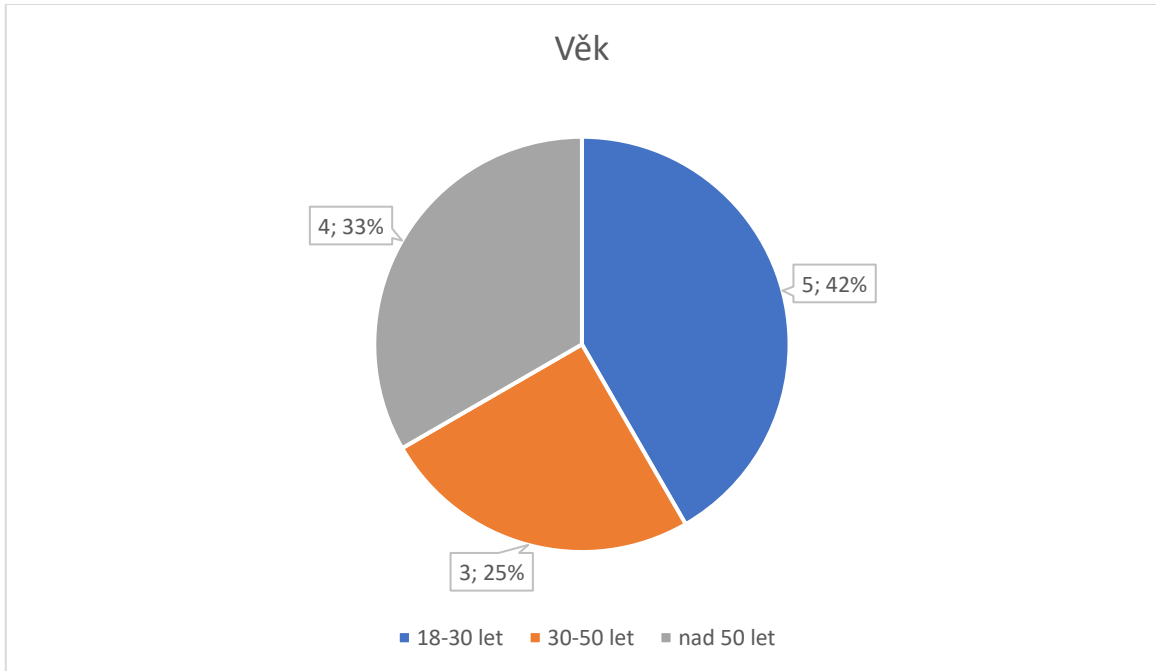
Do výzkumu mé práce se zapojily tři zařízení – Alzheimer Home Modřany, Domov pro seniory Vysočany a SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové. Celkově se zapojilo 12 pracovníků.

Obrázek 1 Pohlaví



Téměř všichni dotazovaní byly ženy. Dotazník vyplňoval pouze jeden muž. (Obrázek 1)

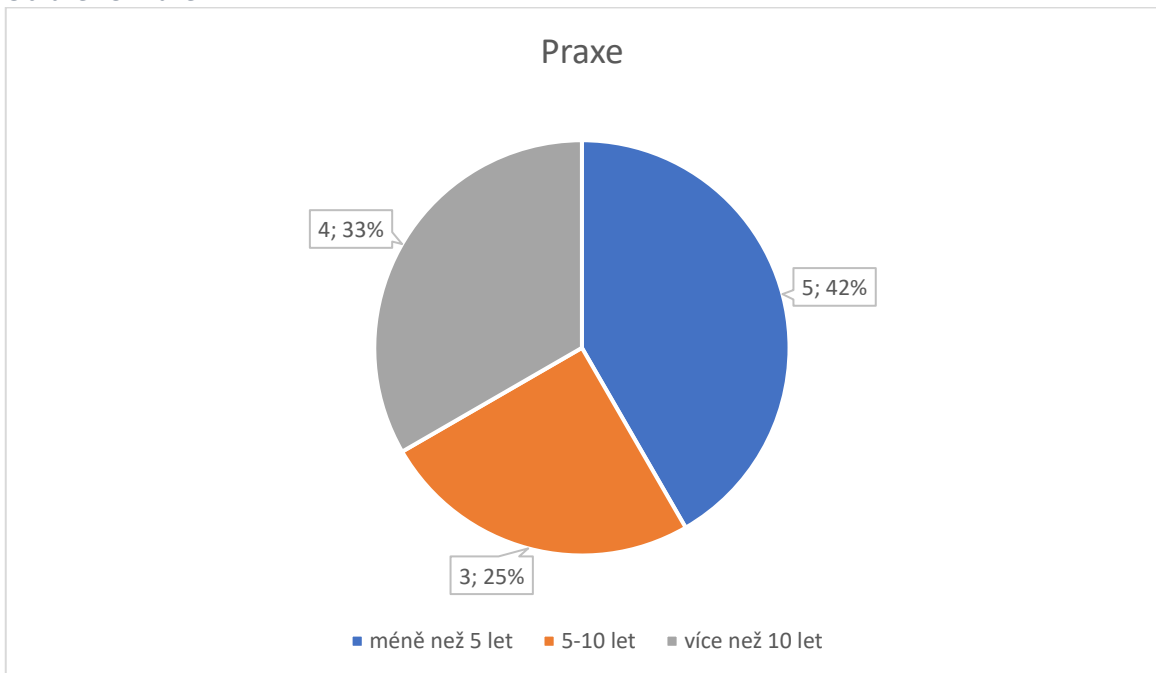
Obrázek 2 Věk



Pět dotazovaných bylo ve věku 18-30 let, tři ve věku 30-50 let a čtyři ve věku nad 50 let.

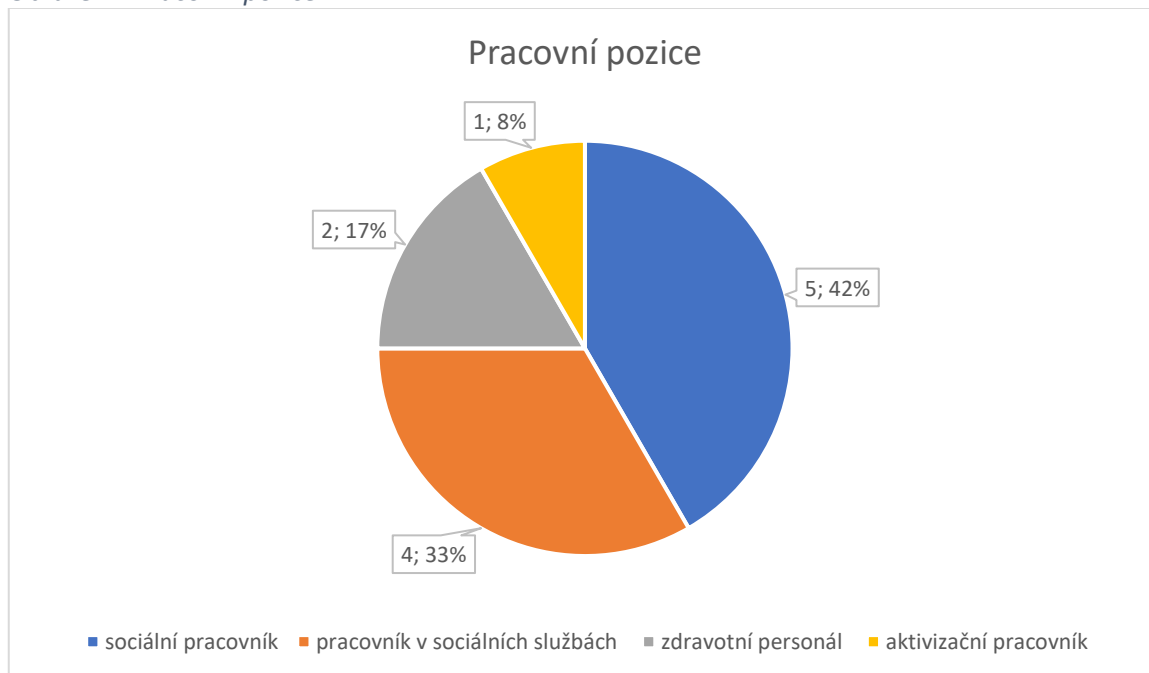
(Obrázek 2)

Obrázek 3 Praxe



Největší část respondentů má praxi v oboru sociálních služeb méně než 5 let, a to 5 pracovníků. S praxí 5-10 let se do výzkumu zapojili 3 pracovníci. Poslední skupinou jsou pracovníci s praxí delší než 10 let. Z této skupiny se do výzkumu zapojili 4 pracovníci. (Obrázek 3)

Obrázek 4 Pracovní pozice



Do výzkumu se zapojilo nejvíce pracovníků, kteří pracují na pozici sociálního pracovníka. Těch se do výzkumu zapojilo pět. Další skupinu tvoří pracovníci v sociálních službách, kteří se do výzkumu zapojili čtyři. Třetí skupinu tvoří zdravotní personál, který byl zastoupen dvěma osobami. Nejméně zastoupená byla pracovní pozice aktivizačního pracovníka, který se výzkumu účastnil pouze jeden. (Obrázek 4)

3.2.1 Alzheimer Home Modřany

Alzheimer Home Modřany je pobytové zařízení určené pro osoby s diagnostikovaným kognitivním onemocněním. Spadá pod Penta Hospitals, která zde i zajišťuje zdravotní péči prostřednictvím Ambulance Penta, s. r. o. Péči poskytuje klientům komplexní a individuální péči. Jsou členem asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.⁸⁶

Zařízení je plně bezbariérové a má 5 pater s celkovým počtem 146 lůžek. Pokoje jsou převážně dvoulůžkové, ale je zde i pár jednolůžkových a vícelůžkových pokojů. Pokoje jsou plně vybaveny s vlastním sociálním zařízením. Na každém patře je jídelna, kam mobilní klienti chodí jíst.

V zařízení je také tým aktivizačních pracovníků, který se stará o udržení schopností klienta. Aktivizační činnosti probíhají každý den v dopoledních i odpoledních hodinách. Klienti mají na výběr z více aktivit. V zařízení se také každý měsíc slaví narozeniny klientů.

⁸⁶ ALZHEIMER HOME Modřany. Online. ALZHEIMER HOME Modřany. C2022. Dostupné z: https://www.alzheimerhome.cz/alzheimer-home-modrany/?gad_source=1&gclid=EAlalQobChMIy8zp5oDHhQMVhZGDBx1T6gxoEAAYASAAEgJN-vD_BwE. [cit. 2024-04-16].

3.2.2 Domov pro seniory Vysočany

Domov pro seniory Vysočany je soukromé pobytové zařízení pro seniory se sníženou soběstačností. Specializují se také na seniory s Alzheimerovou nemocí, nebo jinou formou demence a na osoby se sníženou mobilitou. Zařízení disponuje 100 lůžky a má 70 zaměstnanců. Poskytují komplexní péči v moderním zařízení, které je bezbariérové. Zařízení bylo otevřeno v roce 2012 a jeho provozovatelem je společnost DOMOV SENIORŮ VYSOČANY, s. r. o. Mají registrované služby sociální péče – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Jsou členem asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.⁸⁷

3.2.3 SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové

SeneCura SeniorCentrum Hradec Králové je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Jsou držiteli Značky kvality od Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Jejich mottem je „Život pokračuje s námi“, takže ke každému klientovi přistupují individuálně podle potřeb a přání klienta. SeniorCentrum Hradec Králové je v provozu od roku 2016 a celkově má kapacitu 137 lůžek.⁸⁸

3.3 Tabulka transformačních kroků

Tabulka 1 Tabulka transformačních kroků

Cíl práce	Zjistit, jak probíhá spolupráce zaměstnanců pobytového zařízení s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí.	
Hlavní výzkumní otázka	Jak probíhá spolupráce zaměstnanců pobytového zařízení s rodinou klienta s Alzheimerovou nemocí?	
Dílčí výzkumné (1-3) a tazatelské otázky (a-i)	1. z hlediska biologického	a. Jak řešíte situaci, kdy klient po příchodu do pobytového zařízení přestane jíst z důvodu smutku po svém přirozeném prostředí a absence blízkého člověka? b. Jak se Vám daří měnit denní návyky klienta, které si přináší z domova? c. Jak postupujete v případě, kdy má klient po příchodu do pobytového zařízení problémy se spánkem z důvodu nového prostředí?

⁸⁷ O nás. Online. Domov seniorů Vysočany. C2024. Dostupné z: <https://www.domov-senioru-praha.cz/o-nas>. [cit. 2024-04-16].

⁸⁸ Domov, v němž se budete cítit dobře. Online. SeneCura. C2024. Dostupné z: <https://hradeckralove.senecura.cz/domov/>. [cit. 2024-04-16].

	2. z hlediska psychologického	d. Jak postupujete v případě, kdy je klient v zařízení nešťastný a viditelně se zhoršuje průběh Alzheimerovy nemoci?
		e. Jak vnímají klienti s Alzheimerovou nemocí případné neshody/rozepře mezi jejich rodinou a zaměstnanci pobytového zařízení?
		f. V případě, že do Vašeho pobytového zařízení nastoupí manželský pár, ale jeden z manželů zemře, jak tuto situaci řešíte?
	3. z hlediska sociálního	g. Jak řešíte situaci, kdy rodina klienta s Alzheimerovou nemocí není spokojená s mírou aktivizace, ale klient o společné aktivity nemá zájem?
		h. Jaké máte postupy v případě, kdy se rodina klienta o svého blízkého nezajímá a nenavštěvuje ho?
		i. Jak postupujete v případě, že si klient s Alzheimerovou nemocí nerozumí se svým spolubydlícím na pokoji?

3.4 Analýza dat

Data získaná z dotazníků jsem kódovala. Podobné znaky, které se v odpovědích na jednotlivé otázky opakovaly, jsem sepsala a vložila do grafů k jednotlivým otázkám s procentuálním zastoupením odpovědí.

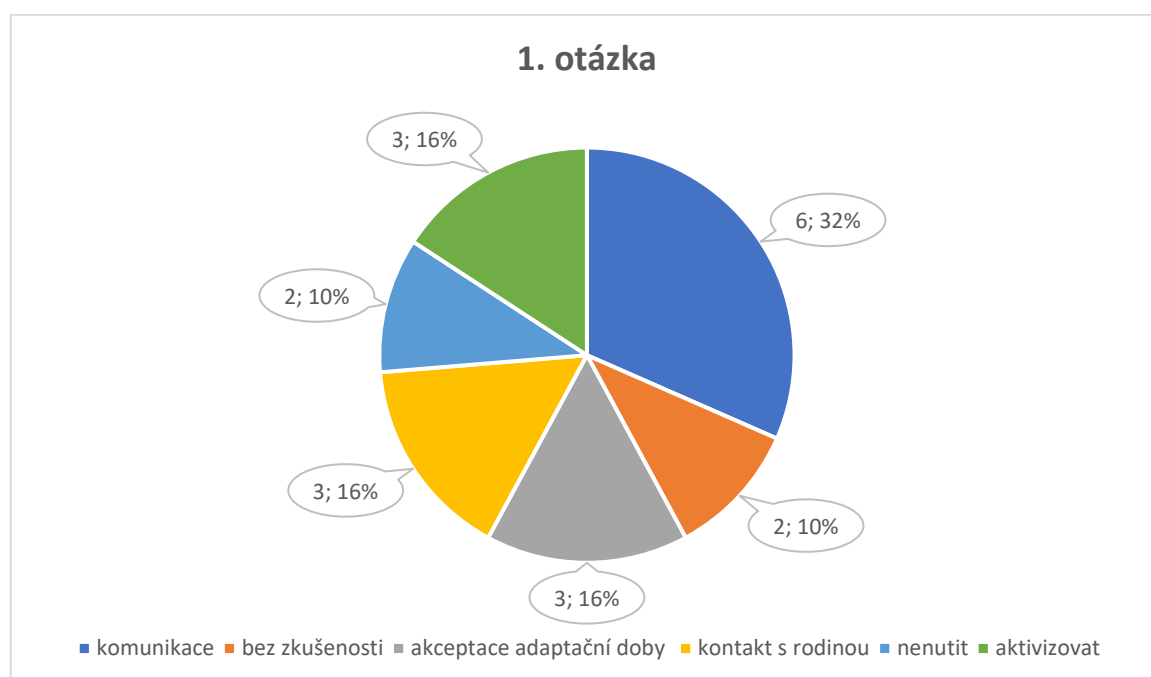
Zvolila jsem podle Hendla logické schéma, které „ukazuje graficky určitou opakující se aktivitu jako sekvenci událostí, které jsou propojeny nějakou akcí.“⁸⁹

⁸⁹ Grafy, mapy, vývojová schémata. In: Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 220. ISBN 978-80-262-0982-9.

3.5 Výsledky

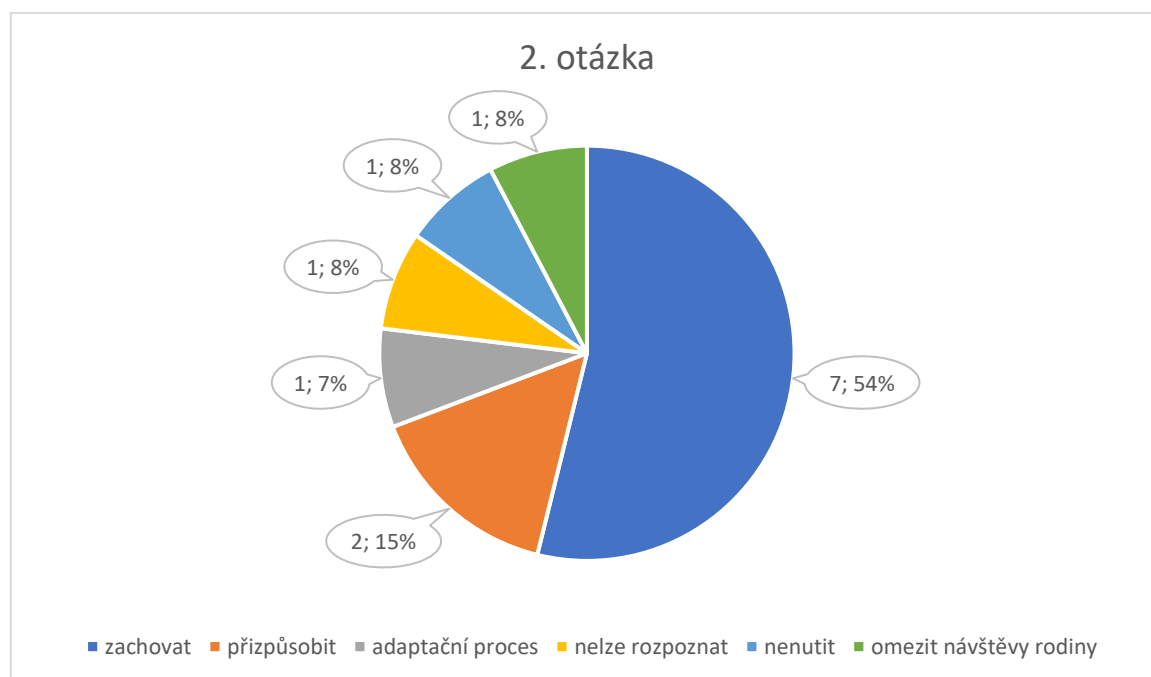
Na první otázku, která zní „Jak řešíte situaci, kdy klient po příchodu do pobytového zařízení přestane jíst z důvodu smutku po svém přirozeném prostředí a absence blízkého člověka?“ se nejčastěji objevuje šest odpovědí – Obrázek 5. Někteří respondenti v odpovědi zmínili dvě a více nejčastěji opakovaných odpovědí. Odpovědí s nejvyšší četností je, že je důležitá efektivní komunikace zaměstnanců s klientem a vysvětlit mu, že je potřeba aby jedl. Následně jsou tři odpovědi se stejnou četností. První z těchto tří odpovědí je akceptovat adaptační dobu, během které si klient zvyká na nové prostředí, nové osoby – pečovatele a ostatní klienty zařízení. Druhou odpovědí je kontaktovat rodinu klienta, informovat ji a zjistit od ní zvyklosti klienta. Třetí odpovědí je aktivizovat klienta a tím ho přivést na jiné myšlenky a začlenit ho do kolektivu. Další dvě otázky mají taktéž stejnou četnost. První z těchto dvou je, že není žádoucí klienty do stravy nutit. Druhou a zároveň úplně poslední odpovědí je, že se s tímto zaměstnanci nesetkali, případně moc často nesetkávají.

Obrázek 5 vyhodnocení otázky č.1



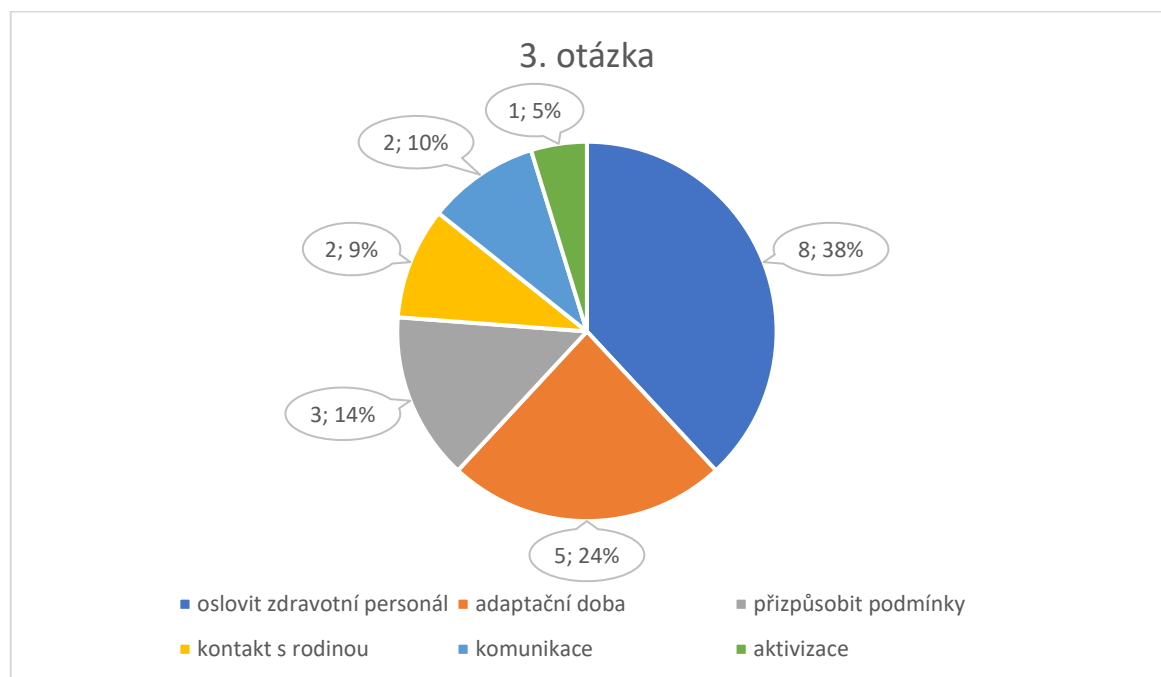
Na druhou otázku, která zní „Jak se vám daří měnit denní návyky klienta, které si přináší z domova?“ respondenti odpověděli 6 různými odpověďmi – Obrázek 6. První odpověď, která se vyskytuje nejčastěji, zní, že se pracovníci pobytového zařízení snaží zachovat návyky klienta v co největší míře, pokud to není v rozporu s domovním řádem. Druhou odpovědí je, že se snaží návyky nového klienta přizpůsobit, ale zásadně neměnit. Další, třetí odpovědí, je, že je důležité i v tomto případě pamatovat na adaptační proces, který trvá tři měsíce. Čtvrtou odpovědí je, že v některých případech není možné z důvodu progresu Alzheimerova onemocnění návyky, které klient měl v domácím prostředí rozpoznat. Pátou odpovědí je, že klienta do ničeho nenutí, že každá změna musí přijít pomalu. Poslední, šestou odpovědí, je, že by bylo v některých případech lepší, aby rodina omezila návštěvy svého blízkého, aby měl možnost se seznámit s ostatními klienty.

Obrázek 6 vyhodnocení otázky č.2



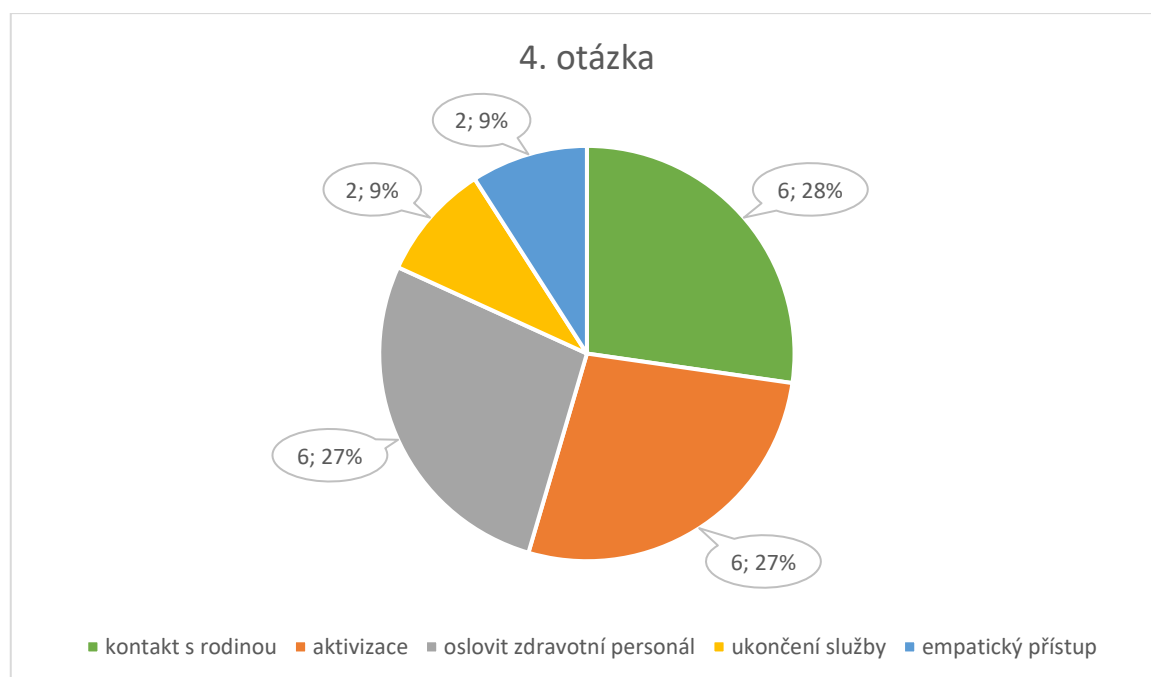
Třetí otázka z dotazníku zní „Jak postupujete v případě, kdy má klient po příchodu do pobytového zařízení problémy se spánkem z důvodu neznámého prostředí?“. Na tuto otázku bylo šest odpovědí – Obrázek 7. První z odpovědí, která je zároveň nejčastější, je oslovit zdravotní personál, který tuto situaci dále řeší spolu s lékařem a případně nasadí léky. Druhou odpovědí je, že je důležité akceptovat adaptační dobu, při které si klient zvyká na nové prostředí. Po této adaptační době je možné, že problémy se spánkem vymizí. Třetí odpovědí je snaha o přizpůsobení podmínek, na které byl klient zvyklý z domova – např. úprava lůžka a osvětlení místnosti. Čtvrtá odpověď je kontaktovat a informovat rodinu klienta, případně se ji zeptat na zvyklosti klienta. Pátá odpověď, která se v dotazníku objevila, je komunikovat s klientem, seznámit ho s prostředím, ve kterém se bude pohybovat. Poslední, šestou odpovědí, je klienta aktivizovat, aby se přirozeně unavil.

Obrázek 7 vyhodnocení otázky č.3



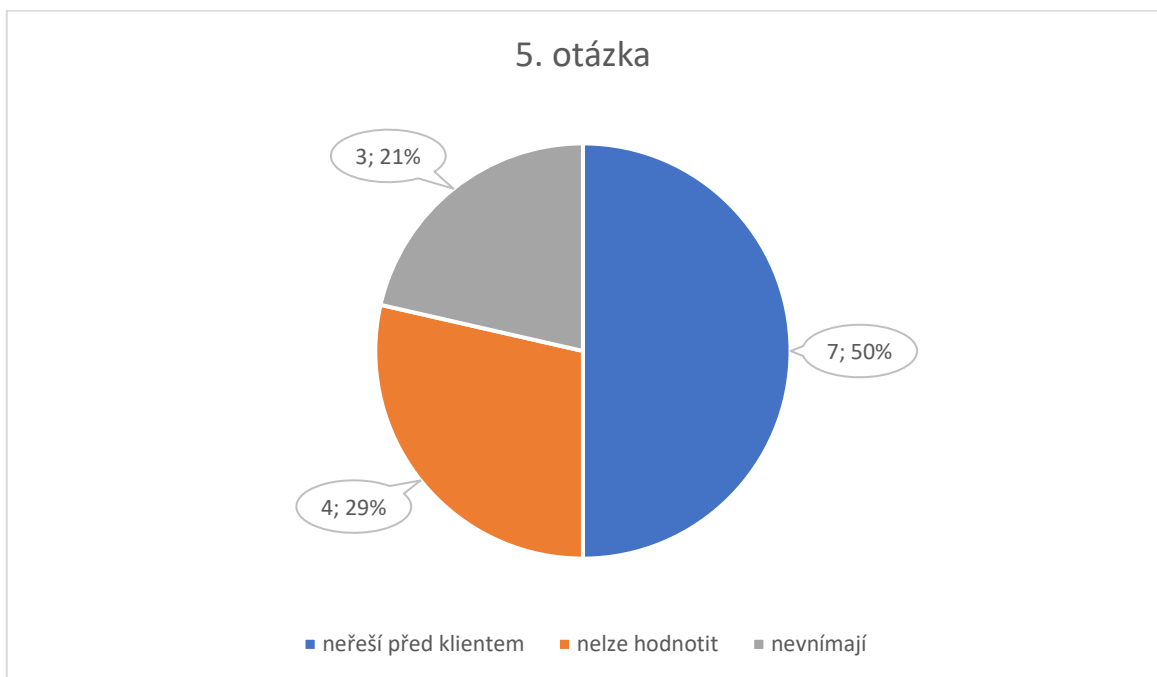
Čtvrtá otázka zní „Jak postupujete v případě, kdy je klient v zařízení nešťastný a viditelně se zhoršuje průběh Alzheimerovy nemoci?“. V dotaznících se na tuto otázku objevuje pět odpovědí – Obrázek 8. První odpovědí je, že pracovníci kontaktují rodinu klienta, se kterou spolupracují při hledání řešení tohoto problému a snaží se s rodinou domluvit na častějších návštěvách. Druhou odpovědí je snaha zapojit klienta více do dění v domově (více ho aktivizovat) a častější individuální rozhovory. Třetí odpovědí je oslovit zdravotní personál a lékaře, případně nabídnout služby psychologa. Čtvrtou odpovědí je, aby klient a jeho rodina uvažovali o ukončení pobytu v zařízení, případně o přemístění klienta do jiného zařízení. Pátou odpovědí, je empatický a vlídný přístup ke klientovi.

Obrázek 8 vyhodnocení otázky č.4



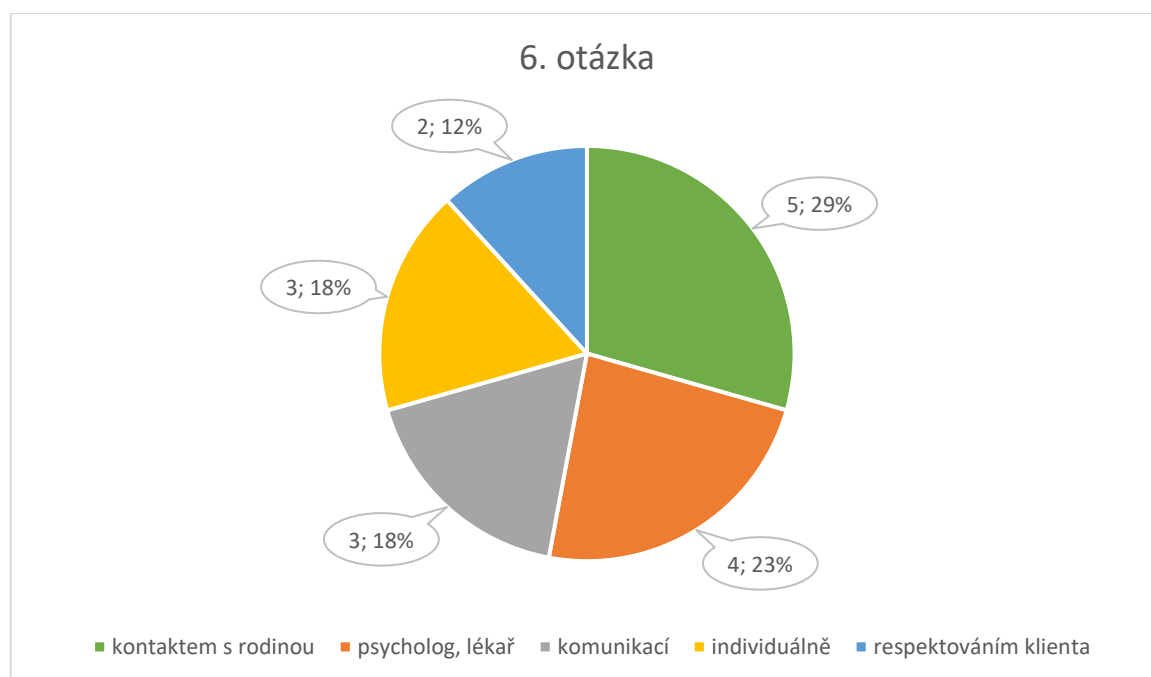
Pátá otázka zní „Jak vnímají klienti s Alzheimerovou nemocí případné neshody/rozepře mezi jejich rodinou a zaměstnanci pobytového zařízení?“. V dotaznících se objevují tři odpovědi – Obrázek 9. První odpovědí je, že v případě sporů mezi pracovníky pobytového zařízení a rodinou klienta se nikdy neřeší v přítomnosti klienta. Druhá odpověď je, že s touto situací zaměstnanci pobytového zařízení nesetkali, případně na tuto otázku neodpověděli. Jako poslední, třetí, odpověď, která se na tuto otázku vyskytovala je, že to klienti z důvodu onemocnění nevnímají, že je otázka, jestli tuto situaci vůbec vnímají.

Obrázek 9 vyhodnocení otázky č.5



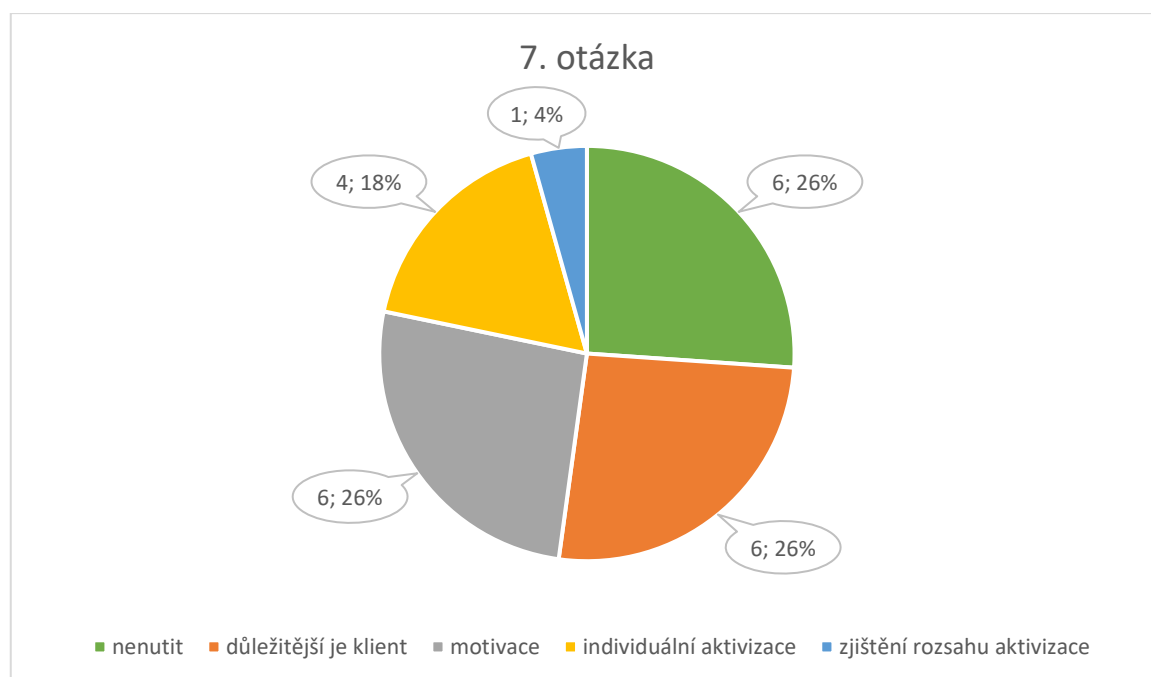
Šestá otázka zní „V případě, že do Vašeho pobytového zařízení nastoupí manželský pár, ale jeden z manželů zemře, jak tuto situaci řešíte?“. Na tuto otázku se vyskytovalo pět odpovědí – Obrázek 10. První, nejčastější, odpovědí je, že je důležitý kontakt s rodinou, respektive s ní spolupracovat a domluvit se s ní, kdo to klientovi sdělí. Druhou odpovědí je kontaktovat lékaře, případně klientovi nabídnout pomoc psychologa, který mu pomůže přijmout smutek. Třetí z odpovědí je komunikovat s klientem, být pro něj a být empatický. Čtvrtou odpovědí je, že je to vždy individuální, dle stavu a reakce klienta. Pátou odpovědí je, že vždy respektují přání klienta a nabídnou mu možnost se přestěhovat na jiný pokoj. V případě, že se na to klient necítí, tak mu na pokoj na nějaký čas nedají nového spolubydlícího.

Obrázek 10 vyhodnocení otázky č.6



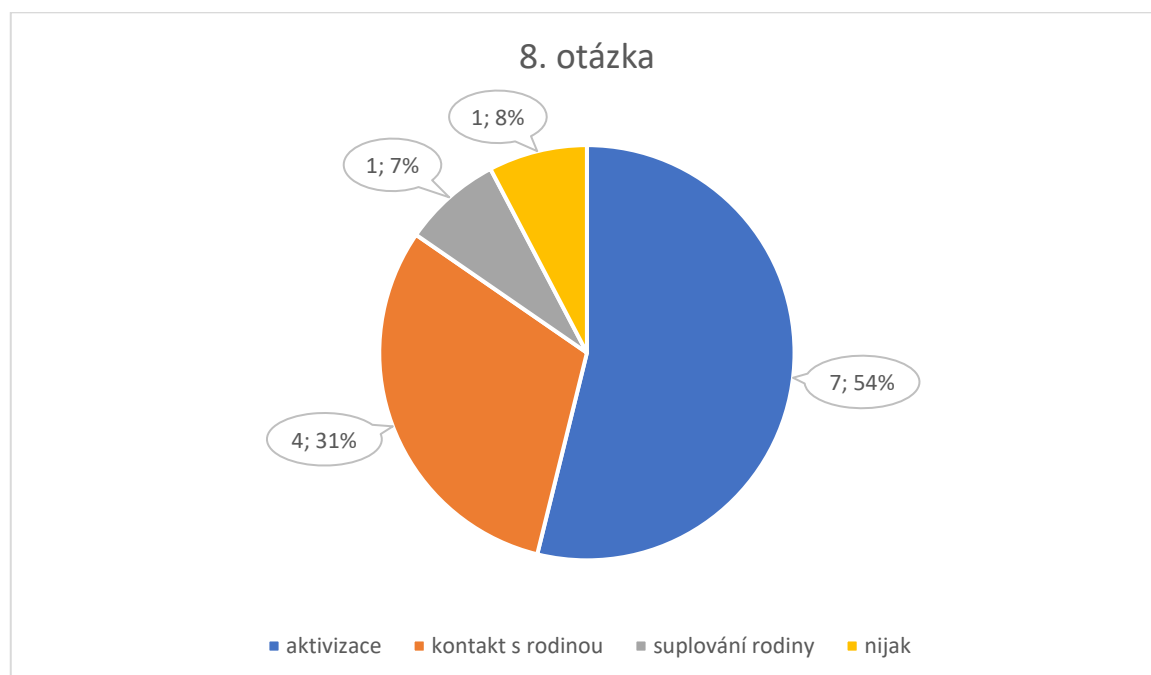
Sedmá otázka zní „Jak řešíte situaci, kdy rodina klienta s Alzheimerovou nemocí není spokojená s mírou aktivizace, ale klient o společné aktivity nemá zájem?“ V dotazníku se na tuto otázku objevuje pět odpovědí – Obrázek 11. První z nich je, že je důležité klienta do aktivit nenutit, rodina musí přijmout, že jejich blízký o aktivitu nemá zájem. Druhou odpovědí je, že jsou důležitější přání a potřeby klienta, nikoli jeho rodiny. Třetí odpověď zní, že je dobré klienta motivovat a nabízet mu aktivity stejně jako ostatním klientům, ale je jen na něm, jestli se nakonec zúčastní. Čtvrtou odpovědí je, že v případě klientova nezájmu o skupinovou aktivitu u něj probíhá individuální aktivizace. Pátou odpovědí je, že pracovníci zjišťují míru aktivizace, zda má klient zájem a tuto skutečnost následně sdělí rodině.

Obrázek 11 vyhodnocení otázky č.7



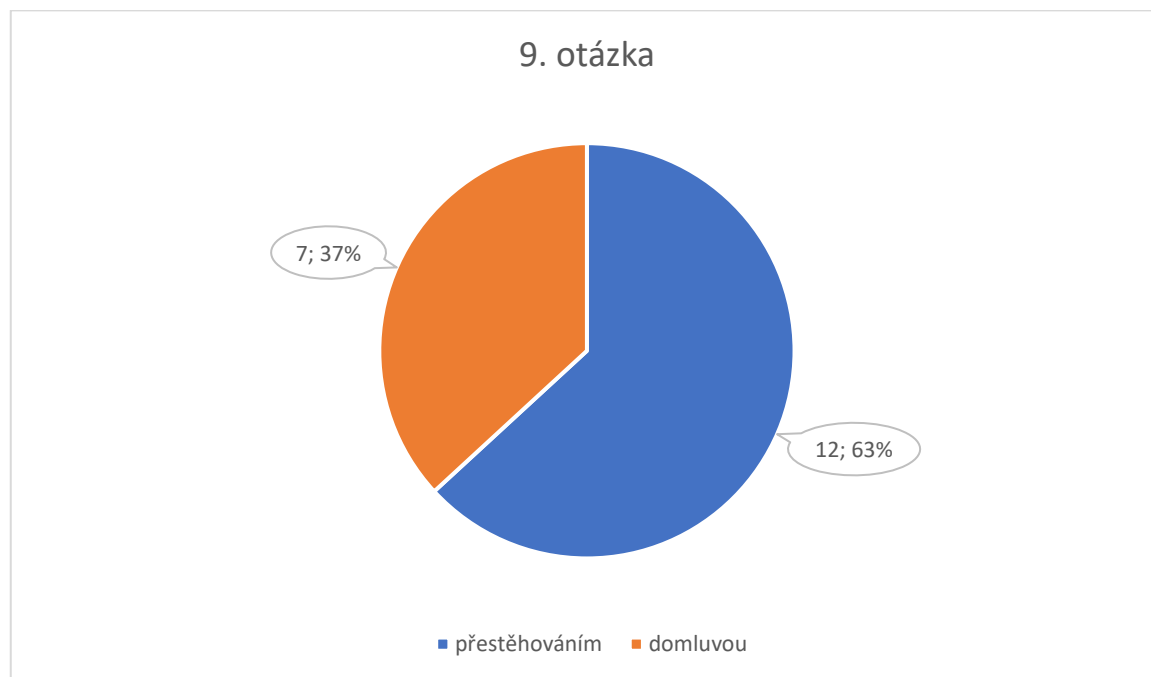
Osmá otázka zní „Jaké máte postupy v případě, kdy se rodina klienta o svého blízkého nezajímá a nenavštěvuje ho?“. Na tuto otázku jsou čtyři odpovědi – Obrázek 12. První z nich je, že se klientovi věnují, snaží se ho co nejvíce zapojovat do společných aktivit, aby se necítil osaměle a rozptýlil se. Druhou odpovědí je, že kontaktují rodinu klienta, domluví si s ní schůzku a snaží se tuto skutečnost ověřit. Třetí odpovědí je, že se snaží rodinu suplovat, ale zároveň přistupovat ke všem klientům stejně. Čtvrtou odpovědí je, že tuto situaci nijak neřeší, protože je to rodinná záležitost, do které zaměstnancům zařízení nic není.

Obrázek 12 vyhodnocení otázky č.8



Devátá otázka zní „Jak postupujete v případě, že si klient s Alzheimerovou nemocí nerozumí se svým spolubydlícím na pokoji?“. Na tuto otázku se objevily pouze dvě odpovědi - Obrázek 13. První z nich je, že klienta přestěhují na jiný pokoj, v případě, že jsou neshody neřešitelné. Druhou je, že se snaží neshody vyřešit domluvou nebo najít kompromis, případně svolat multidisciplinární tým.

Obrázek 13 vyhodnocení otázky č.9



Respondenti kvalitativního dotazníku, kterými byli pracovníci pobytového zařízení, odpovídali na devět otázek zaměřených na péči o klienta a spolupráci s jeho rodinou. Tyto odpovědi na otázky ukázaly, že veškeré potíže spojené s péčí o klienta a jeho pobytem v zařízení je důležité konzultovat s rodinou klienta a je žádoucí, aby se rodina podílela na hledání optimálního řešení společně s pracovníky pobytového zařízení. Rodina je pro pracovníky také důležitým zdrojem informací o klientovi. Proces spolupráce s rodinou klienta je individuální dle potřeb klienta a také závisí na rodinných vztazích.

3.6 Diskuse

Nejprve bych chtěla uvést, že si myslím, že bych určitě zpětně zvolila jinou formu empirické části. Někteří respondenti neporozuměli otázce, jak byla myšlená, nebo odpověděli příliš stručně. Pokusila bych se vyhledat zařízení, kde by mi umožnili provést kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů, při kterém by bylo možné se na případné nejasnosti doptat, upřesnit. Bohužel pracovníků, kteří pracují v sociálních službách poskytující služby pro klienty s Alzheimerovou nemocí je nedostatek a jsou přetížení, tudíž rozumím tomu, že je prioritou zajistit péči.

U první otázky z dotazníku mě překvapila odpověď dvou pracovníků pobytového zařízení, že nemají žádné zkušenosti s klientem, který nechce jít z důvodu smutku po svém přirozeném prostředí a po rodině. Jsem ráda, že se v odpovědích několikrát objevilo, že v takovémto případě pracovníci kontaktují rodinu klienta. Myslím si, že v případě, kdy klient před nástupem do pobytového zařízení žil s rodinou, tak je přirozené, že se mu stýská a rodina si se svým blízkým může promluvit a vysvětlit mu důležitost jídla.

Druhá otázka směřovala na denní návyky klienta. Myslím si, že je dobře, že se je ve většině případů snaží pracovníci zachovat, nebo jen přizpůsobit možnostem pobytového zařízení. Pro klienta s Alzheimerovou nemocí je každá změna těžká, a proto si myslím, že je nejlepší, aby po přijetí do zařízení došlo k co nejméně změnám a také, aby k nim docházelo postupně. Už jen samotný příchod do domova je pro klienta velmi stresující. Překvapilo mě, že žádný z dotazovaných pracovníků neuvedl, že je i v tomto případě důležitá spolupráce s rodinou, pouze jeden v odpovědi na tuto otázku uvedl, že by bylo dobré zvážit, zda ze začátku neomezit návštěvy rodinných příslušníků.

Třetí otázka se týkala problémů se spánkem klienta po příchodu do zařízení. U této otázky mě velmi překvapilo, kolikrát v odpovědích zaznělo, že pracovníci řeší se zdravotníky případné nasazení léků. Myslím si, že léky jsou až poslední možnost a nejlepší by bylo snažit se to vyřešit bez nich. Jsem ráda, že se v odpovědích vyskytly i odpovědi, kde pracovníci uváděli, že kontaktují rodinu, snaha o přizpůsobení podmínek a akceptace adaptační doby.

Čtvrtá otázka se zabývala postupem pracovníku v případě, že je klient v zařízení viditelně nešťastný a zhoršuje se průběh Alzheimerovy nemoci. Jsem ráda, že zazněly více odpovědi, že kontaktují rodinu a aktivizují. Vyskytly se zde i odpovědi, že v takovém případě je na zvážení, jestli službu neukončit, ale to si myslím, že je až to poslední řešení a měla by být ze strany pracovníků snaha o jiné, méně razantní řešení.

U páté otázky, která se týká neshod rodiny s pracovníky zařízení, jsem ráda, že velká část pracovníků uvedla, že se spory nemají řešit před klientem. Klienta tyto neshody mohou zraňovat,

proto si myslím, že je nejlepším řešením, aby o případných neshodách nevěděli a neúčastnili se jich. Naopak mě překvapilo, že někteří uvedli, že je otázka, do jaké míry tyto neshody vnímají. Myslím si, že minimálně vycítí z rodiny, nebo pracovníků pocity jako napětí, vztek atd. a to může nepříznivě ovlivnit jejich psychiku.

Šestá otázka se věnuje úmrtí jednoho z manželského páru v zařízení. Potěšilo mě, že žádný z oslovených pracovníků neuvedl, že to klient nevnímá. Pro klienta tím dochází k velké změně a psychické zátěži. Myslím si, že je dobře, že zařízení nabízí klientům i psychologickou pomoc u psychologa, že respektují přání klienta ohledně nového spolubydlícího, případně nového pokoje. Nejčastěji se opakovala odpověď, že kontaktují rodinu, což si myslím, že je velmi důležité, protože klient může tuto informaci lépe přijmout od rodiny než od zaměstnanců pobytového zařízení.

Sedmá otázka se týká případné nespokojenosti rodiny s mírou aktivizace. V dotazníku se nejčastěji objevovaly odpovědi, že klienta nenutí k aktivitě, že ho motivují a je pro ně důležitější přání a potřeby klienta. Já s pracovníky souhlasím a také si myslím, že je toto to nejdůležitější. Rodina nemusí být spokojená s mírou aktivizace, důležité je, aby byl spokojený klient. Případné nucení klienta je, myslím si, na škodu a docílí se pouze toho, že klient odmítne účast na veškerých aktivitách v zařízení.

Osmá otázka se zabývá postupy, kdy rodina svého blízkého v zařízení nenavštěvuje. Pracovníci uváděly nejčastěji, že se klienta snaží zapojit co nejvíce do aktivit. Myslím si, že přivést klienta na jiné myšlenky je přínosné, ale klientův smutek po rodině to trvale nevyřeší. Také se v odpovědích objevilo, že se snaží kontaktovat rodinu. Můj názor je, že je to nejlepší řešení – sejít se s rodinou, zjistit jaký je problém a pokusit se přijít na přijatelné řešení.

Devátá otázka se týká neshod mezi klienty, kteří spolu sdílí pokoj. Na tuto otázku se objevovaly dvě odpovědi – že to řeší domluvou, nebo přestěhováním. Já si myslím, že v této situaci je také důležité informovat rodinu a domluvit společnou schůzku, jak s klienty, tak s rodinami a pracovníky a pokusit se tento problém vyřešit.

Myslím si, že tento dotazník alespoň z části nastínil spolupráci s rodinou klienta a její důležitost při řešení různých problémů, které v zařízení mohou nastat.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jak probíhá spolupráce mezi rodinou klienta a pobytovým zařízením. Z dotazníků vyplývá, že je spolupráce s rodinou potřebná v mnoha ohledech. Rodiny se zapojují do řešení problémů spojených s péčí o klienta a s jeho potřebami.

Pro kvalitní poskytování péče, která je co nejvíce přizpůsobená individuálním potřebám klienta, je spolupráce jeho rodiny nenahraditelná. Rodina je pro pracovníky pobytových zařízení důležitým zdrojem informací o klientovi, které klient sám sdělit nechce, nebo nemůže z důvodu pokročilé Alzheimerovy nemoci. Avšak největší prioritou pro zaměstnance pobytového zařízení jsou přání a aktuální potřeby klienta, nikoli přání jeho rodiny.

Alzheimerova nemoc je zákeřné onemocnění, díky kterému přicházejí klienti o krátkodobou paměť. To znamená, že si osoby trpící touto nemocí nepamatují, co se stalo v krátkém časovém úseku.

Pro rodiny, které již péči o svého blízkého s Alzheimerovou nemocí doma nezvládají, je pobytové zařízení nejlepší možností, protože je tam zajištěna celodenní profesionální péče. I přesto je to pro rodiny velice náročné životní období. Nástupem jejich blízkého do zařízení jejich péče nekončí. Po nástupu do zařízení je potřebná úzká spolupráce se zařízením.

Svoji práci bych ráda ukončila citátem od ruského spisovatele a filozofa Lva Nikolajeviče Tolstého: *„Rodina je jednou z nevyhnutelných podmínek štěstí“*.

Seznam použité literatury

KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. Alzheimerova nemoc a další demence. Grada Publishing, 1998. ISBN 80-719-615-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.

BUIJSSEN, Huub. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7081-X.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

KORÁBEČNÝ, Jan; SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-643-6.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: . 2004.

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

Internetové zdroje:

ABADECO. Online. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Alfabet. Online. C2010-2024. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer Home. Online. C2022. Dostupné z: <https://www.alzheimerhome.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer Society of Canada. Online. C2024. Dostupné z: <https://alzheimer.ca/en/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer's Disease International. Online. C. Dostupné z: <https://www.alzint.org/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer Centrum. Online. C2019. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer's Association. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.alz.org/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimer's Society. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.alzheimers.org.uk/>. [cit. 2024-04-25].

Alzheimers.gov. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimers.gov/>. [cit. 2024-04-25].

CEMI. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.cemi.cz/>. [cit. 2024-04-26].

Center for Disease Control and Prevention. Online. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/>. [cit. 2024-04-25].

Česká alzheimerovská společnost. Online. C2015. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Domov pro seniory Koniklecová. Online. C2022. Dostupné z: <https://kon.brnodz.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Domov pro seniory Stachy - Kůsov. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.domovkusov.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Domov seniorů Dačice. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.dsdacice.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Domov seniorů Praha - Vysočany. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.domov-senioru-praha.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Domov U Biřičky. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.ddhk.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Healthdirect. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.healthdirect.gov.au/>. [cit. 2024-04-25].

HELPPES. Online. C2018. Dostupné z: <https://helppes.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Individuální plánování v sociálních službách. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.individualniplanovani.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Mazlíčci v pohybu. Online. C. Dostupné z: <https://mazliccivpohybu.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Meyra. Online. C2015 – 2024. Dostupné z: <https://www.meyra.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Online. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Ministry of Social and Family Development. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.msf.gov.sg/>. [cit. 2024-04-25].

Nadační fond Seňorina. Online. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Národní zdravotnický informační portál. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>. [cit. 2024-04-25].

National Insitute on Aging. Online. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/>. [cit. 2024-04-25].

National Library of Medicine. Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. [cit. 2024-04-25].

Neuraxpharm. Online. C2022. Dostupné z: <https://www.neuraxpharm.com/cz/>. [cit. 2024-04-25].

Neztratit se ve stáří. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/>. [cit. 2024-04-25].

SeneCura. Online. C2024. Dostupné z: <https://hradeckralove.senecura.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Senior zone. Online. C1997 - 2024. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/>. [cit. 2024-04-25].

SENIORCENTRUM POHODA TEPLICE. Online. Dostupné z: <https://seniorcentrum-pohoda.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Social Work News. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.mysocialworknews.com/>. [cit. 2024-04-25].

Sociální práce. Online. C2020. Dostupné z: <https://socialnprace.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Sue Ryder. Online. C2017. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/>. [cit. 2024-04-25].

University at Buffalo (UB) School of Social Work. Online. C2024. Dostupné z: <https://socialwork.buffalo.edu/>. [cit. 2024-04-25].

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Online. C2024. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>. [cit. 2024-04-25].

Seznam obrázků

Obrázek 1 Pohlaví.....	30
Obrázek 2 Věk.....	31
Obrázek 3 Praxe.....	31
Obrázek 4 Pracovní pozice	32
Obrázek 5 vyhodnocení otázky č.1.....	35
Obrázek 6 vyhodnocení otázky č.2.....	36
Obrázek 7 vyhodnocení otázky č.3.....	37
Obrázek 8 vyhodnocení otázky č.4.....	38
Obrázek 9 vyhodnocení otázky č.5.....	39
Obrázek 10 vyhodnocení otázky č.6.....	40
Obrázek 11 vyhodnocení otázky č.7.....	41
Obrázek 12 vyhodnocení otázky č.8.....	42
Obrázek 13 vyhodnocení otázky č.9.....	43

Seznam příloh

Příloha č. 1 – vzor dotazníku

8) Jaké máte postupy v případě, kdy se rodina klienta o svého blízkého nezajímá a nenavštěvuje ho?

9) Jak postupujete v případě, že si klient s Alzheimerovou nemocí nerozumí se svým spolubydlícím na pokoji?

Na závěr bych Vás ještě chtěla požádat o pár informací:

- 1) Pohlaví
 - a. Žena
 - b. Muž
- 2) Věk
 - a. 18-30 let
 - b. 30-50 let
 - c. nad 50 let
- 3) Praxe
 - a. Méně než 5 let
 - b. 5-10 let
 - c. Více než 10 let
- 4) Pracovní pozice
 - a. Sociální pracovník
 - b. Pracovník v sociálních službách
 - c. Zdravotní personál
 - d. Aktivizační pracovník